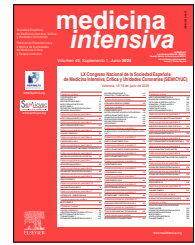




medicina *intensiva*

www.medintensiva.org



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

Valencia, 15-18 de junio de 2025

Lunes, 16 de junio de 2025

08:30-10:00 h

AUDITORIO 3

PÓSTERES ORALES

CARDIOVASCULAR 1

Moderadores: Alfonso Peral Santos, Hospital Universitario de Ciudad Real/Amanda Lesmes González de Aledo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

001. ECMO VA EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA REFRACTARIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Presa Orúe A, Ansotegui Hernández A, Lasa Berasain P, Ruiz Lucea J, Artaza Beltrán de Heredia A, Vázquez Yoldi A, Martínez San José N, Yeregui Baztán L, Huarte Mañu D, Candau Rodríguez C

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: El objetivo principal es la evaluación de resultados clínicos de los pacientes sometidos a soporte circulatorio con ECMO venoarterial en la parada cardiorrespiratoria refractaria intrahospitalaria y extrahospitalaria en la fase inicial del programa ECPR en un hospital terciario con programa ECMO sin programa de trasplante cardíaco.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes que recibieron tratamiento con ECMO VA en PCR refractaria intra y extrahospitalaria desde enero del 2018 hasta diciembre de 2024 durante el comienzo del programa ECPR en el Hospital Universitario de Navarra, centro de referencia de Cirugía Cardíaca sin programa de trasplante cardíaco. Incluidos pacientes trasladados a centro de trasplante de referencia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad general (índice de Charlson), SOFA ingreso y variables específicas relacionadas con la ECMO en PCR: causa de PCR, ritmo inicial, no flow, tiempo a decisión, low flow, lugar de canulación, necesidad de TCRR, complicación hemorrágica e infecciosa, días en ECMO, asistencia de descarga asociada, mortalidad, causa de mortalidad, supervivencia y CPC de estos pos-UCI. Análisis descriptivo con mediana y rango inter-

cuartílico para variables cuantitativas continuas y porcentajes para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes que representan el 19% del total del programa ECMO. Edad 52,6 (17,7-68,1) años. Sexo varón 83,3%. Índice de Charlson 2,4 (1,5-2,6). SOFA de ingreso 10,6 (8,25-12,4). En el 58,3% de los casos la causa de la PCR es el SCACEST con ritmo inicial DF en FV. El 100% de las PCR fueron presenciadas y reanimadas inicialmente con *no flow* de 0 minutos. El tiempo a decisión de ECMO 17,41 minutos mientras que el tiempo de *low flow* de 49,1 minutos. El lugar más frecuente de canulación es en sala de hemodinámica en el 50% de los casos. Necesidad de TCRR en el 50% de los casos. El 75% de los casos presenta complicación hemorrágica mayor mientras que el 41% presentan complicación infecciosa. Los días en ECMO fueron de 3,8 días. Asistencia de descarga asociada con BCIAo en el 66,6%. Mortalidad del 66,6% siendo la causa más frecuente el FMO en el 65%. Supervivencia al alta y al año de UCI del 33,3%, con CPC 1-2 del 100%.

Conclusiones: Alta prevalencia de complicaciones y empleo de recursos sanitarios asociadas a ECPR. Empleo selectivo en pacientes jóvenes con baja morbilidad y criterios estrictos de activación. Incidencia de ECPR en aumento en los últimos años. Mortalidad y supervivencia similar a centros de referencia con buen resultado neurológico CPC 1 en los supervivientes.

002. MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19

Mayor Heredia AM y Jiménez Parra N

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar los casos de ECMO en nuestro centro tras la pandemia de COVID-19 en comparación con los instaurados durante la pandemia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un solo centro. Desde marzo del 2020 a diciembre del 2024, se analizaron los datos demográficos, indicación por infección COVID-19, tipo de ECMO, duración y mortalidad intra-UCI de todos los ECMO instaurados durante más de 24 horas. Se comparó la pandemia (22 meses: de marzo 2020 a diciembre del 2022) con el periodo tras la pandemia (24 meses: enero del 2023 a diciembre del 2024). Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartil (RIC). Para comparar las diferencias entre grupos se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Las cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje y las diferencias entre ellas se analizaron con el test de chi-cuadrado.

Resultados: Se analizaron 96 casos de los que se excluyeron 8 por duración inferior a 24 horas. Los 88 casos incluidos se distribuyeron en 52 (59%) ECMO VV, 34 (39%) ECMO VA y 2 (2%) ECMO VV + VA, con edad 56 (45-61) años y predominio del sexo masculino (73%). La indicación por infección COVID-19 se realizó en 31 (35%) casos. El tiempo en ECMO fue

de 11 (5-22) días y la mortalidad observada intra-UCI del 41%. Un 53% (47 casos; 2,1 casos/mes) se implantaron durante la pandemia y un 47% (41 casos; 1,7 casos/mes) tras la pandemia. La comparación entre ambos grupos se muestra en la tabla.

	Pandemia (n=47)	Post-pandemia (n=41)	Nivel de significación
Edad (años)	57 (50-62)	54 (44-60)	NS
Sexo masculino	32 (68%)	32 (78%)	NS
Indicaciones			<0,001
ECMO COVID-19	28 (60%)	3 (7%)	
Otras	19 (40%)	38 (93%)	
Tipo de ECMO			NS
ECMO VV	33 (70%)	19 (46%)	
ECMO VA	13 (28%)	21 (51%)	
ECMO VV + VA	1 (2%)	1 (3%)	
Duración ECMO (días)	12 (7-31)	9 (5-18)	NS
Mortalidad intra-UCI	22 (47%)	14 (34%)	NS

Conclusiones: La ECMO sigue siendo un tratamiento de apoyo frecuente en nuestro centro tras la pandemia a pesar de la disminución de las indicaciones por infección COVID-19.

003. EXPERIENCIA DE SOPORTE CIRCULATORIO CON IMPELLA EN SHOCK CARDIOGÉNICO

Mariño Guerreiro S

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: 1. Describir las características demográficas y el manejo de los pacientes que recibieron soporte de Impella CP. 2. Describir la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de casos consecutivos que recibieron tratamiento con Impella CP desde 2019 hasta 2024 en una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos con 8 camas y 600 ingresos anuales, sobre pacientes ingresados con un infarto agudo de miocardio y shock cardiogénico que se sometieron a ICP y pacientes con shock cardiogénico por cualquier otra causa.

Resultados: Un total de 47 pacientes. 11 (23,4%) fueron excluidos porque el Impella CP estaba implantado de forma electiva antes de la ICP. En 36 (76,6%) se implantó de forma urgente: 12 pre-ICP (33,3%), 10 intraprocedimiento (27,8%), 10 pos-ICP (27,8%) y 4 fuera del contexto de angioplastia (11,1%). La mediana de edad fue 68 años (RIQ 61-73) y 29 (81%) eran hombres. La etiología fue IAMCEST en 29 (81%), IAMSEST en 3 (8%) y shock cardiogénico por otra causa en 4 (11%). La mediana de FEVI fue del 25% (RIQ 20-35), al ingreso el lactato fue de 4 (RIQ 2,15-8,1) mmol/L. El estado SCAI fue: C 17 (47%), D 16 (44%) y E (8%). Flujo de bomba medio 2,98 L/min (de 0,53). El tiempo de soporte fue de 102 horas (2-456). 30 pacientes recibieron ventilación mecánica (83%). 8 pacientes recibieron terapia de reemplazo renal (22%). El tratamiento se escaló a ECMO en 7 pacientes (19%). La mortalidad fue del 61% (22). La principal causa de muerte fue el fracaso multiorgánico. Muerte en 7 SCAI C (41,2%), 14 SCAI D (87,5%) y 1 SCAI E (33,3%). Los de etiología isquémica con una mortalidad de 59% y en no isquémica de 75%. Hemólisis en 4 pacientes (11%). No se produjeron hemorragias graves ni complicaciones isquémicas. El dispositivo se retiró por vía percutánea en el 35%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes recibieron Impella en el contexto de SCAEST. La decisión de iniciar el soporte con Impella se tomó antes del ICP en la mayoría de los casos. La mortalidad fue mayor cuando el shock cardiogénico fue de etiología no isquémica y fue menor cuando comenzó el soporte en estadio C. No hubo complicaciones graves.

004. MODIFICACIONES EN EL SPECKLE TRACKING DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO INDUCIDAS POR LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES SANOS

Blancas Gómez-Casero R¹, Chana García M¹, Martínez González Ó¹, López Matamala B¹, Martín Parra C¹, Manso Álvarez M¹, Algaba Calderón Á¹, Bartolomé I², Puigdueta Vindel B¹ y Parejo Matos J¹

¹Hospital del Tajo, Madrid. ²Universidad CEU San Pablo, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal fue describir las modificaciones del *strain* ventricular izquierdo (VI) utilizando el *speckle tracking* inducidas por el empleo de ventilación mecánica en pacientes sanos. Como obje-

tivos secundarios se compararon las mediciones habituales de función del VI.

Métodos: Se incluyeron pacientes sin antecedentes de enfermedad cardíaca o respiratoria programados para cirugía electiva digestiva, ginecológica, ortopédica, de ORL o urología que requiriesen anestesia general. Se realizó un estudio ecocardiográfico previo a la cirugía y uno posterior a la intubación e inicio de anestesia general, tras estabilización del paciente (5-10 minutos). Todos los estudios se realizaron en decúbito supino para no modificar los planos explorados tras el inicio de la ventilación mecánica. Las imágenes fueron procesadas posteriormente, realizándose medición mediante *speckle tracking* (programa QLAB, Philips) en el plano apical de 4 cámaras para obtener el *strain* global longitudinal (GLS4C) del VI anterior y posterior a la ventilación mecánica. Se compararon los valores obtenidos antes y después de la ventilación mecánica de la FEVI mediante el método de Simpson (4C y 2C), del MAPSE lateral y medial, de la IVT TSVI, de la relación E/E' y del GLS4C del VI. Los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico [IQR; 25-75%]. Los resultados fueron comparados mediante test estadístico de Wilcoxon para pruebas no paramétricas, considerando diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se obtuvieron estudios de 28 pacientes, siendo 5 de ellos excluidos por deficiente calidad de imagen para la realización del GLS4C. Entre los 23 pacientes incluidos el 74% fueron mujeres. La mediana de edad fue 42 años [IQR 38, 50] y la de IMC de 24,32 kg/m² [IQR 21,2, 27,33]. Todos los pacientes estaban clasificados como ASA I. No se encontraron diferencias significativas para el *strain* 4C (17,77 [-20,4, -16,6] vs. -17,05 [-20,1, -15,9], $p = 0,301$), para la FEVI (55,42 [51,52, 60,92] vs. 54,95 [47,15, 62,82], $p = 0,663$), para la IVT TSVI (22,7 [15,5, 24,82] vs. 20,03 [16,3, 22,9], $p = 0,99$) ni para la E/E' (6,99 [5,56, 7,49] vs. 7,05 [6,23, 7,56], $p = 0,605$). Se produjeron diferencias significativas para el MAPSE lateral (15,7 [14,37, 16,32] vs. 13,85 [11,75, 15,37], $p = 0,28$) y medial (13,55 [12,7, 16,9] vs. 11,9 [10,62, 13,5], $p = 0,05$).

Conclusiones: En pacientes sanos, la ventilación mecánica no produce modificaciones en el *strain* ventricular. Tampoco observamos cambios significativos de la función del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía convencional salvo para el MAPSE.

005. CARACTERIZACIÓN DE UNA SERIE CASOS DE SHOCKS CARDIOGÉNICOS, HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA. ¿SON ÚTILES LOS MARCADORES DE GRAVEDAD AL INGRESO?

López Ferraz C, Marrero Rodríguez A, Farráis Villalba M, Lorenzo González J, Quintero Torres J, Secaduras Arbelo T, Rivero Darías A, Rodríguez Mata C e Iriarte Plasencia A

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

Objetivos: Analizar las características clínicas, caracterización fenotípica y parámetros de gravedad al ingreso en una serie de shock cardiogénicos ingresados en la unidad de cuidados agudos cardiológicos del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) desde marzo del año 2021 hasta 31 agosto del año 2023. Estudiar la relación de los parámetros de gravedad al ingreso (VIS, IS y láctico) para predecir la mortalidad en los shocks cardiogénicos isquémicos y no isquémicos.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de serie de casos consecutivos de shock cardiogénicos (n = 139) ingresados en el HUSNC, atendidos en la unidad multidisciplinar de cuidados críticos cardiológicos. Se describen las características fenotípicas del shock (SCAI) y se analizan el índice de fármacos vasoactivos (media y desviación típica), índice shock y ácido láctico al ingreso. Posteriormente se analiza la relación entre los parámetros de gravedad al ingreso y la mortalidad en el SC isquémico y no isquémico mediante pruebas no paramétricas, con una significación $p < 0,05$, con el programa estadístico SPSS 24.0.

Resultados: Se analizó una serie de 139 shocks cardiogénicos (45,7% isquémicos). El 69,8% hombres, con una edad mediana de 65 años. El 55,8% de los casos ingresaron en la UMI y la mayoría de los shocks fueron SCAI C (26,96%), con una evolución desfavorable en las primeras 24 h en un 60% de los casos. El 93% de los pacientes con evolución desfavorable fallecieron. Se implantó BCPIAo en un 34,8% de los casos y ECMO, en un 3,9%. La mortalidad global fue del 33,3%. En cuanto a los parámetros de gravedad analizados el VIS fue de $9,46 \pm 6,61$, el IS de $1,03 \pm 0,35$ y el ácido láctico al ingreso, de $4,49 \pm 3,69$. Si estudiamos la relación de los mismos con la mortalidad, tan solo el VIS obtuvo una relación estadísticamente significativa ($p = 0,002$) y no así el láctico ($p = 0,106$), Valoran-

do parámetros de gravedad en el SC isquémico, el VIS vuelve a tener una relación estadísticamente significativa con la mortalidad ($p = 0,001$) pero también el índice *shock* parece indicarla ($p = 0,09$), no así en los no isquémicos.

Conclusiones: El *shock* cardiogénico sigue siendo una condición con alta mortalidad, principalmente en el SC isquémico. La identificación temprana es una de las condiciones claves para mejorar los resultados, siendo el VIS uno de los parámetros de gravedad a tener en cuenta en las primeras horas, de cara a intensificar el tratamiento en las etapas tempranas. Se necesitan más estudios prospectivos para detectar otros marcadores de gravedad y optimizar las estrategias terapéuticas, sobre todo en el *shock* cardiogénico no etiología no isquémica.

006. ANÁLISIS DE BIOMARCADORES CARDÍACOS EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR. ¿ALTERNATIVA DIAGNÓSTICA A LA ECOGRAFÍA?

Barbero Garrote S, Colmenero Calleja C, Ticona Espinoza TG, Pérez Torres D, Fraile Gutiérrez V, Canas Pérez I, Díaz Rodríguez C, Dueñas Ruiz A, Villalba Artola M y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Analizar la relación entre los biomarcadores cardíacos (BC) y la presencia de dilatación de ventrículo derecho (DVD), fallo de ventrículo derecho (FVD), hipertensión pulmonar aguda (HTPa) y mortalidad hospitalaria en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) ingresados en Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análisis de cohortes retrospectivo. Se incluye a todos los pacientes ingresados en UCI por TEP en el período 2018-2024. Se registran variables demográficas, BC [troponina ultrasensible (hs-cTnI) (pg/mL), al ingreso (i) y pico (p); y NT-proBNP (pg/mL)] y ecocardiograma (ETT). Se usa el ETT para definir DVD (relación VD/VI > 1), FVD (TAPSE < 17 mm) e HTPa (Vmax IT > 2,9 m/s). Se utiliza χ^2 o U de Mann-Whitney, según corresponda. Se evalúa capacidad predictiva con análisis ROC y punto de corte óptimo con índice de Youden.

Resultados: Se incluyen 151 pacientes, 54% varones, edad 69 (54-76), APACHE-II 11 (8-16), fibrinólisis 25%, mortalidad 10%. Hallazgos ETT (supervivientes vs. fallecidos): DVD 64% (63 vs. 73%, $p = 0,44$), FVD 42% (38 vs. 80%, $p < 0,01$), HTPa 42% (41 vs. 54%, $p = 0,37$). En las tablas se relacionan los BC con DVD, FVD, HTPa y mortalidad hospitalaria. NT-proBNP > 3.081 pg/ml presenta una sensibilidad de 100% y especificidad de 71% (AUC ROC 0,86) para predecir mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: Los BC se asocian a DVD, FVD e HTPa en pacientes con TEP, pero su capacidad para identificar alteraciones ecocardiográficas específicas es limitada, por lo que no sustituyen al ETT. El mejor BC para predecir mortalidad al ingreso es el NT-proBNP.

007. IMPLANTACIÓN DEL CÓDIGO TEP DESDE LOS PROFESIONALES EN EL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Magaña Bru I, Carrapiso Galán P, Delgado Arroyo A, Alvargonzález Riera C, Aguilar Torres R, Caminero García R, Díaz Lorenzo I, Gallego Villar M, Corredor D y Canabal Berlanga A

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es la tercera enfermedad cardiovascular más frecuente. Este proyecto busca mejorar el manejo de los pacientes con TEP de alto riesgo hemodinámico (TEPiH), quienes presentan alta mortalidad y un manejo clínico muy variable. El objetivo es optimizar su atención mediante la creación del Código TEP, buscando disminuir la variabilidad en la toma de decisiones y mejorar el pronóstico mediante el uso adecuado de biomarcadores, técnicas diagnósticas avanzadas y un enfoque terapéutico más eficiente.

Métodos: El proyecto, iniciado en 2021 en el Hospital de La Princesa, se desarrolló con un equipo multidisciplinar elaborando un protocolo validado por la Comisión de Trombosis. Este incluye el uso de pruebas diagnósticas 24/7 (biomarcadores, ecocardiograma precoz, búsqueda de sobrecarga cardiaca en ECG, angio-TAC informe estructurado, medición de HT pulmonar y evolución de disfunción cardiaca). Se clasificó el TEP según el riesgo y la implementación de decisiones conjuntas. Se llevó a cabo un análisis comparativo entre el periodo previo y posterior a la implementación del Código TEP (2018-2024), utilizando pruebas estadísticas (χ^2 cuadrado y regresión logística binaria) para evaluar el impacto en la mortalidad y la evolución de la disfunción cardiaca. El nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Tras la implementación del Código TEP, se observó un incremento significativo en el uso de biomarcadores y pruebas diagnósticas (tabla 1). La disfunción cardiaca y la hipertensión pulmonar mostraron mejora significativa, con una reducción del > 20% en la presión arterial pulmonar (tabla 2). Disminuyó la variabilidad en el seguimiento ambulatorio durante los tres meses posalta.

TABLA 1					
ANÁLISIS COMPARATIVO PERIODOS PRE_ POSTCÓDIGO			RESULTADOS		
VARIABLES (DICOTÓMICAS)	PRECÓDIGO	POSTCÓDIGO	O	x ² EX. FISHER	
VALORACIÓN DE TROPONINA	15	50%	57	96,6%	0,0001
VALORACIÓN DE PROBNP	1	3,3%	43	72,9%	0,0001
ECOCARDIO PRECOZ AL INGRESO	22	73,3%	57	96,6%	0,002
INFORME DE ECOCARDIO ESTRUCTURADO	16	53,3%	55	94,8%	0,0001
BÚSQUEDA DE SOBRECARGA CARDIACA ECG	8	27,6	29	60,4%	0,005
ANGIOTAC REGLADO	20	66,7%	58	98,3%	0,0001
INFORME ANGIOTAC ESTANDAR GANIMA	0	0%	98,3	100%	0,0001
CLASIFICACIÓN POR GRADO DE RIESGO	3	10%	59	100%	0,0001
TOMA DECISIONES MULTIDISCIPLINARIA	1	3,3%	59	100%	0,0001
BAREMACION RIESGO DIAGNOSTICO PESI & WELS	0	0%	55	93,2%	0,0001
CONSTANCIA MEDICIÓN DE LA HTP	3	10	36	61%	0,0001
REVASCULARIZACIÓN	5	16,7%	20	33,9%	0,087
TROMBOLISIS SISTÉMICA A DOSIS PLENAS	4	13,3%	7	11,9%	1
TROMBOLISIS LOCAL CATÉTER	0	0%	13	22%	0,004
TROMBECTOMIA ASPIRATIVA	2	6,7%	3	5,1%	1
CONSTATACIÓN MEJORÍA EN LA FUNCIÓN CARDIACA	1	3,3%	41	73,2%	0,0001
CONSTATACIÓN DISMINUCIÓN DE LA HTPS DEL 20%	0	0	33	60%	0,0001
REVISIÓN REGLADA AMBULATORIA EN 3 MESES	1	3,3%	45	77,6%	0,0001
BUSQUEDA EN EL INGRESO DE TVP	5	16,7%	21	36,2%	0,057
MUERTE	13	43,3%	4	6,8%	0,0001

Conclusiones: La implantación del Código TEP ha estandarizado el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con TEPiH, mejorando pronóstico, eficiencia diagnóstica, terapéutica y reduciendo morta-

Tabla Póster 006

	n	No	Sí	p	AUC ROC (IC95%)
DVD					
hs-cTnI i	148	20 (8-107)	143 (40-361)	0,01	0,73 (0,65-0,82)
hs-cTnI p	145	51 (11-188)	298 (115-862)	0,01	0,76 (0,68-0,85)
NT-proBNP	86	699 (229-2.410)	2343 (670-4.004)	0,01	0,69 (0,57-0,81)
FVD					
hs-cTnI i	148	48 (10-245)	129 (57-328)	0,01	0,64 (0,55-0,73)
hs-cTnI p	145	120 (16-366)	328 (99-1.159)	0,01	0,69 (0,60-0,78)
NT-proBNP	86	813 (299-2.764)	2710 (1.155-5.143)	0,01	0,68 (0,57-0,79)
HTPa					
hs-cTnI i	148	57 (10-228)	126 (42-336)	0,01	0,62 (0,53-0,71)
hs-cTnI p	145	101 (15-363)	336 (115-911)	0,01	0,67 (0,59-0,76)
NT-proBNP	86	820 (317-2.422)	3378 (938-5.987)	0,01	0,70 (0,59-0,82)
Mortalidad hospitalaria					
hs-cTnI i	148	79 (19-260)	195 (80-1.165)	0,03	0,67 (0,51-0,83)
hs-cTnI p	145	175 (35-580)	863 (85-2.187)	0,09	0,69 (0,50-0,87)
NT-proBNP	86	1.447 (362-3.617)	4.964 (3.190-11.095)	0,01	0,82 (0,70-0,94)

lidad. Además, es aplicable sin necesidad de recursos especiales, solo organizativos, demostrando potencial para ser replicado en otros hospitales.

TABLA 2 MEJORA DE LA DISFUNCIÓN CARDIACA.		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1*	POSTCODIGO	3,044	1,259	5,848	1	.016	20,986	1,780	247,383
	Informe estructurado ecocordio	.461	1,287	.128	1	.720	1,586	.127	19,758
	CONSTA MEDICIÓN DE HTPULMONAR	.585	.783	.557	1	.455	1,794	.387	8,325
	REVASCLARIZACION	-19,369	21188,217	.000	1	.999	.000	.000	.
	TL SISTEMICA DOSIS plenas	20,754	21188,217	.000	1	.999	1031121160,191	.000	.
	TLcatéter LOCAL	18,490	21188,217	.000	1	.999	107153823,711	.000	.
	TROMBECTOMIA ASP	-.860	2,083	.171	1	.680	.423	.007	25,094
	Mejoría de la Presión Pulmonar (disminución del 20%)	3,092	1,159	7,120	1	.008	22,029	2,273	213,524
	Constante	-4,000	1,437	7,743	1	.005	.018		

008. UCI EXTENDIDA DE CARDIOLOGÍA: PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI PARA CIERRE DE OREJUELA IZQUIERDA

Giménez Beltrán B, Díez del Corral Fernández B, Martín Ávila H y Villegas del Ojo J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico de los pacientes que ingresan de manera programada en UCI para la realización de un cierre de orejuela izquierda (OI). Evaluar la indicación del cierre de OI y la seguridad del procedimiento medida por la incidencia de complicaciones derivadas de la técnica.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaban de manera programada para el cierre de OI del año 2022 al 2024. Analizamos variables demográficas, FRCV, complicaciones derivadas de la técnica, eventos vasculares en los primeros 6 meses postprocedimiento y mortalidad. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media $\pm$ DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se analizaron un total de 33 pacientes, siendo el 69,7% (23) hombres con edades medias de $75,1 \pm 6,7$ años. Con respecto a los FRCV, presentaban HTA 84,8% (28), DM tipo 2 63,6% (21); tabaquismo activo 15,2% (5) y exfumadores 36,4% (12). El 45,5% (15) habían presentado un ACV previo al cierre orejuela. El 100% presentaban alto riesgo hemorrágico medido por la escala HAS-BLED (3). La estancia media fue de $51,6 \pm 16$ horas en UCI. La mortalidad global a los 6 meses fue del 9,1% (3 pacientes: 1 por ictus hemorrágico y 2 por sepsis). La mortalidad por causa cardiovascular fue del 3% (1). Las indicaciones principales para el implante fueron: hemorragia digestiva 36,4% (12); ictus hemorrágicos 27,3% (9), tumores intracraneales 12,1% (4), amiloidosis cerebral 6,1% (2), anemización secundaria a sangrado no específico 6,1% (2), hemofilia 3% (1) y la persistencia de ictus embólicos a pesar de la correcta anticoagulación 3% (1). Ningún paciente de nuestra muestra desarrolló complicaciones inmediatas derivadas de la técnica. Cuando comparamos el riesgo predicho de hospitalización estimado en esta población, objetivamos que nuestra muestra presentó una tasa de hospitalización menor de la esperada (3,3 vs. 10%). De igual modo, al analizar el desarrollo de eventos cerebrales encontramos un porcentaje similar a lo esperado (9,1% nuestra muestra: 6,1% (2) ictus isquémicos y el 3% (1) ictus hemorrágico) vs. 9,5% en la literatura).

Conclusiones: El perfil clínico de los pacientes que se someten a cierre OI incluye pacientes varones, con múltiples factores de riesgo cardiovascular, alto riesgo de sangrado, siendo la hemorragia digestiva y los ictus hemorrágicos las indicaciones más frecuentes. Desde la implantación de este procedimiento en el Hospital, no hemos evidenciado complicaciones derivadas de la técnica.

009. EFECTOS DEL ÓXIDO NÍTRICO CON Y SIN RECLUTAMIENTO PULMONAR SOBRE LA FUNCIÓN DEL VENTRÍCULO DERECHO POSCIRUGÍA CARDIACA

Magaña Bru I, Carrapiso Galán P, Alvargonzález Riera C, Delgado Arroyo A, González de Marcos B, Montes Muñoz A, Sánchez Giralt JA, Sánchez Galindo M, Pérez Lucendo A y Suárez Sipmann F

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: Analizar los efectos del óxido nítrico inhalado (iNO) solo y en combinación con reclutamiento pulmonar (RM) para mitigar los efectos del colapso pulmonar en la función del ventrículo derecho (VD) después de la cirugía cardíaca bajo *bypass* cardiopulmonar (BCP).

Métodos: Incluimos pacientes con FEV1p, sin HT pulmonar ni patología pulmonar sometidos a cirugía coronaria o valvular bajo BPC sin complicaciones ni inotrópicos perioperatorios y con colapso pulmonar posoperatorio: complianza (Crs) ≤ 35 ml/cmH₂O y distribución relativa de ventilación dorsal en tomografía de impedancia eléctrica (TIE) $< 40\%$. Se aleatorizaron en tres grupos: control (manejo estándar), iNO (60 min de 40 ppm) y RM-iNO (MR + PEEP tras reclutamiento de 10-12 cmH₂O + 60 min de 40 ppm). Se evaluó: intercambio gaseoso, mecánica pulmonar, parámetros hemodinámicos, distribución relativa de ventilación-perfusión por TIE y función del VD mediante eco transesofágica (ETE) al inicio y tras 60 min. Los datos se analizaron con la prueba t de Student para muestras relacionadas. Los resultados se expresaron como media $\pm$ desviación estándar. Se consideró $p < 0,05$ como estadísticamente significativa.

Resultados: Incluimos: 14 pacientes. Al inicio, ventilación dorsal en TIE $34 \pm 4\%$ y Crs 35 ± 4 ml/cmH₂O. En los grupos control e iNO, la PEEP se mantuvo en 5 cmH₂O y en el grupo RM-iNO aumentó a 12 (tabla). Grupo control: los parámetros permanecieron sin cambios (tabla). Grupo iNO: la mecánica pulmonar y distribución de ventilación en TIE fueron similares al final del protocolo. La distribución relativa de perfusión pulmonar ventral aumentó significativamente, resultando en una mejora de oxigenación. La presión arterial sistólica pulmonar (PAPs) y el volumen sistólico disminuyeron significativamente. Los parámetros de contractilidad y eficiencia de eyección del VD mejoraron. Grupo RM-iNO: la PaO₂/FiO₂ y la *compliance* aumentaron, la *driving pressure* (DP) disminuyó; correspondiendo con un aumento significativo en la ventilación dorsal y la perfusión ventral. La PAPs, el gasto cardíaco y todos los parámetros del VD mejoraron, especialmente el cambio fraccional de área.

	CONTROL		INO		RM + INO	
	Baseline	60 min	Baseline	60 min	Baseline	60 min
Ventilatory parameters						
PaO ₂ /FiO ₂ (mmHg)	263±130	212±69	247±64	265±71	227±77	319±57*
PEEP (cmH ₂ O)	5±0	5±0	5±0	5±0	5±0	12±2.3*
C _{rs} (ml/cmH ₂ O)	37.7±12.6	35.2±11.3	29.7±6.2	30.6±7.3	43.6±4.1	58.8±5.6*
P _{driving} (cmH ₂ O)	9.6±3.5	10.5±2.5	11.3±3.5	11.5±2.8	9.2±2.4	6.9±1.6*
EIT Ventral/Dorsal Vent (%)	65±14 / 35±14	62±12 / 38±12	62±8 / 38±8	61±8 / 38±8	69±8 / 29±7	56±3* / 44±3*
EIT Ventral/Dorsal Perf (%)	47±11 / 53±11	47±7 / 53±7	35±13 / 65±13	45±12* / 55±12*	51±10 / 49±10	56±7* / 44±7*
Hemodynamics						
MAP (mmHg)	91±12	84±11	88±16	118±14	79±14	90±12
CVP (mmHg)	9.7±3.1	8.0±3.6	7.4±3.5	7.8±3.5	7.5±3.4	8.5±4.1
HR (bpm)	80±7	82±6	76±8	72±9	72±3	68±3
CO (l/min)	2.47±0.63	2.68±0.57	3.37±0.83	3.62±1.45	3.11±0.21	3.45±0.28*
SV (ml)	31±7	33±8	44±10	49±18*	44±5	47±7*
PAPs (mmHg)	30.5±9.4	29.3±9.1	25.6±4.4	22.3±3.4*	30.0±3.2	26.5±2.7*
RV function						
S' (cm/s)	5.2±0.7	5.3±0.7	7.1±1.7	8.5±1.9	5.7±0.8	6.6±1.8
TAPSE (mm)	12.8±1.9	13.4±2.5	15.1±1.6	16.6±2.5	11.8±2.6	13.8±4.1*
RVeE (cm)	5.4±2.1	5.7±2.3	10.6±4.0	12.6±5.5*	5.6±0.9	7.6±0.8*
FAC (%)	37.8±9.3	37.5±9.6	42.5±3.3	43.9±1.5	48.0±16.1	53.3±7.8*

PEEP: positive end-expiratory pressure; Crs: respiratory system compliance; Pdriving: inspiratory driving pressure; EIT Ventral and dorsal distribution of ventilation and perfusion; MAP: mean systemic arterial pressure; CVP: Central Venous Pressure; HR: Heart Rate; CO: Cardiac Output; SV: Stroke volume; PAPs: Systolic pulmonary arterial pressure; S': tissue Doppler imaging-derived s' wave; TAPSE: Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion; RVeE: right ventricle ejection efficiency calculated as the relation between TAPSE and TEE estimated pulmonary vascular resistance (PVR); FAC: RV fractional area change. * $p < 0.05$ compared to the respective baseline.

Conclusiones: El uso posoperatorio de iNO mejoró la PAPs y la función del VD, especialmente el acoplamiento ventrículo-vascular en pacientes con colapso pulmonar. Estos efectos se intensificaron al combinarlo con reclutamiento pulmonar.

010. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UN CÓDIGO *SHOCK* CARDIOGÉNICO COORDINADO CON HOSPITAL DE REFERENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Macías Clemente J¹, Delgado Mesa P¹, Razak Soriano M¹, Alfonso Mejías J¹, Delgado Barroso A² y García Garmendia JL¹

¹Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar el impacto de la aplicación de un procedimiento coordinado de atención al *shock* cardiogénico en un centro de referencia sobre la asistencia de los pacientes con *shock* cardiogénico atendidos en un hospital comarcal.

Métodos: Estudio retrospectivo antes-después de pacientes con diagnóstico de *shock* cardiogénico atendidos inicialmente en un hospital comarcal, antes y después de la implantación de un código *shock* en marzo 2023. Periodo de estudio previo de 2018-2022 y posterior 2023-2024. Se analizan y comparan características de los pacientes y sus diagnósticos, tasa de derivación, tiempos de derivación, las técnicas utilizadas y la mortalidad en UCI y hospitalaria. Se presentan variables cualitativas con número y porcentaje, y cuantitativas con mediana y cuartiles. Se realizó un análisis estadístico con chi-cuadrado o test de Fisher, con nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 87 pacientes con *shock* cardiogénico, con un 74,7% de varones, de los que 25 (29%) de ellos eran un *shock* cardiogénico mixto. De estos, la mortalidad fue de 11 (69%) en el primer periodo y de 7 pacientes (78%) en el segundo periodo, sin considerarse traslado a centro de referencia en ningún paciente, por lo que no se consideraron en el estudio. De los 62 pacientes con *shock* cardiogénico puro, hubo 40 en el periodo previo y 22 en el posterior. Los diagnósticos de derivación fueron SCA (37%), PCR no isquémica (35,4%), arritmias (9,7%), valvulopatía (6%) y otros. En el periodo previo, la tasa de traslados fue del 23% (9), aunque solo 3 (8%), fueron directos a UCI, mientras que en el periodo posterior se atendieron 22 pacientes y se trasladaron 10 (45%), con 9 (36%) directos a UCI. En el periodo previo se realizó 1 trasplante cardiaco, y en el posterior, 2 asistencias ventriculares, 2 ECMO y 2 trasplantes cardiacos en 3 pacientes. La mortalidad al alta hospitalaria de los pacientes con *shock* cardiogénico fue del 55% en el primer periodo y del 32% en el segundo ($p = NS$).

Conclusiones: El *shock* cardiogénico es una patología con elevada mortalidad y complejidad de traslado. La implantación de un equipo de *shock* en centro de referencia con coordinación interhospitalaria incrementa la tasa de traslados, intervencionismo y parece asociarse a una menor mortalidad global.

011. USO E INDICACIONES DEL BALÓN DE CONTRAPULSACIÓN INTRAORÍTICO CON EL AUQUE DE LOS DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA VENTRICULAR

Ruiz Gómez ML, Carrasco Cáliz A, Villagrán Ramírez FJ y García Delgado MJ

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C.H.U. Virgen de las Nieves), Granada.

Objetivos: Describir los principales escenarios clínicos e indicaciones de soporte con balón de contrapulsación (BCIAo), así como las complicaciones asociadas a su empleo.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo, de todos los pacientes a los que se les implantó un BCIAo en los últimos 12 años en nuestro centro. Se definen los escenarios de indicaciones médicas y las del paciente quirúrgico sometido a cirugía cardiaca, complicaciones asociadas y potencial escalada a dispositivos de mayor soporte. Las variables cuantitativas se muestran como media $\pm$ DE, y las cualitativas como n (%).

Resultados: Desde 2013 a 2024, se recogen 142 pacientes, con edad media de 62 ± 11 años, 63,4% de ellos varones. APACHE II: 14 ± 5 . Los factores de riesgo y antecedentes previos más frecuentes fueron: HTA (52,8%), dislipemia y tabaquismo (45,1%), diabetes (32,4%), cardiopatía isquémica (19,7%), cirugía cardiovascular (9,9%) y fibrilación auricular (13,3%). En cuanto al escenario clínico, la mayoría fueron pacientes quirúrgicos (83,1%), siendo lo más frecuente el implante en el posoperatorio inmediato (31%), seguido de la colocación durante la cirugía (25,4%), preoperatorio de alto riesgo (16,2%) y las complicaciones mecánicas del infarto (10,6%). De los años 2013-2017, 75% eran intra o posoperatorio, y ese porcentaje bajó al 41,3% en el periodo 2018-2024, cuando el uso de la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en nuestro hospital estaba consolidado. El resto de pacientes eran pacientes médicos (16,9%), en insuficiencia cardiaca/*shock* cardiogénico

(9,2%) o el implante durante coronariografía (6,3%). Un 11,3% precisaron escalada a ECMO, y solo 1 caso (0,7%) a Impella. En 9 pacientes con ECMO veno-arterial (6,3%), se colocó el BCIAo exclusivamente como descarga ventricular. En 10 pacientes (7%) aparecieron complicaciones isquémicas (3,5% frialdad acral, 2,1% cirugía vascular), y solo en 2 (1,4%) hubo complicaciones hemorrágicas, resueltas con actitud conservadora. La mortalidad hospitalaria fue del 51,4%, la mayoría acontecida en UCI (43%), seguido de mortalidad en quirófano (7,7%).

Conclusiones: El BCIAo continúa siendo un dispositivo de soporte circulatorio muy usado, sobre todo en el paciente quirúrgico, y con escasas complicaciones asociadas. En los últimos años sin embargo, podría haber un cambio en el perfil de paciente con contrapulsación aórtica, toda vez que se extiende el número de pacientes con soporte en ECMO-VA.

012. EXPERIENCIA INICIAL CON EL USO DE TROMBÓLISIS LOCAL EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Martín Cuenca T, Núñez Gómez A, López Guillén M, Prieto Domínguez N, Godoy Tundidor MV, Huerta Palacios V, Roviroa Bigot S, Salas Alcántara O, Campos Moreno MDC y Ruiz de Luna González R

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una causa frecuente de morbilidad cardiovascular y la terapia fibrinolítica tiene como objetivo acelerar la lisis del trombo. Nuestro objetivo es describir la experiencia inicial con el uso de trombólisis local asistida por catéter percutáneo.

Métodos: Análisis descriptivo sobre una serie de pacientes con TEP agudo de riesgo intermedio-alto ingresados entre julio de 2024 y diciembre 2024 en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel a los que se trató con trombólisis local. Se analiza la eficacia y seguridad del procedimiento mediante variables clínicas, farmacológicas y radiológicas, así como complicaciones y seguimiento a los 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes, 3 hombres y 3 mujeres, con TEP de riesgo intermedio-alto en arterias principales o lobares con una duración variable de la sintomatología; 3 menos de cinco días, 1 de seis a quince días y 2 más de dieciséis días. De los 6 pacientes 3 eran fumadores, 4 obesos, 5 hipertensos y 3 diabéticos. Como factor precipitante, 3 fueron sometidos a inmovilización, 1 sufrió una fractura de extremidad inferior, 1 tenía cáncer activo y en 3 de ellos se documentó tromboembolismo venoso profundo. Todos los pacientes presentaban insuficiencia respiratoria, elevación de troponina y clasificación PESI III-V, con elevación de NTproBNP en 3 de ellos. Se documentó por ecocardiografía hipertensión pulmonar en 5 y disfunción de ventrículo derecho en 4. Procedimiento realizado en menos de 24 horas de ingreso a 5 de los pacientes. Acceso percutáneo por vena basilica hasta arteria pulmonar donde se deja alojado un catéter por el cual se administró urokinasa como fibrinolítico y heparina no fraccionada de manera concomitante durante 48 horas. A las 24 horas, todos los pacientes habían mejorado o normalizado la función ventricular y en 4 se había desescalado el soporte respiratorio. A las 48 horas se realizó TAC de control a 5 de los pacientes con disminución de la carga trombótica, retirando la terapia a 4 y alargándola hasta las 72 horas en 2. No se registró ninguna complicación asociada al procedimiento. A los seis meses mejoría y/o resolución de la hipertensión pulmonar y disfunción de ventrículo derecho en 5 de ellos.

Conclusiones: En esta serie de casos, la trombólisis local asistida por catéter percutáneo constituye una alternativa de tratamiento válida para pacientes con TEP agudo de riesgo intermedio, siendo una terapia efectiva y segura.

013. FIBRINÓLISIS LOCAL GUIADA POR CATÉTER EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO

Sanchis Lliso P, Barberá Romero S, Ábalos García A, Lorenzo A, Lafuente M, Solaz J, Gudin M y Garcés R

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es demostrar la eficacia y seguridad de la fibrinólisis local guiada por catéter en pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo de riesgo intermedio alto.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en Unidad de Medicina Intensiva polivalente de adultos desde 2018 a 2024. Los criterios de inclusión utilizados para definir TEP de riesgo intermedio-alto son: escala PESI > 86 puntos, estabilidad hemodinámica, signos de disfunción de ven-

trículo derecho (VD) en ecocardiografía (VD dilatado, excursión sistólica de anillo tricúspideo (TAPSE) y velocidad de pico sistólico de Doppler tisular tricúspideo (St) disminuidos, elevación de biomarcadores de daño miocárdico. En estos pacientes seleccionados se realizó fibrinólisis local (FIL) guiada por catéter *pigtail* (punto de acceso vena femoral o humeral) con administración de bolo de urokinasa 250.000 UI y perfusión local de 100.000 UI/h durante 48h. En algunos casos seleccionados el tratamiento se prolongó hasta 72 h en función del componente trombótico en arteriografía de control. Tras el procedimiento realizaron mediciones invasivas de presión pulmonar (PAPs) y ecocardiográficas. Para demostrar la seguridad del procedimiento se recogieron los eventos adversos.

Resultados: En este estudio se incluyeron 109 pacientes (edad media de 64 años $\pm$ 13 años) 57% varones y con un PESI medio de 108. El 98% de los pacientes se clasificaban como riesgo intermedio-alto. Tras el procedimiento se demostró en el 94% de los pacientes mejoría angiográfica con disminución e incluso desaparición completa de carga trombótica con reperfusión pulmonar y disminución de la PAPs media de 54,8 a 38,7 mmHg. Respecto a parámetros ecográficos, en la mayoría se objetivó recuperación de la función del VD con mejoría de la dilatación del VD y normalización tanto del TAPSE, de 14,4 a 20 mm, como del St, de 9,5 cm/s a 12,9 cm/s. La supervivencia al alta hospitalaria fue del 96% produciéndose el fallecimiento de 4 pacientes por causas no relacionadas con el procedimiento. No se produjeron complicaciones de riesgo vital.

Conclusiones: La estratificación del TEP seleccionando a los pacientes con criterios de embolismo grave, disfunción del VD y estabilidad hemodinámica como riesgo intermedio alto, y candidatos para terapia de reperfusión mediante FIL guiada por catéter, es una opción segura y efectiva en los casos realizados en nuestro centro, que permite evitar el colapso del VD y con ello la progresión a inestabilidad hemodinámica, mejorando la supervivencia de los pacientes sin asociar complicaciones de riesgo vital.

014. EVALUACIÓN DE LA AORTA TORÁCICA CON *SPECKLE TRACKING* Y PEEP CRECIENTE EN EL *SHOCK* CARDIOGÉNICO

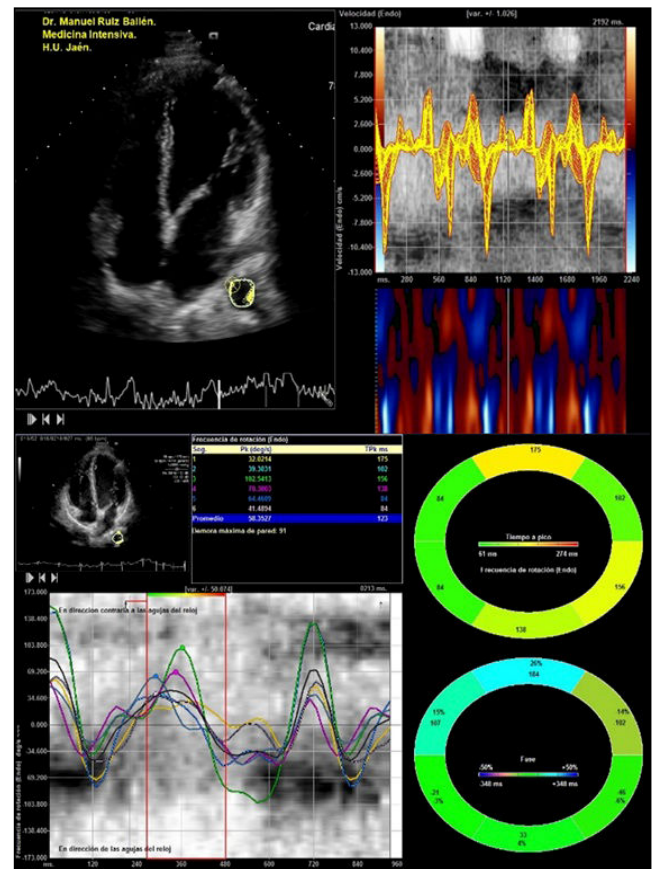
Hidalgo Martín J¹, Todaro V¹, Mesa Pérez B¹, Blanco Serrano A¹, Ramos Cuadra JÁ² y Ruiz Bailén M¹

¹Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. ²Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de niveles crecientes de PEEP (cmH₂O) en los parámetros de *speckle tracking* de la aorta torácica descendente (ATD) sobre pacientes con *shock* cardiogénico (SC) en ventilación mecánica (VM).

Métodos: Se utilizaron dos cohortes: un grupo control de individuos sanos de referencia y un grupo de pacientes con SC en VM, a los que se les realizó intervención con incrementos progresivos de PEEP (ZEEP, PEEP 5,

PEEP 10, PEEP 15). Se evaluaron mediante ecocardiografía y *speckle tracking*, analizando velocidad vectorial *offline*, velocidad radial y rotacional, desplazamiento radial y rotacional, *strain* y *strain rate* circunferencial. Se realizaron análisis bivariado, estudios de correlación y análisis multivariado para evaluar la asociación de estas variables con la mortalidad.



Resultados: Se incluyeron 62 pacientes con edad media de 62,48 $\pm$ 11,22 años. Los valores paramétricos más altos se observaron con PEEP 5. La velocidad rotacional de la ATD fue 55,18 $\pm$ 14,60°/s (ZEEP), 107,39 $\pm$ 19,33°/s (PEEP 5), 60,05 $\pm$ 0,28°/s (PEEP 10) y 42,11 $\pm$ 0,34°/s

Figura 1 Póster 014

	Grupo control (n=30)	PEEP 5 (n=62)	P value
Presión arterial sistólica (mm Hg)	122.32 $\pm$ 0.89	112.88 $\pm$ 20.21	N.S.
Presión arterial diastólica (mm Hg)	72.85 $\pm$ 09.17	51.32 $\pm$ 14.52	0.03
Frecuencia cardíaca (lpm)	72.32 $\pm$ 11.37	101.21 $\pm$ 18.34	<0.001
Frecuencia respiratoria	15.42 $\pm$ 7.22	21.18 $\pm$ 10.15	<0.001
SpO2 (%)	96.32 $\pm$ 0.97	95.44 $\pm$ 5.22	N.S.
FEVI 3D	0.66 $\pm$ 0.09	0.46 $\pm$ 0.34	<0.001
FEVI 2D	0.59 $\pm$ 0.12	0.34 $\pm$ 0.21	<0.001
Velocidad onda S septal (m/s)	0.10 $\pm$ 0.032	0.062 $\pm$ 0.058	<0.001
Velocidad onda S laterobasal (m/s)	0.12 $\pm$ 0.037	0.076 $\pm$ 0.021	<0.001
Strain longitudinal del VI	-21.87 $\pm$ 2.15	-14.37 $\pm$ 3.75	<0.001
Tasa de deformación (Strain rate) del VI	-1.64 $\pm$ 0.28	-1.04 $\pm$ 0.24	<0.001
Retraso del strain del VI (ms)	122.32 $\pm$ 12.18	156.54 $\pm$ 32.54	N.S.
Retraso de la tasa de deformación del VI (ms)	144.57 $\pm$ 21.18	132.45 $\pm$ 51.21	N.S.
Velocidad onda S' lateral derecha (m/s)	0.12 $\pm$ 0.037	0.087 $\pm$ 0.034	<0.001
Fracción de acortamiento (AFS) (%)	0.52 $\pm$ 1.01	0.38 $\pm$ 0.09	<0.001
TAPSE (mm)	24.18 $\pm$ 2.01	17.23 $\pm$ 0.12	<0.001
Velocidad circunferencial de la aorta (°/s)	54.44 $\pm$ 11.22	88.56 $\pm$ 12.29	<0.001
Velocidad radial de la aorta (cm/s)	1.18 $\pm$ 0.34	1.48 $\pm$ 0.27	<0.001
Strain circunferencial de la aorta (%)	-10.23 $\pm$ 0.45	-12.45 $\pm$ 0.23	<0.001
Tasa de deformación circunferencial de la aorta (1/s)	-1.67 $\pm$ 0.56	-2.13 $\pm$ 0.33	<0.001
Desplazamiento rotacional (°)	7.38 $\pm$ 1.87	13.88 $\pm$ 1.88	<0.001
Desplazamiento radial de la aorta (mm)	0.99 $\pm$ 0.32	1.26 $\pm$ 0.01	<0.022
Strain longitudinal global del ventrículo derecho	-26.25 $\pm$ 1.78	-17.88 $\pm$ 0.49	<0.001

(PEEP 15). La velocidad radial aumentó de $0,80 \pm 0,09$ cm/s (ZEEP) a $2,21 \pm 0,27$ cm/s (PEEP 5), disminuyendo a $0,99 \pm 0,16$ cm/s (PEEP 10) y $0,56 \pm 0,17$ cm/s (PEEP 15). El desplazamiento rotacional fue $5,68 \pm 0,40^\circ$ (ZEEP), $15,71 \pm 0,13^\circ$ (PEEP 5), $5,98 \pm 0,35^\circ$ (PEEP 10) y $6,64 \pm 3,45^\circ$ (PEEP 15). El strain circunferencial varió entre $-8,55 \pm 0,92\%$ (ZEEP), $-11,86 \pm 0,07\%$ (PEEP 5), $-9,88 \pm 0,25\%$ (PEEP 10) y $-8,76 \pm 0,16\%$ (PEEP 15). Todas las diferencias fueron significativas ($p < 0,05$). El desplazamiento rotacional de la ATD mostró correlación con el strain longitudinal y la tasa de strain del ventrículo izquierdo (VI), así como con el strain longitudinal del ventrículo derecho (VD). La velocidad rotacional de la ATD correlacionó solo con el strain del VI. En el análisis de regresión logística, el strain del VI y los valores de velocidad y desplazamiento rotacional con PEEP 5 se asociaron con la mortalidad.

Conclusiones: Los niveles de PEEP afectan los valores de la aorta. Se establece un nuevo parámetro que podría asociarse a la mortalidad del paciente crítico y a la determinación de una PEEP óptima.

015. UTILIDAD DEL SPECKLE TRACKING Y DE LA INTEGRAL VELOCIDAD TIEMPO EN PRONÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Hidalgo Martín J¹, Blanco Serrano A¹, Todaro V¹, Mesa Pérez B¹, Ramos Cuadra JÁ² y Ruiz Bailén M¹

¹Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. ²Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Evaluar si los parámetros del speckle tracking de las cuatro cavidades cardíacas y las integrales velocidad-tiempo (ITV) de los tractos de salida de ambos ventrículos son pronósticas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo (1999-2024) con pacientes con TEP que requirieron ingreso en UCI y un grupo control sano para valores ecocardiográficos. Se realizaron un estudio bivariado y 3 multivariados, con análisis de propensión y redes neuronales multicapa. Los puntos de corte se establecieron por sensibilidad y especificidad. Las variables dependientes fueron: 1) Mortalidad en UCI, 2) mortalidad a los 6 meses, 3) insuficiencia cardíaca a los 6 meses. Las variables independientes incluyeron características clínicas y ecocardiográficas. Se usó regresión de Cox para evaluar factores asociados a mortalidad global e insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se incluyeron 586 pacientes con TEP grave, edad media de 63,64 años. La mortalidad en UCI fue 15,7% (92 pacientes) y a los 6 meses 22,87% (134 pacientes). Se administró trombólisis a 404 pacientes. El análisis de propensión (PSA) mostró que las variables asociadas con mortalidad en UCI fueron PESI (OR 1,241, $p < 0,001$), strain longitudinal del ventrículo derecho (OR 0,421, $p < 0,001$), reservorio auricular izquierdo (OR 0,357, $p < 0,001$), bomba auricular derecha (OR 0,632, $p < 0,001$), ITV en TSVD (OR 0,678, $p < 0,001$) y TSVI (OR 0,782, $p < 0,001$). El PSA también encontró que el desarrollo de insuficiencia cardíaca a los 6 meses se asoció con strain longitudinal ventricular derecho (OR 0,538, $p = 0,001$), strain auricular izquierdo (OR 0,313, $p < 0,001$), diámetro basal del ven-

trículo derecho (OR 1,1732, $p < 0,001$), tiempo de aceleración del flujo en TSVD (OR 0,693, $p < 0,001$), presión de enclavamiento de la arteria pulmonar (OR 1,437, $p < 0,001$) y trombo intracavitario (OR 1,223, $p < 0,001$). Las variables asociadas con mortalidad a los 6 meses fueron PESI (OR 1,029, $p < 0,001$), strain longitudinal ventricular derecho (OR 0,657, $p < 0,001$), ITV en TSVI (OR 0,324, $p < 0,001$), bomba auricular derecha (OR 0,352, $p < 0,001$) e ITV en TSVD (OR 0,814, $p < 0,001$). El TAPSE no fue predictor los estudios.

Conclusiones: En el TEP, el speckle tracking de las cuatro cavidades y las ITV de ambos tractos de salida podrían asociarse a mal pronóstico. Un strain ventricular derecho $< 11\%$ y una ITV en TSVD < 9 cm sugieren alto riesgo de mortalidad.

08:30-10:00 h

SALA MULTIUSOS 2

PÓSTERES ORALES

RESPIRATORIO 1

Moderadoras: Alejandra García Roche, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona/
Laura Amado Rodríguez, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

016. MANEJO DEL EMBOLISMO PULMONAR (TEP) GRAVE CON TROMBECTOMÍA Y TROMBÓLISIS LOCAL. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE PRIMER NIVEL

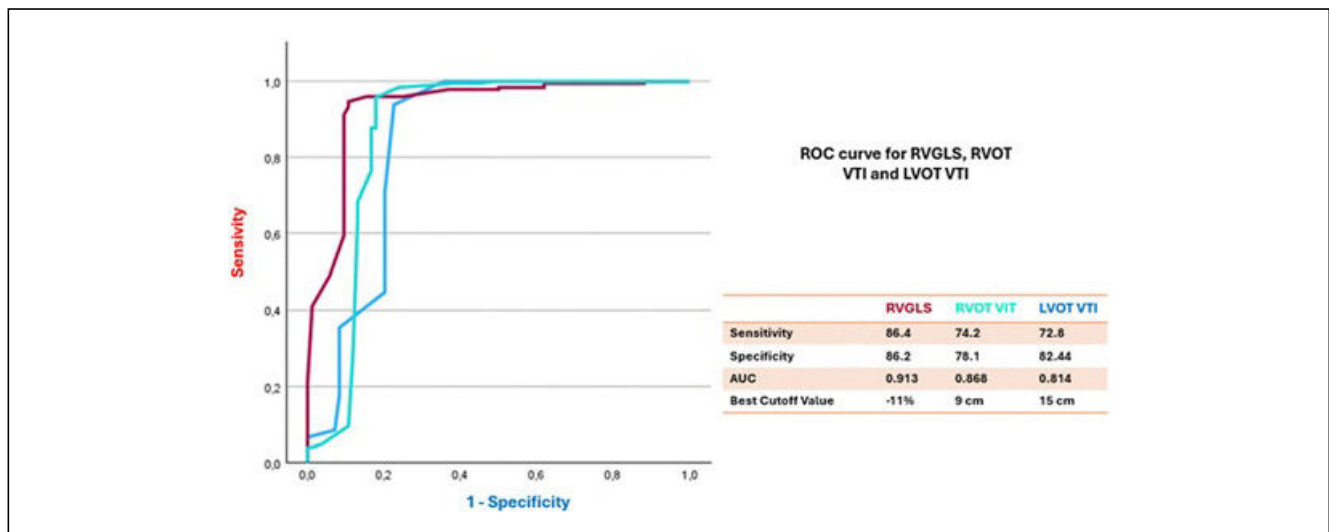
Orera Á, Tormo S, Gordón M, Madrid I, Talavera M, De Hevia L, Van Bommel Á, Álvarez F, Arrando H y Haener K

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Análisis de los resultados del uso de trombectomía y trombólisis con sistema EKOS en TEP grave.

Métodos: Análisis observacional, descriptivo y prospectivo de catorce pacientes de cuidados intensivos con TEP de intermedio o alto riesgo sobre los que se realizó terapia de trombectomía aspirativa (sistema Penumbra) o trombólisis local acelerada con ultrasonidos con sistema EKOS. Periodo: enero 2023 a noviembre 2024. Análisis de variables demográficas y comparación de resultados de variables clínicas y analíticas pre y post uso terapias. Resultados expresados como media $\pm$ desviación estándar. Prueba de diferencia de medias mediante t-Student con $p < 0,1$.

Figura Póster 015



Resultados: Edad media de 62 años, con 60% varones. Media de estancia en UCI 3,1 días ($\pm 3,5$). Todos los pacientes con sobredistensión derecha (relación V.D: V.I) y disfunción ventricular derecha al diagnóstico, 71% con TEPs centrales bilaterales. EKOS en 10 pacientes respecto a 4 con Penumbra (tras curva de aprendizaje, preferencia por EKOS). Uso de anticoagulación con enoxaparina 1 mg/kg/12 horas en todos los casos salvo uno con fibrinólisis sistémica y posterior perfusión con sódica (paciente no candidata a ECMO), único caso que falleció. Solo dos pacientes (ambos con EKOS) sufrieron complicaciones secundarias a la terapia, ambos relacionados con sangrados de vía urinaria, pero sin repercusión hemodinámica (solo en uno se interrumpió la terapia). Análisis parámetros pre y post-terapias, destacan de forma estadísticamente significativas ($p < 0,1$) mejoría valores medios TAPSE (de 11,8 ($\pm 4,86$) a 18,3 ($\pm 3,6$)) y onda S tisular tricuspídea (de 8,5 ($\pm 1,38$) a 12 ($\pm 3,3$)). También mejoría a las 48 horas de troponinas (de 109 ($\pm 97,8$) a 71,9 (± 0)) y pro-BNP (de 7.232,5 (± 1.389) a 2.159 (± 2.285)), pero sin alcanzar la significación estadística ($p > 0,1$). No hubo cambios sustanciales valores presión pulmonar sistólica. EKOS respecto sobre los que se realizó Penumbra experimentaron mayor mejoría TAPSE ($p < 0,1$), así como Tnt y pro-BNP ($p > 0,1$), no así en S tisular ($p > 0,1$) y sin diferencias en resto de variables.

Conclusiones: Predominio de elección de trombólisis con EKOS sobre trombectomía con Penumbra (70 vs. 30%) con supervivencia global del 93% (paciente que falleció con trombectomía emergente en situación de peri-parada). En todos ellos la terapia resultó con mejoría de disfunción ventricular derecha (incremento TAPSE y S tisular, descenso sobrecarga ventricular, presiones pulmonares y de enzimas daño miocárdico, troponina y pro-BNP). Existieron dos casos de complicaciones por sangrado de vías urinarias (solo en uno se interrumpió la terapia).

017. ENSAYO CLÍNICO (EC): COMPARACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO: MUSICOTERAPIA (MT) VS. PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL (PCH)

López Pagoaga RA¹, Pereiro Martínez S², Torres Serna E², Fernández Miret FDB¹, Castaño Ávila S¹, Vallejo de la Cueva A¹, Cabañas Daro-Francés S¹, Quintano Rodero A¹, Vara Martínez S¹ y Sanz Porras V¹

¹Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu y sede Santiago), Álava.

²Agruparte, Álava.

Objetivos: Valorar los efectos en el estrés percibido de la intervención con musicoterapia durante el *weaning* la ventilación mecánica (VM), medido a los 90 días del inicio, en comparación con la práctica clínica habitual en pacientes críticos.

Métodos: EC aleatorizado controlado en la UCI de un hospital de nivel terciario con dos grupos: un grupo de práctica clínica habitual (PCH, 49 pacientes) y un grupo que recibió musicoterapia (MT, de 51 pacientes). Criterios de inclusión: inicio del proceso de *weaning*, analgosedación y ventilación mecánica ≥ 48 h y consentimiento informado. Criterios de exclusión: patología psiquiátrica moderada-grave; déficit auditivo; o decisión de adecuación de tratamientos de soporte vital. Intervención en el MT: sesión diaria individual con técnicas activas y/o receptivas de 30-45 minutos, hasta finalización del *weaning*. Variable: nivel de estrés percibido a los 90 días utilizando la Escala de Estrés Percibido (PSS) (Remor, 2006). Descripción: Categóricas: N. Normal: X $\pm$ DE. No-normal mediana (IQR). Comparación: continuas t de Student (normal)/U de Mann Whitney (no normal). $P < 0,05$.

Resultados: Grupos homogéneos en cuanto a edad expresada en medias (GC 61,88 $\pm$ 15,54, GM 57,79 $\pm$ 15,33, p 0,16) y gravedad al ingreso APACHE (GC 19,89 $\pm$ 6,73, GM 20,33 $\pm$ 6,45, p 0,77). Se recogieron puntuaciones de PSS en 58 pacientes (30 de PCH, 28 del Mt), obteniéndose un menor índice de estrés percibido (18,00 [12,50; 22,00]) en MT en comparación con el PCH (25,00 [14,00; 28,50]), con p 0,24.

Conclusiones: La intervención con musicoterapia durante el *weaning* de VM podría disminuir el índice de estrés percibido a los 90 días del inicio del mismo. Se requieren series más amplias para corroborar estos datos.

018. ENSAYO CLÍNICO (EC): COMPARACIÓN DE ANALGOSEDACIÓN EN DESTETE: MUSICOTERAPIA (MT) VS. PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL (PCH)

Tajadura Alonso J, Vallejo de la Cueva A, Quintano Rodero A, Ibáñez Fernández de Leceta A, Castaño Ávila S, Tejero Mogen A, Argaluce Escudero J, Pereiro Martínez S, García Domelo P y Legaristi Martínez N
Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu y sede Santiago), Álava.

Objetivos: Comparar los niveles de analgosedantes, el nivel de sedación con RASS y dolor con EVN/ESCID durante el destete de ventilación mecánica (VM) en el grupo MT vs. PCH.

Tabla Póster 018

		PCH		MT		P
Edad		61,9 ± 15,5		57,8 ± 15,3		NS
APACHE II		19,9 ± 6,7		20,3 ± 6,4		
Hombre, %		66		42		
Admisión, %						
SDRA		23		27		
NRL		27		23		
Trauma		31		19		
PostQx		6,2		15		
Sepsis		10		10		
Otros		2		2		
Analgosedantes, %:						
Propo		53		31		
MDZ		4		6		
Fenta		53		51		
Remi		18		20		
Dexme		45		43		
Dosis destete X ± DE						
Propo mg/kg/h		0,44 ± 0,6		0,56 ± 0,5		
MDZ mg/kg/h		0,01 ± 0,0		0,02 ± 0,0		
Fenta mg/kg/h		0,43 ± 0,4		0,31 ± 0,3		
Remi mg/kg/h		0,93 ± 0,7		2,51 ± 2,6		
Dexme mg/kg/h		0,48 ± 0,3		0,55 ± 0,5		
RASS mediana (IQR)	8:00	16:00	p	8:00	16:00	p
Día						
1	-2,5 (-4,0, -2,0)	-2,0 (-3,0, -1,2)	,06	-3,0 (-4,0, -2,0)	-1,00 (-3,50, 0,00)	0,04
2	-2,0 (-3,0, -1,0)	-2,0 (-3,0, -0,2)		-2,0 (-3,0, 0,0)	-1,0 (-3,0, 0,0)	< 0,00
3	-2,0 (-4,0, -1,0)	-2,0 (-3,0, 0,0)		-2,0 (-3,0, -1,0)	0 (-1,5, 1,0)	
6	-1,0 (-2,2, 0,0)	0,0 (-2,5, 0,0)		-1,0 (-2,0, -1,0)	0,00 (-2,0, 1,0)	
Dolor						
1	0,0 (0,0, 0,2)	1,00 (0,0, 2,0)	,01	0,0 (0,0, 1,0)	1,0 (0,0, 2,0)	0,00
2	0,0 (0,0, 0,2)	0,00 (0,00, 1,00)		0,0 (0,0, 1,0)	0,0 (0,0, 2,2)	
3	0,0 (0,0, 1,0)	0,00 (0,00, 1,00)		1,0 (0,0, 2,0)	0,0 (0,0, 2,0)	
6	0,0 (0,0, 0,0)	0,00 (0,00, 1,50)		0,0 (0,0, 1,0)	0,0 (0,0, 0,5)	

Métodos: EC aleatorizado controlado del 1/10/20 al 1/10/23. Aprobado por CEIC del Hospital Universitario de Álava. PCH: *weaning* habitual a criterio del personal sanitario responsable del paciente hasta completar destete. MTT: *weaning* con sesiones de MT individualizada/día de 8 a 16 h, hasta completar destete. Inclusión: > 18 y < 80, analgosedados en VM al menos 48 h, con inicio de destete y consentimiento informado firmado. Exclusión: psiquiátricos moderados-graves. Déficit auditivo. ATSV o expectativa de vida < 48 h. Descripción: categóricas: N/%. Normal: $\bar{X} \pm DE$. No-normal mediana (IQR). Comparación: categóricas χ^2 Continuas t de Student (normal)/U de Mann Whitney (no normal). $p < 0,05$.

Resultados: N = 100. PCH vs. MT (49 vs. 51).

Conclusiones: A pesar de que los analgosedantes en distribución y dosis en ambos grupos fueron comparables, los pacientes tras la MT permanecieron alerta más tiempo sin presentar dolor, lo que podría suponer un menor tiempo de estancia.

019. VALOR PRONÓSTICO DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN MEDICINA INTENSIVA

Ticona Espinoza TG, Colmenero Calleja C, Pérez Torres D, Barbero Garrote S, López Barral E, Cacho Dueñas M, Canas Pérez I, Díaz Rodríguez C, Cuenca Rubio C y Fraile Gutiérrez V

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Determinar la asociación entre la mortalidad, los hallazgos del angio-TC de arterias pulmonares (CTPA) y los parámetros de ecocardiografía transtorácica (ETT) en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) ingresados en Medicina Intensiva (MI).

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo. Se incluyen todos los pacientes que ingresan por TEP en MI de 2011 a 2024. Se registran datos demográficos, de CTPA (localización del trombo, sobrecarga derecha, infarto pulmonar, atelectasia y vidrio deslustrado), y de ETT (TAPSE, insuficiencia tricúspide [IT], tiempo de aceleración pulmonar, dilatación derecha, sobrecarga de presión, signo de McConnell, dilatación de vena cava, trombo intracavitario, colapso izquierdo). Se establece la magnitud de la fuerza de la asociación de cada variable con la mortalidad mediante la *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza 95% (IC95%), con el método de Cornfield. Se construye un modelo de regresión logística para predecir mortalidad mediante ETT con el método *forward stepwise*, con punto de corte $p < 0,05$. Se evalúa bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow) y capacidad discriminativa (análisis ROC).

Resultados: Se incluyen 225 pacientes, 51% varones, edad 63 (53-76), APACHE-II 13 (8-16). Riesgo alto 28,4%, intermedio-alto 32,9%, intermedio-bajo 13,3%, bajo 25,3%. Realización de CTPA en 95% y ETT en 92%. Mortalidad hospitalaria 10,7%. En el análisis bivalente, la localización segmentaria del trombo (OR 3,7 [1,2-12,3], $p = 0,02$) y el infarto pulmonar (OR 3,6 [1,4-9,5], $p = 0,01$) en el CTPA; y la presencia de TAPSE < 17 mm (OR 5,7 [1,9-16,9], $p < 0,01$), IT (OR 3,1 [1,1-9,1], $p = 0,04$), signo de McConnell (OR 6,8 [2,3-20,7], $p < 0,01$), trombo intracavitario (OR 16,3 [3-87,6], $p < 0,01$) y colapso izquierdo (OR 11,2 [3,4-35], $p < 0,01$) en el ETT, se asociaron con la mortalidad. El modelo de regresión logística se describe en la tabla ($p < 0,01$, pseudo- R^2 0,25, χ^2 Hosmer-Lemeshow $p = 0,61$, AUCROC 0,81).

Modelo de regresión logística		
Parámetro	OR (IC95%)	p
TAPSE < 17 mm	5,2 (1,4-19,9)	0,01
Signo de McConnell	6,4 (1,7-23,3)	< 0,01
Trombo intracavitario	25,7 (2,7-239,8)	< 0,01
Colapso izquierdo	3,7 (0,9-15,0)	0,06

Conclusiones: Los hallazgos del CTPA (localización segmentaria de trombo e infarto pulmonar) y ETT (disfunción derecha, signo de McConnell y trombo intracavitario) se relacionan con la mortalidad en pacientes con TEP en MI.

020. PROTECCIÓN DIAFRAGMÁTICA GUIADA POR ECOGRAFÍA. ESTUDIO PRODIGE

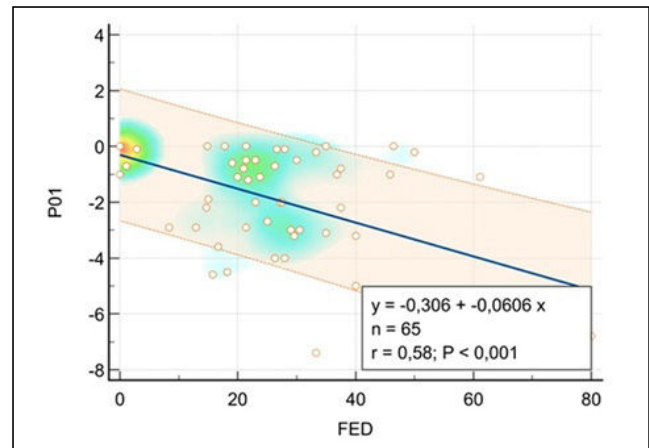
Sánchez Santamaría M, Razak Soriano M, Martínez Fernández CE, González Contreras JJ, Delgado Mesa P, Macías Clemente J, Aguilar Cabello M, Armenta López GP, Gómez Prieto MDG y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Analizar la correlación entre el trabajo respiratorio del paciente en ventilación mecánica medido por $p0.1$ y los parámetros de función diafragmática medidos por ecografía.

Métodos: Estudio prospectivo observacional (PRODIGE) realizado en una UCI de 8 camas, con aprobación del CEIC (2020-N-22 HUVR-HUVM). Se obtuvo consentimiento informado. Se registraron las ecografías torácicas realizadas entre junio-diciembre/24 a pacientes en ventilación mecánica. Las ecografías se realizaron dentro de las primeras horas del ingreso (basal) y cada 48 horas una vez iniciado el Soporte ventilatorio parcial en presión soporte. Se utilizó un ecógrafo Esaote® SLAB multi-sonda para la ecografía diafragmática utilizando la medida (media de 3) del grosor (GD) y fracción de engrosamiento diafragmático (FED), y la ecografía pulmonar para valorar el LUNG score (LUS). Se utilizó la chi-cuadrado, la U de Mann-Whitney y el test de correlación de Pearson para el análisis estadístico, con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 65 estudios realizados en 28 pacientes. No se detectaron diferencias en el GD entre modos controlado y soporte parcial [GD 2,85 (2,55-3,30) vs. 2,90 (2,30-3,55); $p = 0,79$], ni en función del tiempo, ni entre las basales y siguientes en modo controlado [GD 3,15 (2,55-3,50) vs. 2,70 (2,55-3,25); $p = 0,52$]. Se encontraron diferencias significativas en la FED entre pacientes con $p0.1$ menor de 2,5 [FED 20,5% (0-27,6%)] y $p0.1$ mayor de 2,5 [FED 28,0% (19,0-32,6)]; $p = 0,019$. Igualmente se han encontrados diferencias significativas en los valores de FED entre modos controlado y soporte parcial [FED 15,8% (0-27,4%) vs. 26,8% (21,4-37,5)]; $p < 0,001$. Por último, se analiza la correlación lineal entre las mediciones de $p0.1$ y FED, con $r = 0,58$; $p < 0,001$.



Conclusiones: En los datos preliminares de nuestro estudio hemos encontrado correlación entre la $p0.1$ y la FED, que es significativamente superior en niveles de $p0.1 > 2,5$, y en modos de soporte parcial frente a modos controlados. Sin embargo, no hallamos diferencias significativas en el grosor diafragmático según el modo de VM ni en función del tiempo, en contra de lo esperado. Hacen falta más estudios para sacar conclusiones más certeras.

021. ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO PARA LA PREDICCIÓN DE SECUELAS NEUROCOGNITIVAS POS-UCI Y MECANISMOS MOLECULARES ASOCIADOS

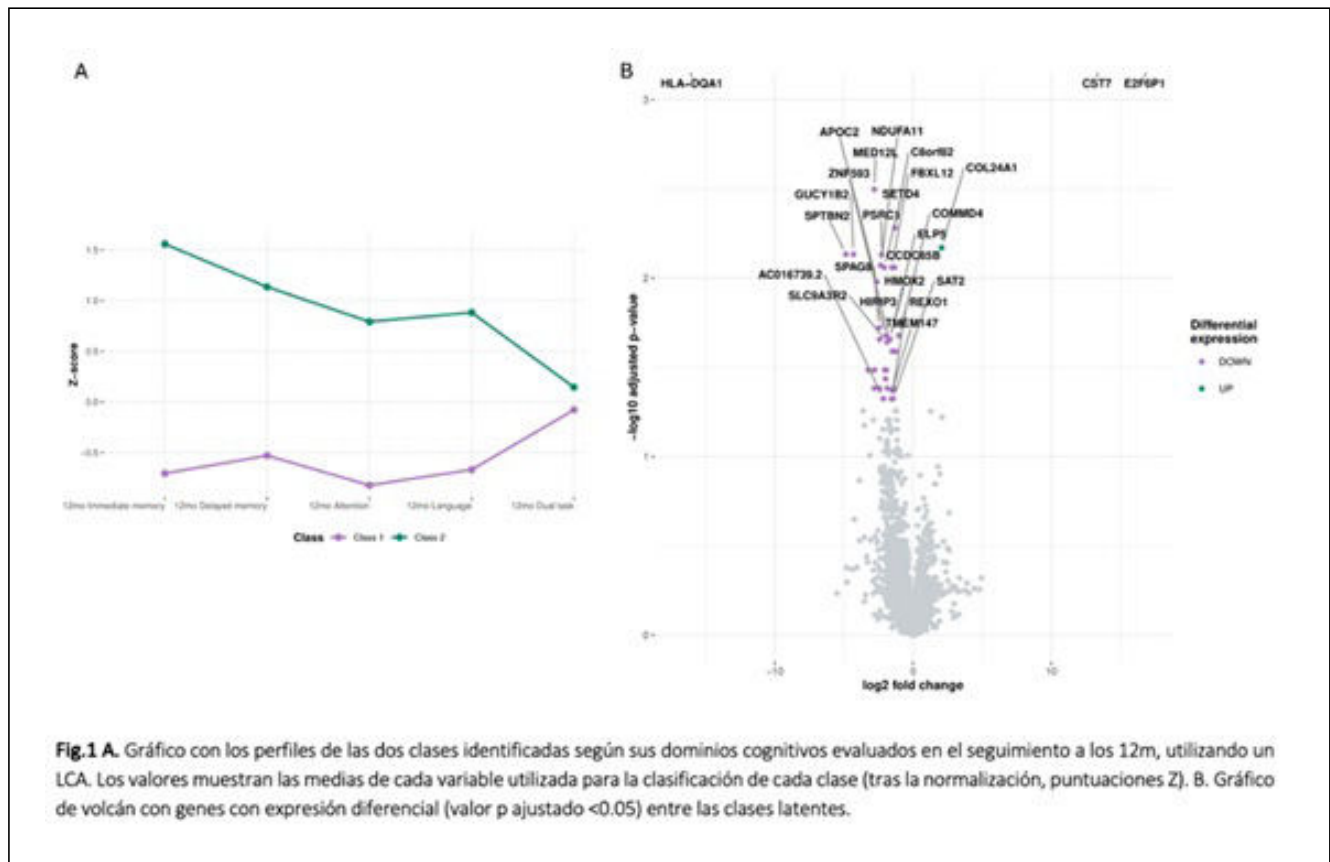
Miravete Lagunes K¹, Duarte Herrera ID², Exojo Ramírez SM¹, Álvarez Carriles JC³, Godoy González M⁴, Parra Ruiz D³, Fernández Gonzalo S⁴, Rodríguez Díaz P⁵, Muñiz Albaiceta G³ y Amado Rodríguez L³

¹ISPA/FINBA, Asturias. ²Ciber, Asturias. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ⁴Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ⁵Universidad de Oviedo, Asturias.

Objetivos: Identificar mecanismos de respuesta biológica a la enfermedad aguda asociados al desarrollo de secuelas neurocognitivas post-UCI utilizando transcriptómica de sangre completa al ingreso en la UCI.

Métodos: Se reclutaron pacientes COVID-19 ingresados en UCI. Los supervivientes fueron evaluados cognitivamente a los 3 (3m) y 12 meses (12m) tras el alta de UCI utilizando la escala RBANS, el *Trail Making*

Figura Póster 021



Test, test de Stroop y test de ejecución dual. Al ingreso en UCI se obtuvieron transcriptomas de sangre completa de cada paciente. Se realizó un análisis de clases latentes (LCA) para identificar subgrupos con diferentes puntuaciones cognitivas en las dimensiones evaluadas y se compararon los datos de expresión génica y rutas moleculares activas entre grupos.

Resultados: Se reclutaron 104 supervivientes (63 [56-71] años, 26% mujeres). 41 pacientes completaron el seguimiento a 3 m y 73 a 12 m. 39 pacientes completaron ambos seguimientos. La puntuación RBANS fue 86 (80-99) a los 3 m y 92 (82-100) a los 12 m ($p = 0,36$). Se diagnosticó deterioro cognitivo global (DCG) en 15 de 41 pacientes (36,58%) a los 3 m y en 22 de 62 pacientes (35,48%) a los 12 m. Se identificaron dos clases mediante LCA (fig. 1A): Clase 1 ($n = 67$) mostró puntuaciones más bajas que la clase 2 ($n = 37$) en todos los dominios de RBANS y en la puntuación global a los 3 m y a los 12 m. Mayor diagnóstico de DCG en la clase 1 a los 3 m (51,85 vs. 7,14%, $p = 0,01$) y a los 12 m (64,29 vs. 11,76%, $p < 0,001$). La clase 1 exhibió niveles séricos significativamente más altos de IL-6 al ingreso (94 [22-262,25] vs. 24,5 [13,5-131,25], $p = 0,02$) y una cifra de leucocitos más baja (7.260 [5.675-9.950] vs. 9430 [6.350-11.770], $p = 0,04$). No hubo otras diferencias significativas entre clases. El análisis de expresión diferencial reveló 34 genes sobreexpresados y 3 infraexpresados (valor p ajustado $< 0,05$) (fig. 1B) implicados en vías relacionadas con la activación de respuesta inmune innata y la señalización de mTOR.

Conclusiones: El perfil transcriptómico en sangre al ingreso en UCI podría ayudar a identificar pacientes con alto riesgo de secuelas cognitivas post-UCI. La activación de la respuesta inmune innata y la vía de mTOR podrían estar implicadas en el desarrollo de secuelas neurocognitivas post-UCI.

Financiado por: KML es receptora de un contrato Severo Ochoa por Consejería de Ciencia, Innovación y Universidad del Principado de Asturias (BP21/169). Este abstract es financiado por el Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CB17/06/00021) y el Instituto de Salud Carlos III (PI20/01360 y PI21/01592). LAR es receptora de un contrato Juan Rodés, con el apoyo del Instituto de Salud Carlos III y el Fondo Social Europeo (JR22/00066).

022. PAUTAS DE MEDICACIÓN Y ÉXITO EN INTUBACIÓN AL PRIMER INTENTO EN OBESOS Y EN VÍA AÉREA DIFÍCIL. ANÁLISIS DE INTUPROS

García Garmendia JL¹, Onieva Calero F², Moreno Quintana J³, García Prieto E⁴, Rodríguez Ruiz E⁵, Bohollo de Austria RÁ⁶, Gordo Vidal F⁷, Gordillo Escobar E⁸, Garnacho Montero J⁹ y Trenado Álvarez J¹⁰

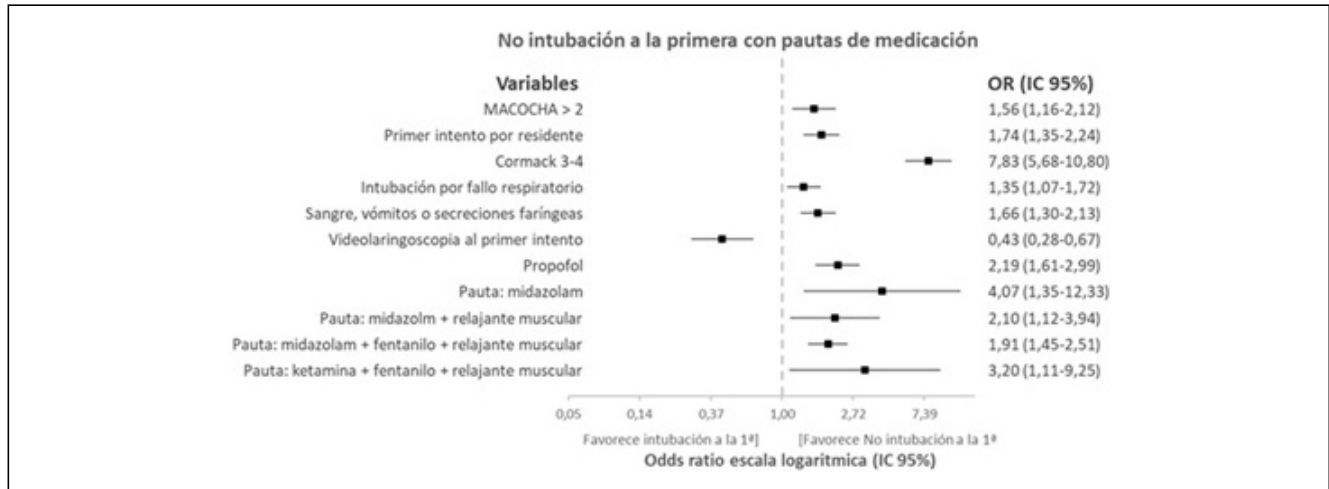
¹Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla. ²Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. ³Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña. ⁶Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁷Hospital del Henares, Madrid. ⁸Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla. ⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla. ¹⁰Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Analizar las diferentes pautas de medicación utilizadas en el estudio INTUPROS y su relación con el éxito en intubación al primer intento (FPS), en obesos y vía aérea difícil.

Métodos: Análisis *post hoc* del estudio prospectivo, multicéntrico INTUPROS (NCT03916224), sobre intubación en pacientes de UCI. Se compararon pautas de medicación utilizadas y su relación con FPS, intubación en obesos (IMC > 30) y vía aérea difícil (VAD). Las combinaciones analizadas incluyeron midazolam (Mid), Etomidato (Eto), fentanilo (Fen), Propofol (Pro), ketamina (Ket) y relajantes musculares (RelM). Las variables continuas se expresan como medianas (cuartiles) y las categóricas como porcentajes. Se utilizó el test de U-Mann-Whitney y chi-cuadrado, y se un análisis multivariante con regresión logística, con nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Las pautas más frecuentes en los 1837 pacientes incluidos fueron Mid/Fen/RelM (32%), Eto/Fen/RelM (8,3%), Eto/RelM (8,0%) y Pro/Fen/RelM (6,9%), utilizando 40 diferentes. Las pautas Mid/Fen/RelM (OR 0,80 [IC95% 0,65-0,99]), Pro/RelM (OR 0,44 [IC95% 0,20-0,98]) y Ket/Fen/RelM (OR 0,41 [IC95% 0,17-0,99]) se asociaron a menor tasa de FPS, y las pautas Mid/Eto/Fen (OR 1,01 [IC95% 1,00-1,01]), Eto/RelM

Figura Póster 022



(OR 1,75 [IC95% 1,15-2,66]) y RelM (OR 1,01 [IC95% 1,00-1,02]) a una mayor tasa de FPS. En el análisis multivariante, las pautas Mid (OR 4,07 [IC95% 1,35-12,33]), Mid/RelM (OR 2,10 [IC95% 1,12-3,94]), Mid/Fen/RelM (OR 1,91 [IC95% 1,45-2,51]) y Ket/Fen/RelM (OR 3,20 [IC95% 1,11-9,25]) se asociaron a fallo en el primer intento. En el subgrupo de obesos, Mid/Fen (OR 3,93 [IC95% 1,16-13,26]) y Mid/Ket/RelM (OR 1,04 [IC95% 1,02-1,06]) se asociaron a una mayor tasa de FPS, mientras Mid/Pro/Fen/RelM (OR 0,27 [IC95% 0,13-0,60]) y Pro/Fen/RelM (OR 0,46 [IC95% 0,24-0,87]) se asociaron a una menor tasa. Las pautas Pro/RelM (OR 2,77 [IC95% 1,15-6,71]), Pro/Eto/RelM (OR 5,67 [IC95% 1,51-21,27]), Ket/RelM (OR 3,43 [IC95% 1,60-7,39]) y Ket/Fen/RelM (OR 5,91 [IC95% 2,42-14,42]) fueron más usadas en pacientes con VAD.

Conclusiones: Las pautas de medicación usadas en la intubación del paciente crítico son muy heterogéneas. Las que se asocian con menor tasa de intubación a la primera suelen incluir midazolam, algo que no se observó en obesos. Por el contrario, el midazolam fue poco usado en pautas de intubación de vía aérea difícil.

023. RESULTADOS DE LA MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA COMO PUENTE AL TRASPLANTE PULMONAR. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

Tendero Herraiz I, Enciso Paniagua P, Amaro Harpigny A, Galiano Gordillo JA, Ruiz de Castañeda Menéndez S, Muriente Orio B, Reguillos Garzas S, De la Roja Serrano C, Pérez Calle M y Bellón Ramos A

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Describir las características, datos de interés, mortalidad y supervivencia de los pacientes a los que se implantó una ECMO como puente para trasplante pulmonar (TP) en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Estudio retrospectivo (2020-2024). Se incluyeron todos los pacientes en ECMO, ya fuese venovenoso (V-V) o venoarterial (V-A), como puente al TP ingresados en SMI. Se analizaron características, mortalidad y supervivencia (a los 30 días y 6 meses tras el TP). Datos obtenidos a través de la historia clínica electrónica. Mortalidad intrahospitalaria: aquella acontecida desde el ingreso hospitalario hasta el alta hospitalaria. Variables cualitativas: porcentaje (valor absoluto); cuantitativas: media $\pm$ DE o mediana (IQ25-IQ75).

Resultados: Se recogieron 15 pacientes. Edad media: 59 ± 9 años, 60% (9) varones. Comorbilidad más frecuente: hipertensión pulmonar (40%;6). La mayoría requería oxígeno crónico domiciliario (86%;13). El 87% (13) recibió oxígeno con alto flujo antes de ingresar en UCI. Mediana de días de ingreso pre-UCI: 4 (3-14). Al ingreso en UCI el 43% (6) estaban en estudio pretrasplante, el 35% (5) en lista de espera y en el 26% (4) no se había iniciado estudio. Principal causa de ingreso en UCI: insuficiencia respiratoria sin otro fracaso orgánico asociado 100% (11). En todos los casos se utilizó ECMO V-V femoro-yugular. Requerieron intubación orotraqueal el 40% (6) consiguiéndose la liberación de la ventilación mecánica (VM) en la mitad. Dos pacientes requirieron traqueotomía pretrasplante. Durante la ECMO pretrasplante, el 86% (13) alcanzó

un RASS de 0 y el 66% (10) realizó fisioterapia activa. Mortalidad pretrasplante fue del 26% (4) siendo trasplantados el resto [73% (11)]. Mediana de días ingreso en UCI - TP: 5 (4-10). Mediana de días en VM y ECMO pretrasplante: 4,5 (2-22) y 4 (2-4). La ECMO se utilizó intraoperatoriamente en todos los casos (11). Tres pacientes salieron de quirófano sin ECMO, 7 mantuvieron modalidad V-V y uno se reconvirtió a V-A. Duración de ECMO y VM postrasplante fue de 4 ± 3 y 14 (4-74) días respectivamente. Nueve pacientes requirieron traqueotomía en el postrasplante. Mortalidad postrasplante: 1 paciente. Mediana de días en UCI (pre y postrasplante) 27 (8-42). Mortalidad intrahospitalaria de la serie: 33% (5). Las supervivencias a los 30 días y a los 6 meses del TP fueron del 66% (10) y del 60% (9) respectivamente.

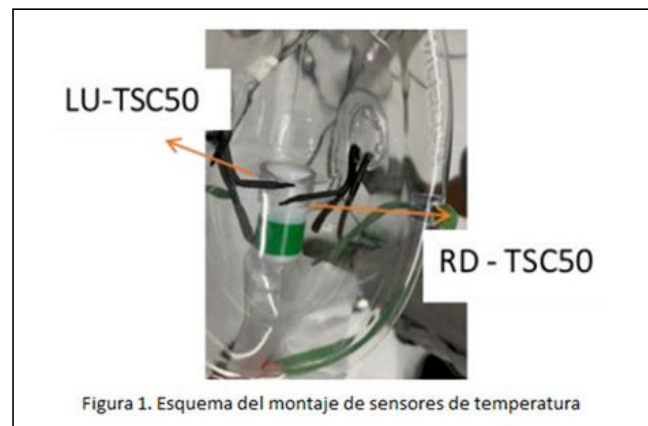
Conclusiones: La supervivencia obtenida en nuestra serie (66%) es comparable con los datos publicados (50-80%) y muestran que la ECMO como puente al TP en candidatos seleccionados asocia buenos resultados.

024. COMPARACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO INICIAL DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR NEUMONÍA SEGÚN SU EVOLUCIÓN

Popoviciu MR¹, Rodríguez Farré N², Flores Orella M², Lloret Puig B³, Solà Soler J⁴, Giraldo Giraldo B⁴, Arenós Sambro R², Luján Torné M³, Martín Baranera M¹ y Mas Serra A²

¹Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi, Barcelona. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ⁴Institut de Bioenginyeria de Catalunya (IBEC), Barcelona.

Objetivos: Describir el patrón respiratorio mediante un nuevo sistema no invasivo al ingreso de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) secundaria a neumonía. Describir las diferencias clínicas y de la señal respiratoria entre los que evolucionan favorablemente y los que no.



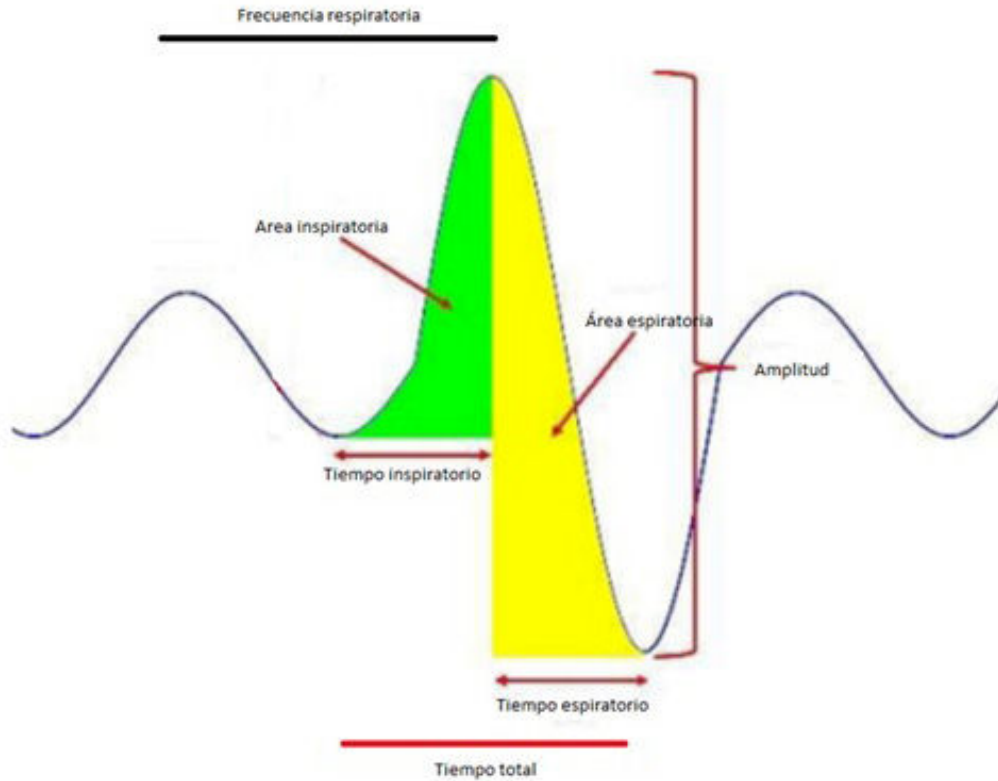


Figura 2. Descripción de la señal y los parámetros obtenidos

	Favorable n=67	Desfavorable n=15	p
Sexo (mujer)	30 (44,8)	6 (40)	0,736
Edad (años)	72 (62-81)	75 (59-80)	0,904
BMI (Kg/m ²)	28 (25-31)	27 (24-31)	0,778
SOFA score	1 (0-1)	1 (0-1)	0,783
CURB 65 Index	2 (1-3)	2 (1-3)	0,375
Charlson index	4 (3-6)	5 (2-7)	0,056
TAS mmHg	120 (109-135)	130 (110-153)	0,230
TAD mmHg	66 (62-73)	62 (51-67)	0,028
FC bpm	85 (76-92)	88 (83-105)	0,095
FIO ₂	0,26 (0,24-0,28)	0,31 (0,28-0,35)	0,002
Flujo O ₂ (L/min)	4 (3-6)	6 (4-15)	0,000
SpO ₂ (%)	95 (92-95)	93 (91-95)	0,320
PaO ₂ mmHg	64,1 (57-76,6)	62,6 (52-73)	0,602
PaCO ₂ mmHg	37,5 (34,3-43,1)	33,2 (30,1-36,8)	0,011
SaO ₂ (%)	91 (88,3-95)	91 (88,5-94,3)	0,615
Escala de Borg de disnea	2 (0-4,5)	4 (2-6)	0,021
Cuadrantes en la radiografía	1 (1-2)	2 (2-3)	0,002
Neutrófilos x 10 ³	10,61 (7,93-14,54)	13,74 (9,85-17,00)	0,139
PMN (%)	78 (73-86)	85 (81-90)	0,021
Linfocitos (%)	11 (7-15)	6 (5-10)	0,005
PCR mg/dL	11 (5-19)	25 (6-39)	0,013
Creatinina umol/L	79 (58-97)	88 (66-141)	0,107
Ddimero ng/dL	627 (608-1083)	4300 (4300-4321)	0,028

Tabla 1. Resultados demográficos, clínicos, analíticos y radiológicos

	Favorable	No favorable	p
Ti	1,69 (1,46-1,98)	1,32 (1,10-1,65)	0,173
CV Ti	0,31 (0,22-0,36)	0,37 (0,36-0,39)	0,008
Ti/Tot	0,60 (0,55-0,66)	0,58 (0,53-0,62)	0,194
CV Ti/Tot	0,15 (0,10-0,18)	0,17 (0,15-0,20)	0,248
FR	23,5 (21,2-25,9)	27,9 (24,1-32,1)	0,242
CV FR	0,23 (0,16-0,31)	0,32 (0,23-0,43)	0,019
Amplitud	0,24 (0,17-0,33)	0,19 (0,15-0,26)	0,540
CV amplitud	0,53 (0,31-0,68)	0,93 (0,58-0,98)	0,002

Tabla 2. Resultados derivados de la señal del patrón respiratorio

Métodos: Estudio observacional y prospectivo realizado en 3 hospitales con Servicio de Medicina Intensiva. Inclusión: adultos con IRA por neumonía bacteriana o vírica por SARS-CoV-2 y oxigenoterapia. Exclusión: VMNI domiciliaria o durante el episodio, PaFi < 100 con CNAF en la evaluación. Intervención: Al ingreso se recogieron datos demográficos, analíticos, radiológicos, clínicos y de la señal derivada del patrón respiratorio. Esta se obtuvo mediante dos sensores de temperatura (SC50) insertados en la máscara de Venturi (fig. 1) durante 5 minutos y se registró a través de un adquisidor de señales fisiológicas (Biopac®). De cada registro (media de los dos sensores) se obtuvieron, mediante procesamiento avanzado de señales, los parámetros que se muestran en la figura 2. Desenlace desfavorable: PaO₂/FiO₂ < 100 con CNAF, ventilación mecánica o muerte. Se acordó incluir un mínimo de 78 pacientes dado que no existen datos de referencia para calcular el tamaño muestral. Los datos se analizaron con SPSS y se expresan en número (%), mediana (IQR) y coeficiente de variación de la media (CV) según normalidad. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney para comparar grupos. Significancia p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, de los cuales 15 (18%) presentaron un desenlace desfavorable. Los resultados se muestran en las tablas.

Conclusiones: Las características clínicas de los pacientes incluidos en este estudio son concordantes con las descritas previamente en la literatura. En los pacientes con IRA por neumonía que evolucionan desfavorablemente, se evidencia una mayor variabilidad en el patrón respiratorio.

Financiado por: Fundació La Marató de TV3 (202122-30).

025. UTILIDAD DEL FILMARRAY FRENTE AL CULTIVO EN EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Barakat Fernández S, Corbato García Á, Benítez Garzón LE, Vidal Luján LA, Álvarez Torres M, Pérez Bastida L, López Ramos E, López Ramos I, Andaluz Ojeda D y San José Pardo I

Hospital General Río Carrión (C.A.U. de Palencia), Palencia.

Objetivos: Analizar el grado de concordancia de los test moleculares frente al cultivo tradicional (*gold estándar*) para el diagnóstico precoz de neumonía en el paciente crítico.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en UCI, entre noviembre 2023 y diciembre 2024, que presentaron sospecha de neumonía al ingreso o durante el mismo. Se evaluaron variables clínicas, tipo de muestra respiratoria, tipo de patógeno identificado, incidencia de neumonía nosocomial y desenlace. Para cada paciente, se realizaron dos pruebas diagnósticas: una prueba molecular (Biofire FilmArray panel neumonía plus) y un cultivo microbiológico de las muestras respiratorias. Se compararon los resultados para valorar la concordancia y la exactitud diagnóstica de ambos métodos. Para ello se realizan diferentes test de correlación (Spearman y coeficiente Kappa) y del área bajo la curva mediante SPSS 21.0.

Resultados: Se procesaron 50 muestras respiratorias: 8 esputos, 10 BAL y 32 BAS. El diagnóstico de neumonía se confirmó en el 76% de las muestras (56% comunitarias y 34% nosocomiales). FilmArray resultó positivo en un 62% de las muestras y el cultivo en el 44%, identificando 50 y 28 microorganismo respectivamente. Excluyendo virus y patógenos no cubiertos por el panel molecular, el grado de concordancia entre ambas técnicas fue del 73%. El FilmArray identificó una media de 1 microorganismo por muestra, frente a 0,56 por cultivo (p < 0,001). El Filmarray resultó positivo en el 21,4% de cultivo negativos, con una media de 10⁴ copias/mL, mientras que en aquellas muestras con FilmArray y cultivo concordantes la media del primero fue de 10⁶ copias/mL. El grado de correlación entre ambas técnicas mediante índice Kappa fue 0,591 (p < 0,001), mientras que el grado de correlación entre n.º de microorganismos detectados por ambas técnicas fue r = 0,58; (p < 0,001). Sin embargo, no se observó correlación significativa entre n.º copias detectadas por FilmArray y UFC de cultivos (r = 0,3; p = 0,24). Se analizó el grado de exactitud del diagnóstico de neumonía del n.º copias y UFC mediante AUROC: 0,89 IC95% (0,78-0,99) y 0,79 IC95% (0,67-0,92), respectivamente (p < 0,001).

Conclusiones: Se observó un alto porcentaje de concordancia e índice de correlación moderado-alto entre ambas técnicas. No se demostró correlación entre el n.º de copias y colonias, sin embargo la carga molecular elevada (> 10⁶ copias/mL) se asoció con positividad en cultivo y mayor posibilidad de presencia de neumonía. FilmArray mostró mayor

sensibilidad, especialmente en casos de baja carga bacteriana, sugiriendo mayor detección de colonizaciones respiratorias.

026. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ECMO V-V EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR

Rivas Gómez-Plana F, Centeno Sotillo A, Janeiro Rosales I, Revuelto Rey J y Noria Serrano JA

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

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y el motivo de ingreso de los pacientes sometidos a esta terapia. Evaluar las complicaciones durante la misma, tanto hemorrágicas como infecciosas. Valorar el resultado de la terapia analizando la mortalidad hasta seis meses tras el tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que recibieron soporte con ECMO V-V. Se realiza análisis estadístico con el programa SPSS. Inicialmente usando medias, frecuencias y proporciones. En un segundo tiempo, se estudia la relación entre las complicaciones infecciosas y la mortalidad mediante análisis chi cuadrado.

Resultados: Durante los años 2018 hasta 2024 se sometieron a terapia ECMO V-V 41 pacientes en situación de insuficiencia respiratoria grave. El 78% eran hombres con una media de edad de 42,36 años. Duración de la terapia tiene una media de 21,9 días. Utilizando la escala de ALFRED para la selección los podemos estratificar: el 70,73% zona verde (probable buen resultado), 19,51% zona amarilla (pronóstico incierto), 4,88% zona roja (probable mal pronóstico) y 4,88% zona negra (pobre beneficio). Los diagnósticos son: 31,7% neumonías bacterianas, 29,27% neumonías COVID, 12,19% traumas graves, 9,76% SDRA por otros motivos, 9,76% gripes, 4,88% post operatorios de cirugía torácica y 2,44% neumonías fúngicas. Del total, el 78% estuvieron anticoagulados, siendo la heparina no fraccionada el fármaco de elección (100%). Existen complicaciones hemorrágicas en 34,14%, estando anticoagulados el 85,7%. Si analizamos la localización de hemorragias: 35,7% SNC, 21,42% a nivel alveolar, 14,28% digestivos y hemotórax respectivamente; 7,14% de partes blandas y vía aérea respectivamente. La hemorragia es causa de muerte en 7,31%, estando siempre localizada en SNC. La mayoría presentó complicaciones infecciosas: el 78% presentó NAVM y 48% bacteriemia. Mediante un análisis con chi cuadrado se valora la relación entre presentación de bacteriemia con fallecimiento y NAVM con fallecimiento, no existiendo relación estadísticamente significativa en ninguno de los dos casos (p 0,879 y p 0,768). Mortalidad en UCI del 51,22%; 2,44% fallecieron en planta, la mortalidad a los 6 meses fue del 0%.

Conclusiones: El fallo respiratorio agudo en adultos es causa de una alta mortalidad a pesar de las mejoras en los tratamientos, incluida la terapia con ECMO. La anticoagulación durante su uso no está exenta de riesgos, llegando a causar hemorragias graves en > 30%. La mayoría presentaron alguna complicación infecciosa, sin embargo, la aparición de NAVM o bacteriemia no se relaciona con la mortalidad

027. USO DE LARINGOSCOPIA DIRECTA VS. VIDEOLARINGOSCOPIA EN IOT DE PACIENTES DE LA UCI DE REUS. ANÁLISIS DE DATOS 2021-2024

Coffin Barahona ID, Brito Piris JA, Cueto Quintana PF, Busquets Pou A, Hernández Monterroza C, Parra Castillo A, Malpica Basurto K, Rovira Anglés C y Vallverdú Perapoch I

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: Analizar los resultados y el éxito o no de intubación según el dispositivo que se ha utilizado (laringoscopia directa, LD, o videolaringoscopia, VL) en pacientes según su IMC.

Métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo y analítico de los datos relativos a todas las IOT realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos en el periodo comprendido desde 2021 a 2024. Para ello, dividimos a la población en dos grupos, LD y VL, realizamos una comparación de la tasa de éxito al primer intento según dispositivo utilizado y según IMC del paciente. En el análisis estadístico se ha utilizado el test exacto de Fisher para proporciones (IBM SPSS V25), aceptando como significativa una p < 0,05.

Resultados: Se obtiene un total de 88 intubaciones realizadas en UCI, de las cuales el 67,3% fueron realizadas con VL, siendo más frecuentes el sexo masculino 55,3%. El 89,6% fueron al primer intento. Del análisis

de los datos obtenemos que en los pacientes con IMC > 30, el videolarinoscopio fue el dispositivo más utilizado (66%). Sin embargo, no se objetivaron diferencias significativas entre grupos (IMC > 30 o IMC < 30) según se utilice VD o VL (p 0,36).

Número de intentos de IOT con VL paciente con IMC>30			
	Más de un intento VL		
IMC>30	No	Si	Total
No	16 (55.2%)	05 (83.3%)	21 (60.0%)
Si	13 (33.3%)	01 (66.7%)	14 (41.4%)
Total	29 (100%)	06 (100%)	35 (100%)

En los pacientes con IMC>30 IOT con VL no tienen más intentos de IOT comparados con LD, no existe prevalencia de uso de VL a mayor IMC.

Conclusiones: No hay diferencias según sexo, edad, comorbilidades para el uso específico del dispositivo a utilizar. En nuestra cohorte de pacientes no hay diferencias estadísticamente significativas respecto al uso de VL o LD para el éxito de IOT al primer intento. No observamos una disminución del número de intentos de intubación entre VL y LD. En pacientes con IMC > 30, se utilizó más el VL (66%). Hay uso escaso de las escalas predictoras como MACOCHA (4,5%).

028. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE REQUIRIERON TRAQUEOSTOMÍA DURANTE SU INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Panduro Meza MM, Martínez Martínez C, Marín Ráez R, González Fernández OA, Collado Bello G, Márquez Alonso JA, López Vergara L y De Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que requirieron traqueostomía durante su ingreso en la unidad de cuidados intensivos del HURC. Determinar la frecuencia de complicaciones infecciosas y de sangrado según técnica utilizada.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados en la UCI del HURC durante agosto del 2020 y noviembre del 2024 a quienes se les realizó traqueostomía. Se recogieron variables clínicas y demográficas; referentes a la realización de la traqueostomía (técnica utilizada y días de ventilación mecánica); presencia de factores de riesgo para complicaciones (antiagregación, anticoagulación, inmunosupresión) y complicaciones presentadas (sangrado o infección del estoma, sangrado intratraqueal, traqueobronquitis en la primera semana y/o disfagia). Se calcularon medidas de tendencia central (media y desviación estándar para variables cuantitativas con distribución paramétrica; mediana y rango intercuartil para las de distribución no paramétrica) y los porcentajes con respecto al total en las variables cualitativas dicotómicas.

Resultados: Se analizó los datos de 336 pacientes, 227 de ellos de sexo masculino (67,5%), con una edad media de 60 ± 13 años. Los diagnósticos identificados fueron distrés respiratorio (116 - 34,5%), COVID-19 (93 - 27,7%), hemorragia intracraneal no traumática (56 - 16,67%) y shock séptico y neumonía intrahospitalaria o asociada a VMI (cada uno en 54 pacientes - 16%). Respecto a los factores de riesgo para sangrado durante el procedimiento hemos tenido 52 pacientes con antiagregación (16,1%), 37 pacientes con anticoagulación (11%) y 26 pacientes con coagulopatía (7,7%). Debido a nuestra cohorte especial de paciente hematólogo y trasplantado, nuestro grupo tenía un alto porcentaje de inmunosupresión (24,4% - 82). Se definió como vía aérea difícil en el 12% (40). Se realizó traqueostomía percutánea al 79,8% (268), con una frecuencia de traqueobronquitis precoz (12,7%), de sangrado del estoma (16,4%) y de disfagia posterior (16,42%) menor respecto a la quirúrgica (17,6%, 35,29% y 23,53% respectivamente). Solo 3 pacientes (1,12%) requirieron intervención urgente en quirófano por complicación asociada al procedimiento (falsa vía o sangrado).

Conclusiones: La realización de traqueostomía percutánea en nuestra unidad se asoció a una menor frecuencia de complicaciones respecto a la técnica quirúrgica a pesar del porcentaje alto de pacientes con factores de riesgo para el sangrado intra o posprocedimiento y el desarrollo de infecciones a posteriori.

029. INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS/RHINOVIRUS (EV/RH) EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE PRIMER NIVEL. IMPLICACIONES CLÍNICAS

García Fernández G, Bangués Fernández E, Bolado López de Andújar D, Liñan Gabaldón J, Quevedo Sánchez B, Sanchis Piqueras C, Clari Pons MDLÁ, Giménez Quiles E, Olea B y Carbonell Monteón MDLN

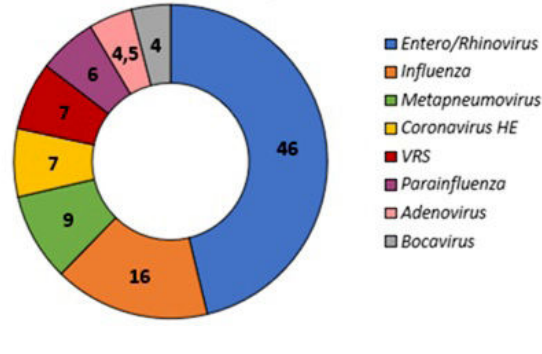
Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Investigar las características clínicas y el pronóstico de la infección por Ev/Rh en pacientes críticos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en la UCI médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia durante 9 años (2016-2024). Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de PCR positiva para Ev/Rh en muestras respiratorias, utilizando los paneles xTAG Respiratory Viral Panel (Luminex) y Pneumonia Panel Plus (FilmArray).

Resultados: Se analizaron 825 muestras respiratorias, de las que 267 (32%) resultaron positivas para virus. La incidencia de Ev/Rh fue del 46% excluyendo al SARS-CoV-2 (fig.). Se incluyeron 78 pacientes, mediana de edad 65,5 años (21-84), 60,3% varones, mediana APACHE II 18 (5-35). El 59% presentaban patología pulmonar y el 20,5% inmunosupresión basal. Los motivos de ingreso fueron: neumonía comunitaria (52,5%), reagudización EPOC (16,7%), distrés (12,8%), broncoespasmo (9%), infección del tracto respiratorio superior (7,6%) y neumonía nosocomial (1,2%). La muestra respiratoria más frecuente fue el aspirado nasofaríngeo (74,4%), seguida del aspirado traqueal (14,1%), esputo (3,8%) y lavado broncoalveolar (0,9%). Se detectó coinfección bacteriana en 24,3% (58% *S. pneumoniae*), coinfección vírica en 14,1% y *Aspergillus* en 3,8%. La incidencia de neumonía nosocomial fue 11,5%. El 67,9% recibió corticoides, 41% fármacos vasoactivos (DVA), 37% ventilación mecánica invasiva, 14% terapia de reemplazo renal (TRR) y 92,3% antimicrobianos (41% betalactámico con macrólido). La mediana de estancia en UCI fue 5 días (1-75). La mortalidad en UCI fue del 15,4%, 23% a 30 días y 24,4% a 6 meses. En el análisis univariado, la inmunosupresión (p < 0,001; OR = 5,55), coinfección bacteriana (p = 0,04; OR = 2,05), DVA (p = 0,04; OR = 1,74) y TRR (p = 0,01; OR = 4) se asociaron a mortalidad a 30 días. Sin embargo, en la regresión de Cox solo la inmunosupresión resultó predictiva de mortalidad (p = 0,001; OR = 1,54).

Figura 1. Distribución porcentual de PCR positivas en muestras respiratorias de la UCI del HCUV durante el periodo 2016-2024.



Conclusiones: Ev/Rh representa la etiología vírica respiratoria más prevalente en UCI, con especial pronóstico ominoso en el paciente inmunodeprimido. Actualmente, no hay tratamiento que se muestre beneficioso para esta infección en críticos.

030. EVALUAR BENEFICIOS DE REALIZAR TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ VS. TARDÍA EN PACIENTE CRÍTICO CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

Martínez Martínez C, Marín Ráez R, González Fernández O, Panduro Meza MM, Collado Bello G, Márquez Alonso JA y López Vergara L

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Actualmente todavía no se ha determinado un momento óptimo para la realización de la traqueotomía en pacientes ingresados en UCI con destete prolongado de la ventilación mecánica. El objetivo

de nuestro estudio es determinar si existen beneficios en cuanto a la realización precoz o no de la misma, y si ello debe ajustarse a un subgrupo de pacientes en concreto.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional en el que se incluyen a todos los pacientes ingresados en UCI entre agosto 2020 y noviembre 2024 a los que se les realizó traqueostomía. Se han recogido variables clínicas, demográficas, momento de realización de la técnica (precoz si menor o igual a 12 días), días de ventilación mecánica, fecha de decanulación, complicaciones asociadas y mortalidad. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante R 4.1.2 para Windows.

Resultados: Se recogen un total de 335 pacientes, 154 en el grupo de traqueostomía precoz y 181 para el de traqueostomía tardía. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables demográficas (edad, sexo e IMC). Sí se encontraron diferencias significativas en cuanto al diagnóstico al ingreso con $p = 0,024$, siendo el COVID la indicación diagnóstica más frecuente (14% precoz, 27% tardía). También hubo diferencias significativas en días totales de ventilación mecánica (21 días en precoz vs. 30 días en tardía) con $p < 0,001$, no así en tiempo para decanulación ni en desarrollo de disfagia. La mortalidad fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, y de forma global, hemos encontrado un beneficio significativo en la realización precoz vs. tardía de la traqueostomía en cuanto a días de ventilación mecánica. Probablemente un análisis pormenorizado por subgrupos nos permita determinar qué pacientes se benefician más. Sin embargo, no encontramos diferencias en cuanto a tiempo de decanulación ni otras complicaciones.

08:30-10:00 h

SALA C1+C2

PÓSTERES ORALES

NEUROINTENSIVISMO 1

Moderadores: Jon Pérez Bárcena, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca/
Laura Galarza Barrachina, Hospital Universitario de Castellón

031. CORRELACIÓN DE ESCALAS PRONÓSTICAS EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y RANKIN (6 MESES), HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Simón Paniello A¹, Marinero Colonna Á¹, Rodríguez Mata C¹, Pérez Riquelme M¹, Martín Velasco MDM¹, Quintero Torres JM¹, Sereno Mateos MT¹ y Medina Rodríguez JC¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar la correlación de las escalas pronósticas de gravedad al ingreso (GCS, Hunt-Hess, Fisher modificado y WFNS) en la Hemorragia Subaracnoidea (HSA) de origen aneurismática, con la variable resultado Rankin a los 6 meses.

Métodos: Serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. Realizamos análisis estadístico con IBM SPSS® (versión 24), correlación Rho de Spearman (no paramétrica) entre las variables de gravedad al ingreso anteriormente descritas y la variable de resultado Rankin a los 6 meses.

Resultados: Todas las variables de las escalas pronósticas al ingreso de gravedad en la HSA, se correlacionan estadísticamente de forma significativa con la variable resultado (Rankin) a los 6 meses. La correlación es positiva en todas las escalas con el resultado Rankin a los 6 meses excepto la escala de GCS. La correlación es estadísticamente significativa, siendo alta en todas las variables excepto en la escala Fisher modificado que es menor.

			Correlaciones				
			Fisher	HuntHess	WorldFederation	Rankin6	GCS
Rho de Spearman	Fisher	Coefficiente de correlación	1,000	,460**	,477**	,299**	-,475**
		Sig. (bilateral)	.	,000	,000	,003	,000
		N	94	94	94	94	94
	HuntHess	Coefficiente de correlación	,460**	1,000	,818**	,511**	-,722**
		Sig. (bilateral)	,000	.	,000	,000	,000
		N	94	94	94	94	94
	WorldFederation	Coefficiente de correlación	,477**	,818**	1,000	,567**	-,776**
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.	,000	,000
		N	94	94	94	94	94
	Rankin6	Coefficiente de correlación	,299**	,511**	,567**	1,000	-,501**
		Sig. (bilateral)	,003	,000	,000	.	,000
		N	94	94	94	94	94
	GCS	Coefficiente de correlación	-,475**	-,722**	-,776**	-,501**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	.
		N	94	94	94	94	94

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Conclusiones: Las escalas pronósticas analizadas presentan una correlación positiva alta (excepto GCS, que es negativa), menos la escala de Fisher modificada que presentan menor correlación. Las escalas de pronóstico al ingreso, Hunt-Hess, GCS y WFNS, guardan una alta correlación con el resultado de Rankin a los 6 meses.

032. RELACIÓN DE ESCALAS PRONÓSTICAS EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y VASOESPASMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Quintero Torres JM¹, Cereijo Arteaga A¹, Marrero Rodríguez AM¹, Parrilla Toribio DM¹, Arantón Martínez J¹, Conde Denis PL¹, Díaz Sazo BC¹ y Medina Cabrera N¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Realizamos análisis de la posible relación de la presencia de vasoespasmismo cerebral con las escalas pronóstica de gravedad (Hunt-Hess, Fisher modificado y WFNS) en la hemorragia subaracnoidea (HSA) de origen aneurismático.

Métodos: Serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. Realizamos análisis estadístico con IBM SPSS® (Versión 24), de la relación entre las escalas pronóstica de gravedad calculadas al ingreso en el Servicio con la presencia de vasoespasmismo cerebral, diagnosticado por doppler transcraneal y confirmado por arteriografía cerebral. Variables que no siguen una distribución normal y realizamos dicho estudio con el test no paramétrico Prueba de Mann-Whitney.

Resultados: Ninguna de las variables escalas pronóstica de gravedad al ingreso en la HSA están relacionadas con la variable vasoespasmismo cerebral.

Conclusiones: No existe relación entre las escalas pronóstica de gravedad al ingreso por HSA de origen aneurismático y la presencia de vasoespasmismo cerebral.

Estadísticos de prueba ^a	
	Fisher
U de Mann-Whitney	813,000
W de Wilcoxon	3159,000
Z	-,721
Sig. asíntotica (bilateral)	,471

a. Variable de agrupación: Vasoespasmismo

Estadísticos de prueba^a

	HuntHess
U de Mann-Whitney	695,500
W de Wilcoxon	3041,500
Z	-1,641
Sig. asintótica (bilateral)	,101

a. Variable de agrupación: Vasoespasmo

Estadísticos de prueba^a

	WorldFederation
U de Mann-Whitney	731,500
W de Wilcoxon	3077,500
Z	-1,326
Sig. asintótica (bilateral)	,185

a. Variable de agrupación: Vasoespasmo

033. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA. ESCALA VASOGRADE COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE DEPENDENCIA AL ALTA Y 6 MESES

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Fernández Guerrero V, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G, Segovia García de Marina L, Peral Santos A, Viñas Fernández P, Magro Martín M y Camacho Dorado E

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Comparar la escala VASOGRADE con las escalas clásicas Fisher y Hunt-Hess como pronóstico del grado de dependencia de los pacientes que sufren una HSA espontánea.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge los pacientes ingresados en la UCI de Ciudad Real en el periodo desde abril de 2022 a diciembre de 2024 según los criterios del registro nacional REMOS. Se trata de un hospital de 3^{er} nivel, con una UCI de 21 a 24 camas. Se realiza una comparativa de los pacientes con buena situación neurológica según los grados de la escala VASOGRADE en comparativa con la escala Fisher modificada y la escala Hunt-Hess. Clasificando como favorable una puntuación de 0-2 en la escala de Rankin modificada y desfavorable una puntuación mayor a 2.

Resultados: Se incluyen 59 pacientes que desarrollan HSA espontánea, de los cuales 8 son clasificados como VASOGRADE verde (14%) con un porcentaje de independencia del 75% al alta de UCI y del 87,5% a los 6 meses del evento; 30 como amarillo (51%) con un porcentaje del 53% al alta de UCI y del 70% a los 6 meses; y 19 como rojo (32%) con un porcentaje favorable del 10% tras UCI y del 19% a los 6 meses. Clasificando los pacientes según la escala de Fisher, 16 de ellos fueron clasificados como Fisher < 4 (27%) con clínica favorable el 81% tras UCI y del 87% tras 6 meses; y 43 pacientes Fisher 4 (73%) con dependencia favorable del 25% tras UCI y del 41% a los 6 meses. Según Hunt-Hess, una puntuación < 4 se relaciona con un 51% de independencia tras UCI y un 64% a los 6 meses, una puntuación de 4 con una independencia de 25% tras UCI y un 50 a los 6 meses y una puntuación de 5 se relaciona con una independencia de 10% tras UCI y 10% a los 6 meses. De manera significativa ($p = 0,03$) VASOGRADE estratifica mejor el pronóstico de las HSA espontánea en cada uno de sus grados en comparación a las escalas clásicas de Fisher y Hunt-Hess.

Conclusiones: La escala VASOGRADE es una escala mixta (clínico-razón) que estratifica el riesgo de la HSA espontánea, que presenta

buena relación con el pronóstico neurológico del paciente tras UCI y a medio plazo.

034. HSA ANEURISMÁTICA. COMPLICACIONES EN UCI, COMPARATIVA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ENDOVASCULAR

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Viñas Fernández P, Fernández Guerrero V, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G, Segovia García de Marina L, Peral Santos A, Camacho Dorado E y Valiente Raya P

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar complicaciones neurológicas acontecidas en los pacientes que sufren HSA aneurismática durante el ingreso en UCI en relación con el tipo de tratamiento del aneurisma, quirúrgico o endovascular.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge los pacientes ingresados en la UCI de Ciudad Real en el periodo desde abril de 2022 a diciembre de 2024 según los criterios del registro nacional REMOS. Se trata de un hospital de 3^{er} nivel, con una UCI de 21 a 24 camas. Se describen y analizan complicaciones durante el ingreso: Infarto cerebral, desarrollo de hidrocefalia, desarrollo de hipertensión intracraneal (HTIC), vasoespasmo y grado de dependencia a los 6 meses.

Resultados: Se incluyen 40 pacientes que desarrollan HSA aneurismática, de los cuales 30 (75%) reciben tratamiento quirúrgico sobre el aneurisma y 10 (25%) reciben tratamiento endovascular tras traslado a otro centro. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de infarto periprocedimiento, vasoespasmo, hidrocefalia, crisis epilépticas, HTIC infecciones ni en el grado de dependencia a los 6 meses (Rankin mod favorable 0-2). Vasoespasmo en 4 de 30 quirúrgicos y 2 de 10 endovasculares ($p = 0,47$), infarto periprocedimiento 18 quirúrgicos y 3 endovasculares ($p = 0,1$), hidrocefalia 15 quirúrgicos y 8 endovasculares ($p = 0,09$), HTIC 9 quirúrgicos y 1 endovascular ($p = 0,2$), crisis epilépticas 7 quirúrgicos y 2 endovasculares ($p = 0,6$), infecciones durante el ingreso 18 quirúrgicos y 6 endovasculares ($p = 0,64$) y Rankin favorable a los 6 meses 14 quirúrgicos y 3 endovasculares ($p = 0,18$).

Conclusiones: No se aprecian diferencias significativas en el desarrollo de las complicaciones asociadas al ingreso por HSA aneurismática intervenidas quirúrgica o endovascularmente. En un centro sin tratamiento endovascular, el tratamiento quirúrgico podría evitar traslados interhospitalarios, sin aumentar las complicaciones ni el pronóstico de dependencia.

035. ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UCI EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Díaz Suárez LDM¹, Cillero Moneo R¹, Saavedra Santana P² y Romero Luján JL¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar los factores asociados con la discapacidad y la mortalidad en pacientes con craniectomía descompresiva (CD).

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 1 diciembre de 2024 que requirieron CD, ingresados en una UCI neurotraumática de 10 camas, de un hospital de tercer nivel. La CD se realizó por hipertensión intracraneal refractaria al tratamiento médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craniectomía y complicaciones; GCS y respuesta motora, escala Rankin y escala outcome de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico antes de CD; hipo e hiperglucemia; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Se realizó un análisis univariado de mortalidad y discapacidad al alta de UCI y 6 meses después del alta. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 4.2.1.

Resultados: Se analizaron 66 pacientes con CD. La mayoría fueron Traumatismo craneoencefálico (TCE): 29 (43,9%). Las hemorragias subaracnoideas (espontáneas y traumáticas) fueron 29 (43,9%). Los accidentes vasculares cerebrales con arteria cerebral maligna que requirieron CD fueron 13 (19,7%). Las complicaciones más frecuentes fueron hidrocefalia (38,5%) y necesidad de reintervención (27,4%). Fallecieron

en UCI 18 pacientes (27,7%) siendo en total 26 pacientes fallecidos a los 6 meses del alta UCI. De los pacientes con TCE y CD fallecieron 13 (50%), 8 de ellos en UCI (24,13%). La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 5 (4; 5) y el GOS fue de 3 (1,2; 3). Rankin a los 6 meses después de alta de UCI, fue de 5,0 (4; 6) y el GOS fue de 3 (1; 4) En el análisis de discapacidad tras el alta de UCI ni a 6 meses tras alta, no obtuvimos factores estadísticamente asociados. Sin embargo, en el análisis de mortalidad a los 6 meses tras alta UCI ambas pupilas reactivas fue estadísticamente significativo (tabla).

	Todos N = 66	Vivos N = 48	Muertos N = 26	P
Edad (años)	47 (37; 50)	49 (34; 59)	47 (38; 52)	0.535
Sexo femenino	24 (36.4)	13 (32.5)	11 (42.3)	0.418
APACHE-II	21.4 ± 5.7	20.5 ± 5.8	23.1 ± 5.1	0.102
Diabetes Mellitus	7 (10.6)	4 (10.0)	3 (11.5)	1
Hipertensión arterial	15 (22.7)	8 (20.0)	7 (26.9)	0.512
Dislipemia	10 (15.2)	7 (17.5)	3 (11.5)	0.728
Tumor	4 (6.2)	2 (5.1)	2 (7.7)	1
HSA (espontáneas y traumáticas)	29 (43.9)	20 (50.0)	9 (34.6)	0.219
Tto con antiagregantes	5 (7.7)	2 (5.0)	3 (12.0)	0.365
ACM Maligna	13 (19.7)	7 (17.5)	6 (23.1)	0.578
Subdural agudo	24 (36.5)	14 (35.9)	10 (38.5)	0.834
Hidrocefalia	25 (38.5)	13 (33.3)	12 (45.1)	0.298
Necesidad de Reintervención para Tto Complicaciones	17 (27.4)	11 (29.7)	6 (24.0)	0.62
Obliteración 3ª ventrículo o colapso sistemas de la base	23 (35.4)	14 (35.9)	9 (34.6)	0.916
Hematoma no evacuado	13 (20.0)	9 (23.1)	4 (15.4)	0.448
Contusión focal con edema y expansividad	29 (44.6)	16 (46.1)	11 (42.3)	0.76
Lesión evacuada	14 (21.5)	7 (17.9)	7 (26.9)	0.389
TCE	29 (43.9)	16 (40.0)	13 (50.0)	0.424
IOT previo Hospital	20 (30.3)	12 (30.0)	8 (30.8)	0.947
IOT Urgencias	26 (39.4)	13 (32.5)	13 (50.0)	0.155
IOT quirófano	13 (19.7)	10 (25.0)	3 (11.5)	0.179
Transfusión previo CD	13 (20.6)	8 (20.5)	5 (20.8)	1
Convulsiones previo CD	10 (15.6)	6 (15.4)	4 (16.0)	1
Midriasis bilateral areactiva previo CD	5 (7.8)	2 (5.1)	3 (12.0)	0.371
Ambas pupilas reactivas previo CD	45 (70.3)	31 (81.6)	14 (53.9)	0.017
Una pupila reactiva previo CD	9 (14.3)	3 (8.1)	6 (23.1)	0.144
Ninguna pupila reactiva previo CD	7 (10.9)	3 (7.9)	4 (15.4)	0.428
Lesión extracranial	6 (9.4)	2 (5.1)	4 (16.0)	0.199
Exitus UCI	18 (27.7)	0	18 (69.2)	<0.001
Exitus totales 6 meses tras alta de UCI	26 (39.4)	0	26 (100)	<0.001
Desplazamiento línea media TAC ingreso	5 (0; 10)	5 (0; 9)	7 (1; 10)	0.568
GCS Ingreso	8 (5; 13.5)	9 (5; 14.8)	7 (5; 12)	0.245
GCS ingreso UCI	3 (3; 7)	3 (3; 7.8)	3 (3; 3.8)	0.189
Plaquetas antes CDx 10 ³	224 (182; 269)	224 (182; 268)	220 (180; 270)	0.931
Rankin alta UCI	5 (4; 5)	4 (2.8; 5)	6 (5; 6)	<0.001
Rankin 6 meses tras alta UCI	5 (4; 6)	4 (1; 5)	6 (6; 6)	<0.001
GOS alta UCI	3 (1.2; 3)	3 (3; 4)	1 (1; 2)	<0.001
GOS 6 meses tras alta UCI	3 (1; 4)	4 (3; 4.5)	1 (1; 1)	<0.001

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaracnoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva.

Conclusiones: EL Rankin y GOS reflejan una discapacidad moderadamente severa en nuestros pacientes con CD, al alta y 6 meses después. La mortalidad de los pacientes con CD fue 27,7% en UCI. Sin embargo, los pacientes con TCE con CD tuvieron una mortalidad del 24,13% en UCI. La mortalidad a los 6 meses tras el alta de UCI en pacientes con CD se asoció significativamente con ambas pupilas reactivas.

036. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD AL ALTA DE UCI EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAS ONCE AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Lara Franco L¹, Cillero Moneo R¹, Villagra Campos I¹, Velasco Ballesta A¹, Rivera Marchán P¹, Saavedra Santana P², Padrón Mújica A¹ y Romero Luján JL¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo de discapacidad al alta de una UCI neurotraumática en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA).

Métodos: Estudio prospectivo, desde octubre 2013 a diciembre 2024, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: datos demográ-

ficos, datos neurológicos; localización del aneurisma; presencia hematoma intracraneal; escala de Fisher, Escala de Fisher modificada (FM), escala de Hunt y Hess (HH), escala de Word Federation of Neurosurgeons (WFNS); retraso en ingreso UCI; complicaciones y otros factores. Se realizó un análisis de regresión logística de discapacidad al alta de UCI. Se obtuvo un score. Para determinar la capacidad discriminativa se obtuvo una curva de características operativas del receptor (ROC), con un intervalo de confianza del 95%. Para el punto de corte elegido, se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN). La significación estadística se fijó en < 0,05.

Resultados: De los 291 pacientes con HSA ingresados tuvieron 107 (36,76%) discapacidad severa al alta con un GOS ≤ 3. El análisis univariado, se describe en la tabla. Los que los que necesitaron craneotomía descompresiva, anisocoria pupilar, pupilas areactivas, diabetes, hipertensión arterial, cirugía urgente al ingreso, infarto cerebral, hidrocefalia, resangrado, GCS menor, hematoma intracraneal, entre otros, tuvieron mayor discapacidad. Los factores independientes asociados a la discapacidad fueron ventilación mecánica (VM) > 7 días OR: 6,469, IC95% (2,993; 13,981), isquemia cerebral aguda (ICA) OR:4,842, IC95% (1,342; 17,465); escala HH OR:1,475, IC95% (1,139; 1,911), y APACHE II al ingreso OR: 1,181, IC95% (1,108; 1,258). Se obtuvo un score de predicción: 0,166 × puntuación de APACHE II + 1,867 × VM > 7 días + 1,557 × ICA + 0,364 × puntuación de escala de Hunt y Hess; VM > 7 días: 1/0 según si VM > 7 días o no. El área bajo la curva ROC fue 0,924 IC (0,892; 0,957). Punto de corte: 3,848; especificidad 84,3 [78,1; 89,3]; sensibilidad: 88,9 [81,2; 94,1] VPN: 92,6 [87,7; 96,1]; VPP: 77,2 [68,8; 84,3].

	TODOS N = 291	GOS > 3 N = 184	GOS ≤ 3 N = 107	P
Edad (años)	56.2 ± 13.4	53.7 ± 12.9	60.6 ± 13.2	<0.001
Sexo mujer	193 (66.3)	122 (66.3)	71 (66.4)	0.993
APACHE-II ingreso UCI	14.0 ± 7.8	10.2 ± 5.6	20.6 ± 6.8	<0.001
SOFA ingreso UCI	2 (0.2; 6.8)	1 (0; 3)	7 (4; 9)	<0.001
EXITUS UCI	45 (15.5)	0	45 (42.1)	<0.001
EXITUS Hospital	14 (4.8)	3 (1.6)	11 (10.3)	<0.001
Hipertensión arterial	132 (45.4)	68 (37.0)	64 (59.8)	<0.001
Diabetes	28 (9.6)	12 (6.5)	16 (14.9)	0.019
Dislipemia	69 (23.7)	38 (20.6)	31 (29.0)	0.108
Fumador	121 (41.6)	75 (40.8)	46 (43.0)	0.71
Cirugía urgente al ingreso	49 (16.8)	21 (11.4)	28 (26.2)	0.001
Paciente orientado	146 (51.2)	127 (69.8)	21 (19.6)	<0.001
Paciente alerta	161 (55.3)	132 (71.7)	29 (27.1)	<0.001
Paciente confuso	44 (15.1)	23 (12.5)	21 (19.6)	0.102
Paciente estuporoso	71 (24.4)	24 (13.0)	47 (43.9)	<0.001
Midriasis Bilateral	11 (3.8)	1 (0.5)	10 (9.3)	<0.001
Anisocoria	32 (11.0)	12 (6.5)	20 (18.7)	0.001
Isoconía	251 (86.2)	170 (92.4)	81 (75.7)	<0.001
Ambas pupilas reactivas	255 (87.6)	172 (93.5)	83 (77.6)	<0.001
Ninguna pupila reactiva	17 (5.8)	4 (2.2)	13 (12.2)	<0.001
Clipaje aneurisma	53 (18.2)	25 (13.6)	28 (26.2)	0.007
Craniectomía descompresiva	14 (4.8)	1 (0.5)	13 (12.2)	<0.001
Muerte tras tratamiento	8 (2.8)	0	8 (7.5)	<0.001
Derivación ventricular externa	141 (48.5)	56 (30.4)	85 (79.4)	<0.001
Infarto	84 (28.9)	33 (17.9)	51 (47.7)	<0.001
Hidrocefalia	118 (40.5)	46 (25.0)	72 (67.3)	<0.001
VM > 7 DIAS	93 (32.0)	18 (9.8)	75 (70.1)	<0.001
Hematoma intracraneal	77 (26.5)	31 (16.9)	46 (43.0)	<0.001
Hematoma intracraneal Frontal	48 (16.5)	14 (7.6)	34 (31.8)	<0.001
Hematoma intracraneal Temporal	36 (12.4)	16 (8.7)	20 (18.7)	0.013
Isquemia cerebral aguda	24 (8.2)	7 (3.8)	17 (15.9)	<0.001
Isquemia cerebral tardía	66 (22.7)	35 (19.0)	31 (29.0)	0.051
Resangrado a 72 h	15 (5.2)	2 (1.1)	13 (12.2)	<0.001
Escala FISHER	4 (3; 4)	3 (2; 4)	4 (3; 4)	<0.001
Escala FISHER modificada	4 (3; 4)	3 (2; 4)	4 (3; 4)	<0.001
Escala HUNT y HESS	2 (1; 4)	1 (1; 2)	4 (2; 5)	<0.001
Escala WFNS	2 (1; 4)	1 (1; 2)	4 (2; 5)	<0.001
GCS lugar	15 (12; 15)	15 (14; 15)	13 (6; 15)	<0.001
GCS urgencias	14 (9; 15)	15 (14; 15)	9 (6; 14)	<0.001
GCS ingreso en UCI	14 (4; 15)	15 (13; 15)	5 (3; 10)	<0.001

Datos son medias ± DS, medians (IQR) y frecuencias (%). Datos son medias ± DS, medians (IQR) y frecuencias (%). HSA: Hemorragia subaracnoidea; VM: ventilación mecánica.

Conclusiones: Tuvieron discapacidad severa al alta de UCI el 36,76% de los pacientes con HSA. Los factores independientes asociados a discapacidad fueron: VM > 7 días, ICA, escala HH y APACHE II al ingreso. Se obtuvo un score de predicción de discapacidad al alta de UCI.

037. TRATAMIENTO INTRAARTERIAL CEREBRAL EN PACIENTES UCI CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA E ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA TRAS 6 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Cillero Moneo R¹,
Saavedra Santana P², Pozo Piñón F¹ y Romero Luján JL¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Describir los resultados de tratamiento intraarterial cerebral, en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) que desarrollan isquemia cerebral tardía (ICT) en una UCI neurotraumática.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA e ICT y tratamiento intraarterial cerebral, en una UCI neurotraumática de 10 camas, desde julio de 2018 a junio 2024. Analizamos: datos demográficos; neurológicos; localización aneurisma; resultados angiográficos y neurológicos; tipo de vasodilatador; Glasgow Outcome Scale (GOS); Rankin modificado (RM) al alta UCI, al alta hospital y al año y otras variables. Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes y las continuas como media y desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico. Se realizó estudio univariado. Se fijó una $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: De 278 pacientes ingresados con HSA, 38 tuvieron ICT. De ellos 26 (68,4%) (tabla 1) recibieron 40 tratamientos intraarteriales cerebrales. Un 62,5% tenían vasoespasmio grave previo. El resultado angiográfico fue bueno en 82,5%. La arteria que más ICT tuvo fue la cerebral anterior (72,5%). En 35% casos hubo recuperación de hemiparesia parcial y afasia en un 10%. Se trató con *stent* 3 casos con buen resultado en 2 de ellos. Recibieron vasodilatadores intraarteriales 23 pacientes (78,2% con nimodipino y 21,7% con verapamilo). Se trataron 7 pacientes en 2 ocasiones con 2,3 días (0,5; 3) entre ellos. Presentaron un GOS > 3 el 65,38% al alta de UCI. Fallecieron 3 pacientes (11,5%) en UCI y al alta del hospital 2 (7,7%). Al alta de UCI el RM fue 4, al alta del hospital de 3 y al año fue 2 (tabla 2).

Conclusiones: En nuestra UCI el 68,4% de los pacientes con HSA e ICT tuvieron 40 tratamientos intraarteriales, con un resultado angiográfico bueno en el 82,5%. Se recuperó la hemiparesia en 35% de ellos. En 88,45% de pacientes se usaron vasodilatadores intraarteriales, 78,2% de ellos fue nimodipino. Al alta de UCI presentaron déficit moderado o buena recuperación el 65,38% de los pacientes y mortalidad de 11,5%, mientras que al alta del hospital la mortalidad fue 7,7% y discapacidad moderada que mejora a leve al año.

Tabla 1. Características de los pacientes: generales y según la GOS al alta de la UCI

	Pacientes con HSA e ICT N=26	GOS Alta UCI > 3 N = 17	GOS Alta UCI ≤ 3 N = 9	P
Edad	51.6 ± 14.9	53.5 ± 11.7	48.0 ± 20.1	0.381
Sexo mujer	17 (65.4)	12 (70.6)	5 (55.6)	0.667
EXITUS	5 (19.2)	1 (5.9)	4 (44.4)	0.034
EXITUS UCI	3 (11.5)	0	3 (33.3)	0.032
EXITUS HOSPITAL	2 (7.7)	0	2 (22.2)	0.111
Hipertensión arterial	6 (23.1)	4 (23.5)	2 (22.2)	1
Diabetes	0	0	0	1
Dislipemia	3 (11.5)	3 (17.6)	0	0.529
APACHE INGRESO	15 (8; 19)	11 (8; 17)	18 (8; 22)	0.16
SOFA INGRESO	2 (1; 5.8)	1 (1; 4)	6 (4; 8.0)	0.041
FISHER	4 (3; 4)	3 (3; 4)	4 (4; 4)	0.011
FISHER MODIFICADO	3 (3; 4)	3 (3; 4)	4 (4; 4)	0.018
HUN y THESS	3 (1; 4)	2 (1; 3)	3 (3; 5)	0.076
WFNS	3 (1; 4)	1 (1; 4)	3 (3; 5)	0.136
APACHE VASOESPASMO	14 (10; 18)	14 (10.8; 16.8)	18 (12; 18.5)	0.55
SOFA VASOESPASMO	4 (3; 6)	3 (2.2; 4.8)	6 (4; 6.5)	0.035
INMUNOCOMPOMETIDO	0	0	0	1
CIRUGÍA URGENTE INGRESO	8 (30.8)	3 (17.6)	5 (55.6)	0.078
GCS lugar	14 (10; 15)	15 (10; 15)	14 (10; 15)	0.55
GCS Urgencias	13.5 (10; 15)	15 (10; 15)	10 (4; 14)	0.076
GCS Ingreso UCI	10.5 (7.5; 15)	15 (9; 15)	10 (3; 10)	0.034
Cisternas Permeables	12 (48.0)	11 (64.7)	1 (12.5)	0.03
ORIENTADO	8 (32.0)	7 (43.8)	1 (11.1)	0.182
ALERTA	12 (46.1)	11 (64.7)	1 (11.1)	0.014
CONFUSO	5 (19.2)	2 (11.8)	3 (33.3)	0.302
ESTUPOROSO	11 (42.3)	5 (29.4)	6 (66.7)	0.103
Anisocoria	5 (19.2)	2 (11.8)	3 (33.3)	0.302
Isocoria	21 (80.8)	15 (88.2)	6 (66.7)	0.302
Ambas pupilas reactivas	23 (88.5)	16 (94.1)	7 (77.8)	0.268
Ninguna pupila reactiva	1 (3.9)	0	1 (11.1)	0.346
Aneurisma C ANTERIOR	1 (3.9)	0	1 (11.1)	0.346
Aneurisma COANT	8 (30.8)	6 (35.3)	2 (22.2)	0.667
Aneurisma COPOST	5 (19.2)	4 (23.5)	1 (11.1)	0.628
Aneurisma ACM	6 (23.1)	5 (29.4)	1 (11.1)	0.38
Aneurisma ACP	2 (7.7)	0	2 (22.2)	0.111
Arteria BASILAR	1 (3.9)	1 (5.9)	0	1
Aneurisma Carotideo	4 (15.4)	1 (5.9)	3 (33.3)	0.104
Aneurisma múltiple	5 (19.2)	2 (11.8)	3 (33.3)	0.302
CLIPAJE	7 (26.9)	3 (17.6)	4 (44.4)	0.188
DRENAJE LUMBAR	3 (11.5)	2 (11.8)	1 (11.1)	1
DESCOMPRESIVA	2 (7.7)	0	2 (22.2)	0.111
MUERTE TRAS TTO	1 (3.9)	0	1 (11.1)	0.346
DVE en QUIRÓFANO	13 (50.0)	5 (29.4)	8 (88.9)	0.011
INFARTO	17 (65.4)	9 (52.9)	8 (88.9)	0.098
FISTULA LCR	4 (15.4)	3 (17.6)	1 (11.1)	1
HIDROCEFALIA	10 (38.5)	5 (29.4)	5 (55.6)	0.234
VM > 7DIAS	11 (42.3)	4 (23.5)	7 (77.8)	0.014

HSA: hemorragia subaracnoidea; ICT: isquemia cerebral tardía; ACI: arteria carótida interna; ACM: arteria cerebral media; ACoA: arteria comunicante anterior; ACoP: arteria comunicante posterior; ACP: arteria cerebral posterior; Dcha: derecha; izda: izquierda; DVE: derivación ventricular; VM: ventilación mecánica

Figura 2 Póster 037

Tabla 2		Arteriografías con tratamiento intravascular en pacientes con HSA e ICT				N = 40	
Hemiparesia	18 (45.0)	VE ACM Dcha	24 (60.0)	Dobutamina	34 (85.0)	Recupera hemiparesia Parcial	14 (35.0)
Afasia	12 (30.0)	VE ACM Izq	22 (55.0)	Noradrenalina	22 (55.0)	Recupera afasia Parcial	4 (10.0)
Apraxia	0	VE ACoA	1 (2.5)	Tto en ACI Dcha	30 (75.0)	Recupera apraxia Parcial	0
Hemianopsia	1 (2.5)	VE ACA Dcha	29 (72.5)	Tto ACI zq	26 (65.0)	Recupera hemianopsia Parcial	0
Negligencia	0	VE ACA Izq	29 (72.5)	Tto ACM Dcha	8 (20.0)	Recupera negligencia Parcial	0
Disminución GCS 2 puntos	6 (15.0)	VE Aco P Dcha	3 (7.5)	Tto ACM Izq	7 (17.5)	Sedado tras tto	14 (35.0)
Sedado	17 (42.5)	VE Aco P Izq	1 (2.5)	Tto ACoA	0	Nimodipino	32 (80)
VE Leve previo	1 (2.5)	VE ACP Dcha	7 (17.5)	Tto ACA Dcha	6 (15.0)	Resultado angiográfico global	
VE Moderado previo	14 (35.0)	VE ACP Izq	6 (15.0)	Tto otra	0	Bueno	33 (82.5)
VE severo previo	25 (62.5)	VE Tto arteria Basilar	3 (7.5)	Recupera Hemiparesia Total	4 (10.0)	Regular	7 (17.5)
VE Bilateral previo	25 (62.5)	VE Otra	1 (2.5)	Recupera afasia Total	4 (10.0)	Dosis vasodilatador intraarterial derecha (mg)	2 (1; 5)
VE Dcho previo	10 (25.0)	Angioplastia Derecha	11 (27.5)	Recupera apraxia Total	0	Dosis vasodilatador intraarterial izquierda (mg)	2 (0; 5)
VE Izquierdo previo	4 (10.0)	Angioplastia Izquierda	14 (35.0)	Recupera hemianopsia Total	1 (2.5)	Rankin modificado UCI	3 (1; 5)
VE Difuso previo	6 (15.0)	Tto combinado Derecha	9 (22.5)	Recupera negligencia Total	0	Rankin modificado Hospital	4 (1; 5)
VE ACI Dcha	6 (15.0)	Tto combinado Izq	9 (22.5)	Recupera GCS	6 (15.0)	Rankin modificado 12 meses tras ingreso UCI	2 (0; 5)

VE: vasoespasmio; ACI: arteria carótida interna; ACM: arteria cerebral media; ACoA: arteria comunicante anterior; ACoP: arteria comunicante posterior; ACP: arteria cerebral posterior; Dcha: derecha; Izda: izquierda

038. ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES EN PACIENTE PORTADOR DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Zamora Zurro D, Mendazona Zufia I, Giner Fons M, Díaz Barranco M, Zazo Sanchidrián C, Jaime Sánchez FA y Belén Galipienso O

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Describir las características de los pacientes a los que se le implanta derivación ventricular externa (DVE) y de los que presentan ventriculitis asociada a DVE.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en un hospital terciario. Se incluyeron consecutivamente pacientes > 18 años ingresados en Medicina Intensiva a los que se les implantó DVE entre noviembre 2020 y diciembre 2024. Se recogieron variables demográficas y evolutivas. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS® versión 25,0 IBM®. Se realizó un análisis de frecuencia y un análisis por subgrupo de los pacientes con ventriculitis.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, con una mediana de edad de 63 años (47,25-70,75) y 55% mujeres. Se implantó DVP por hemorragia subaracnoidea (HSA) en el 62%, intraventricular 2,5%, intraparenquimatosa 18,8% e hidrocefalia 16,3%. Presentaban hemoventrículo (HV) el 72,5% de los casos. El 6,3% presentaba inmunosupresión previa y recibió profilaxis quirúrgica del implante el 88,8%. Presentaron fuga peridrenaje el 5% y obstrucción del dispositivo 13,8%. La mediana de tiempo que portaron el DVE fue 11 días (6-20), precisando recambio el 22,5% y un tiempo medio hasta drenaje ventrículo peritoneal del 20% de los pacientes de 21,5 ± 6,2 días. La prevalencia de ventriculitis fue de 16,3%,

siendo *S. haemolyticus* el germen prevalente (28,6%). La mediana de estancia en UCI fue 15 días (8-25) y hospitalaria 27,5 días (14,25-41,75), siendo *exitus* el 30% de los pacientes. De los pacientes que presentaron ventriculitis, el 53,8% eran varones. Entre los factores que podrían suponer un factor de riesgo, ninguno de los 13 paciente con ventriculitis estaba inmunosuprimido, un 15,4% de las ventriculitis no recibieron profilaxis preimplante, el 23% presentaban fuga peridrenaje, un 84,6% de los pacientes con ventriculitis llevaron el drenaje más de 10 días y se detectó la presencia de HV en el 69,2%.

Conclusiones: La HSA es la principal causa de implante de DVE, presentando HV el 72,5% de los pacientes. La prevalencia de ventriculitis en nuestro centro es del 16,3%, siendo el *S. haemolyticus* el principal germen aislado. Portando DVE más de 10 días el 84,6% de los casos, se registró fuga peridrenaje en el 23%.

039. ENOLASA NEUROESPECÍFICA: PREDICTOR EN EL PRONÓSTICO NEUROLÓGICO POSPARADA CARDÍACA

Blanco Carrasco L, Pérez Vela JL, Ginestal Calvo J, Galiano Carrilero C, Quílez Trasobares N, Terceros Almansa LJ, Domínguez Aguado H y Renes Carreño E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El pronóstico neurológico en la parada cardíaca recuperada (PCR) es complejo, pero fundamental en la toma de decisiones clíni-

cas. En los últimos años, se ha incorporado el uso de marcadores biológicos como la enolasa neuroespecífica (ENE) para mejorar la precisión diagnóstica en estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar el valor de la ENE como herramienta pronóstica en una serie de pacientes tras PCR.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes que ingresaron en UCI en nuestro centro tras una PCR entre marzo del 2019 y diciembre del 2023. Se midieron los niveles de ENE en aquellos pacientes que permanecieron en coma 72 horas después de la recuperación de circulación espontánea. Se clasifica el resultado neurológico de los pacientes según la escala Cerebral Performance Categories (CPC), considerando un buen resultado los pacientes con CPC 1-2 y mal resultado los pacientes con CPC 3-5. Los resultados se presentaron en proporciones y medianas con rangos intercuartílicos (RIC). Para la comparación entre grupos se utilizó el test de U de Mann-Whitney. Se evalúa la eficacia de la prueba diagnóstica mediante la construcción de una curva ROC. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 29.1.0.1.

Resultados: De un total de 83 pacientes atendidos por PCR en nuestro centro, 37 (44,6%) cumplen criterios de realización de ENE. De estos el 86% eran hombres, con una mediana de edad de 59 años (47,8-68,2). La mortalidad total fue del 56,8%. Doce pacientes (32,4%) presentaron un CPC de 1-2, con una mediana de ENE de 23 ng/ml (17,8-26), mientras que los 25 pacientes con CPC de 3-5 (67,6%) tuvieron una mediana de ENE de 74 ng/ml (33-182). La diferencia entre ambos grupos fue significativa ($p = 0,001$). Se construye una curva ROC con un área bajo la curva de 0,85 (0,72-0,97) y el punto de corte óptimo tras el cálculo del índice de Youden se encuentra en 31 ng/ml, con una sensibilidad de 0,76, una especificidad de 0,83, un valor predictivo positivo del 90% y valor predictivo negativo del 65% para ese valor.

Conclusiones: El presente estudio demuestra que la ENE es un marcador biológico útil para predecir el resultado neurológico en pacientes que permanecen en coma tras una PCR. Los niveles elevados de ENE se asocian significativamente con un peor pronóstico, y el análisis mediante curva ROC sugiere un alto rendimiento diagnóstico. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar la medición de ENE en la evaluación pronóstica, permitiendo decisiones clínicas más informadas en el manejo de estos pacientes.

040. PREDICTORES PRECOCES DE ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Cherchi MS, Hernández Hernández MÁ, Castanedo Vázquez D, Marco de Lucas E, Montes Figueroa E, López Gómez P, García Moreno P, Silva García C y Fernández Torre JL

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

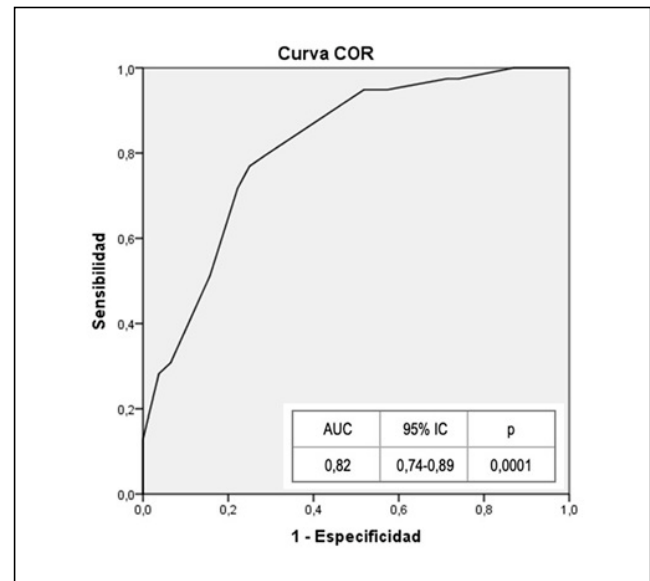
Objetivos: Conocer al ingreso en UCI los factores predictores de isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes ingresados desde mayo de 2018 por HSA aneurismática confirmada mediante arteriografía. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y datos radiológicos. La ICT se definió según los criterios de Vergouwen *et al.* Se realizó un modelo de regresión logística para establecer las variables asociadas con la aparición de ICT.

Resultados: Se analizaron 147 pacientes con una media de edad de 58 ± 12 años, 70,7% mujeres. Los antecedentes más frecuentes fueron tabaquismo (42,9%), HTA (40,1%) y dislipemia (38,8%). 10,2% tuvieron antecedentes de ACVA o migraña. La sintomatología de debut predominante fue cefalea (81,6%), náuseas/vómitos (66%) y focalidad motora (22,4%). La mediana de Glasgow al ingreso fue 14 (9-15) con un APACHE II de 14 (8-21). 42,2% de los pacientes tuvieron una puntuación ≥ 3 en la escala de WFNS con un Fisher modificado ≥ 3 en el 91,2%. Se evidenció hidrocefalia en la TC inicial en el 57,8%, precisando drenaje el 46,9%. La localización más frecuente del aneurisma fue el territorio anterior (84,4%). Se realizó embolización al 95,2%. Durante la evolución un 26,5% de los pacientes presentaron ICT con una mortalidad intrahospitalaria global del 6,8%. Todos los pacientes que hicieron ICT tuvieron un Fisher modificado ≥ 3 . En el análisis de regresión logística los factores al ingreso asociados con la aparición de ICT fueron: antecedentes de ictus o migraña (OR 9,5 [2,2-40,7]; $p = 0,002$), aneurisma en territorio anterior (OR 4,7 [1,04-21,4]; $p = 0,044$), hidrocefalia en

la TC inicial (OR 5 [1,8-14,1]; $p = 0,002$) y como variables analíticas al debut un hematocrito $< 39\%$ (OR 4,3 [1,5-12]; $p = 0,004$), plaquetas $> 200.000/\text{mL}$ (OR 3,3 [1-11]; $p = 0,04$) y un TTPa $< 0,87$ (OR 4,9 [1,7-13,7]; $p = 0,002$). El modelo de predicción obtuvo un AUC de 0,82 [0,74-0,89]; $p = 0,0001$.

Conclusiones: Los factores al ingreso asociados con la aparición de ICT fueron los antecedentes de ictus o migraña, aneurisma de circulación anterior, hidrocefalia al ingreso, hematocrito bajo, incremento de plaquetas y un TTPa acortado.



041. ELECTROENCEFALOGRAMA VERSUS ÍNDICE BIESPECTRAL PARA DETECTAR ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Cherchi MS, Hernández Hernández MÁ, Torres Díez E, Da Silva Freitas R, López Gómez P, Huertas Marín C, Benito Calvo E, Orizaola Balaguer PJ y Fernández Torre JL

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Comparar el electroencefalograma (EEG) de rutina y el índice biespectral bilateral (BIS) para la detección de isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática.

Métodos: Estudio unicéntrico de cohortes prospectivo de los pacientes ingresados en UCI por HSA aneurismática de mayo de 2018 a octubre de 2021. Se realizaron dos estudios EEG y BIS simultáneos en las primeras 72 horas de ingreso (EEG/BIS1) y pasadas 48 horas de este (EEG/BIS2). Del análisis cuantitativo del BIS y del EEG (incluyendo únicamente los canales frontales, EEGf), se extrajeron los parámetros relacionados con la aparición de ICT. Los más relevantes se contrastaron mediante la correlación de Spearman y los gráficos de Bland-Altman. Las potencias se expresaron en decibelios (dB) y la frecuencia de borde espectral en hercios (Hz).

Resultados: Los parámetros del EEGf y BIS mostraron una asociación fuerte, obteniendo la mejor correlación entre la potencia total obtenida en el BIS (TPw) y en el EEGf ($r: 0,83$; $p < 0,001$) (fig. 1). En los gráficos de Bland-Altman la mayor parte de las diferencias se encontraron dentro de los límites de acuerdo, apreciando un sesgo entre ambas técnicas (el BIS registró mediciones más elevadas que el EEGf) (fig. 2). Para la potencia delta el gráfico mostró un patrón sistemático, con mayores diferencias entre ambas técnicas para los valores más altos de potencia. La diferente localización de electrodos del EEG y BIS o los algoritmos de obtención de parámetros pueden ser algunas de las razones de estas discrepancias.

Conclusiones: El EEG y BIS pueden ser técnicas útiles para detectar ICT. Ambas muestran una asociación fuerte pero no son equivalentes, sobre todo en los valores más altos de potencia delta. Las diferencias entre estas herramientas deben tenerse en cuenta para integrarlas correctamente en algoritmos de detección de ICT.

Figura 1 Póster 041

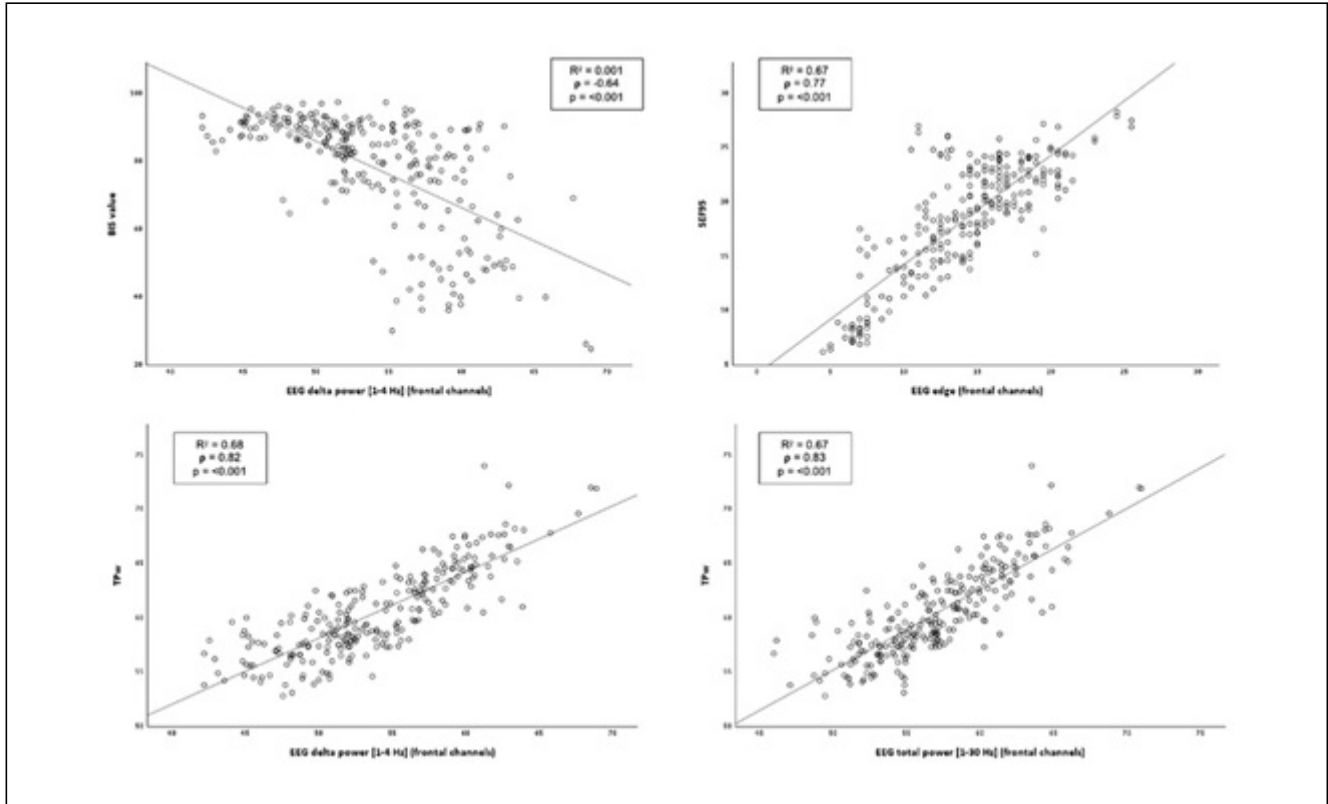
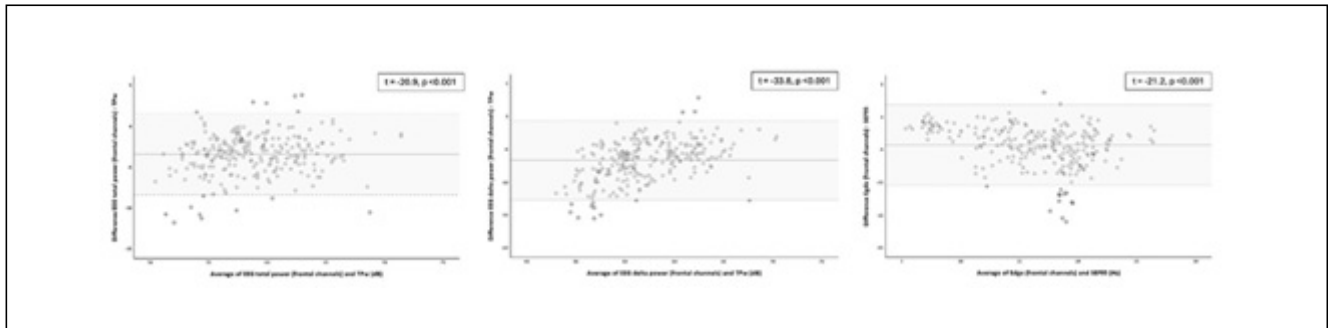


Figura 2 Póster 041



042. EEG DE RUTINA CON ANÁLISIS CUANTITATIVO PARA DETECTAR ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Cherchi MS, Hernández Hernández MÁ, Torres Díez E, Castanedo Vázquez D, Montes Figueroa E, Díaz Ruiz RM, Hermoso Díez M, Martínez Díaz P, Martín Lázey R y Fernández Torre JL

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Conocer la capacidad del EEG de rutina para detectar isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática.

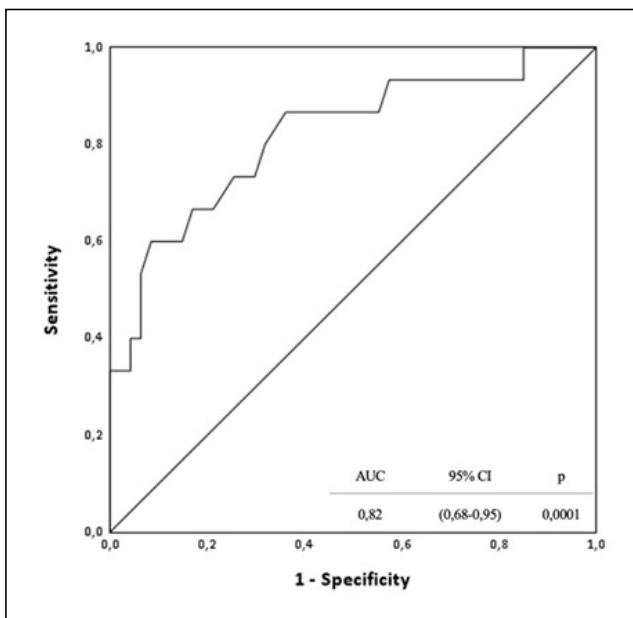
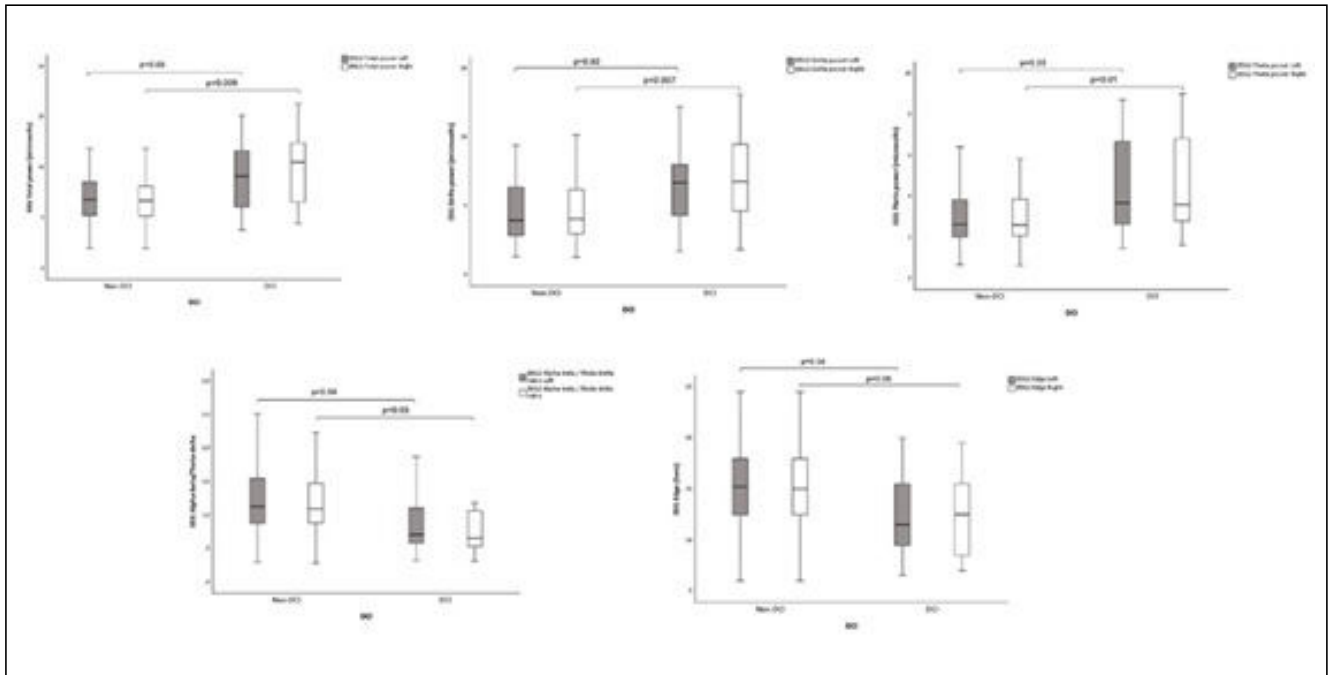
Métodos: Estudio de cohortes prospectivo incluyendo los pacientes ingresados en UCI por HSA aneurismática desde mayo de 2018 a noviembre de 2022. Se realizaron dos registros de 30 minutos de EEG en las primeras 72 horas (EEG1) y 48 horas tras este (EEG2). Los días del EEG se realizó un estudio doppler transcraneal (DTC1, DTC2) para detectar vasoespasmo sonográfico. Del análisis cualitativo y cuantitativo de los EEG se identificaron variables relacionadas con ICT (según los criterios de Vergouwen *et al.*). Para las más relevantes se obtuvieron los porcentajes de sensibilidad y especificidad, y se correlacionaron con las velo-

cidades medias en arteria cerebral media (ACM) registradas con DTC (correlación de Spearman). Para identificar los parámetros predictores de ICT se realizó un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes. En el análisis cualitativo, la ausencia bilateral de ritmo alfa posterior en EEG2 se asoció con ICT ($p = 0,009$). En el análisis cuantitativo, el grupo con ICT tuvo mayor potencia total, delta y theta, así como menor ratio alfa-beta/theta-delta y edge, todo ello más significativo en el EEG2 (fig. 1). No hubo asociación entre los parámetros de EEG y TCD. La potencia delta en el EEG2 obtuvo mayor sensibilidad que el DTC para detectar ICT (82,3%), pero menor especificidad (54%), siendo el DTC más específico (95,6%). Los parámetros predictores de ICT fueron la presencia de vasoespasmo en el TCD2 en una o ambas ACM (OR 41 [3,61-465,04]; $p = 0,003$), una potencia delta $\geq 4,5$ mV en el EEG2 en al menos un hemisferio (OR 4,3 [0,91-20,19]; $p = 0,06$) y la edad (OR 1,08 [1,00-1,16]; $p = 0,4$). El AUC del modelo fue 0,82 [0,68-0,95]; $p = 0,0001$ (fig. 2).

Conclusiones: El EEG de rutina representa una herramienta interesante para predecir ICT. Su integración en el manejo multimodal de los pacientes con HSA aneurismática podría mejorar el abordaje de esta temida complicación.

Figura 1 Póster 042



043. COMPARATIVO DE SUPERVIVENCIA Y PRONÓSTICO FUNCIONAL SEGÚN NIHSS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Galiano Gordillo JA, Amaro Harpigny A, Tendero Herraiz I, Enciso Paniagua P, Muriente Orio B, Ruiz de Castañeda Menéndez S y De la Roja Serrano C

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Conocer las diferencias en función de la puntuación NIHSS inicial de supervivencia en UCI, hospitalaria y a los seis meses del alta y el pronóstico funcional a los 6 meses de pacientes con ictus isquémico sometidos a trombectomía mecánica (TM) ingresados en UCI.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo (enero 2015-mayo 2024) que incluye pacientes ingresados en UCI tras TM. Se divide a los pacientes en 3 cohortes según NIHSS al ingreso (Grupo A: NIHSS < 5; B: 5-25 y C: > 25) comparándose las variables: edad, sexo, comorbilidades, anti-

coagulación, antiagregación, Rankin al ingreso, fibrinólisis IV, tiempo inicio síntomas-llegada hospital (excluidos ictus del despertar), estancia hospitalaria y en UCI; y supervivencias al alta de UCI, hospitalaria y a los 6 meses, y Rankin a los 6 meses. Análisis estadístico: parámetros cuantitativos: media $\pm$ DE o mediana (IQ25-IQ75); cualitativos: valor absoluto (%). Test de Kruskal-Wallis (variables cuantitativas) y test de Fisher o chi-cuadrado para las cualitativas en función del tamaño muestral ($n < 30$; $n > 30$).

Resultados: Se incluyen 395 pacientes: 22 grupo A; 360 grupo B y 13 grupo C. Las características generales están recogidas en la tabla 1. Las diferencias entre las variables de estudio se recogen en la tabla 2.

Variables	Grupo A (n=22)	Grupo B (n=360)	Grupo C (n=13)	p
Edad	65,3 $\pm$ 15,8	71,7 $\pm$ 12,8	71,5 $\pm$ 14,4	n. s
Varón	11 (52%)	175 (49%)	7 (54%)	n. s
Estancia hospitalaria	7 (6,3-11)	12 (7-20,5)	8 (3-22)	0,040
Estancia UCI	1 (1-1)	1 (1-2)	2 (1-3)	0,013
HTA	13 (59%)	255 (71%)	8 (62%)	n. s
DL	8 (36%)	171 (48%)	8 (62%)	n. s
DM	5 (23%)	125 (35%)	3 (23%)	n. s
Fumador	4 (18%)	89 (25%)	3 (23%)	n. s
Alcoholismo	2 (9,1%)	38 (11%)	1 (7,7%)	n. s
FA	5 (24%)	97 (25%)	2 (15%)	n. s
Anticoagulación	4 (19%)	90 (25%)	3 (23%)	n. s
Antiagregación	4 (18%)	81 (23%)	4 (31%)	n. s
Rankin al ingreso	0 (0-0)	0 (0-1)	0 (0-1)	0,014
Fibrinolisis	11 (50%)	112 (31%)	2 (15%)	n. s
Tiempo hasta llegada al hospital	2 (1,5-3)	2 (1-3)	2,5 (2-3)	n. s

Tabla 1.

Variable	Grupo A (n=22)	Grupo B (n=360)	Grupo C (n=13)	p valor
Sup. UCI	21 (95%)	322 (90%)	8 (62%)	0,014
Sup. Hosp.	21 (95%)	280 (78%)	6 (46%)	0,003
Sup. 6 meses	21 (95%)	263 (73%)	6 (46%)	0,004
Rankin 6 meses	0 (0-1)	3 (1-6)	6 (4-6)	< 0,001

Tabla 2.

Conclusiones: La TM realizada en pacientes con NIHSS > 25 se asocia a mayor mortalidad y dependencia funcional, por lo que su indicación en estos casos puede resultar contraproducente para el paciente. Una puntuación NIHSS < 5 si se asocia a mejor resultado funcional, baja mortalidad y menor estancia hospitalaria.

044. RESULTADOS DE LA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA

Bautista Rodríguez MD, Díaz Pernalet RM, Aguilar Alonso E, Porras Pantojo MF y De la Fuente Martos C

Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: Describir la indicación y los resultados de la Craniectomía Descompresiva (CD) en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda, tanto isquémica como hemorrágica, con el fin de prevenir lesiones cerebrales adicionales al revertir el efecto masa y el desplazamiento del tejido cerebral.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a CD durante la fase aguda de lesiones cerebrales isquémicas (infarto maligno) y hemorrágicas (ictus hemorrágico lobar, de ganglios basales e infratentorial). Se excluyó la hemorragia subaracnoidea debido a sus características particulares. El análisis abarcó un periodo de cuatro años (2021-2024). Las variables evaluadas incluyeron edad, sexo, estancia en UCI, gravedad de la lesión cerebral (medida mediante escalas GCS, NIHSS, HIC y ASPECT), mortalidad y resultados funcionales evolutivos tras el alta de medicina intensiva (escala de Rankin modificada).

Resultados: Se realizó CD en un total de 63 pacientes. En el grupo de ictus isquémico (29 pacientes), el 65% eran hombres, con una edad media de 57 años (DE 13,5; rango 18-75 años) y una estancia media en UCI de 15 días (DE 10,7; rango 2-40 días). La mortalidad en UCI fue del 24%, y se observó una buena funcionalidad (mRS ≤ 3) en el 31% de los casos. En el grupo de ictus hemorrágico (34 pacientes), el 59% eran hombres, con una edad media de 55 años (DE 12,7; rango 18-75 años) y una estancia media en UCI de 21 días (DE 19,4; rango 2-110 días). La distribución de las lesiones fue del 20% lobar, 59% ganglios basales-tálamo y 21% infratentorial. La mortalidad en UCI también fue del 24%, logrando independencia funcional (mRS ≤ 3) en el 26% de los casos. Al comparar la mortalidad observada con la prevista según la escala HIC, se encontró que la mortalidad real fue inferior a la estimada en los grupos de hemorragia infratentorial y ganglios basales-tálamo, aunque sin significación estadística.

Conclusiones: La craniectomía descompresiva puede ofrecer la posibilidad de una evolución funcional favorable en una proporción pequeña de pacientes, incluidos los pacientes con lesión cerebral hemorrágica.

045. DESARROLLO DE DELIRIUM DURANTE EL INGRESO EN UCI Y CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA

Rodríguez Alcaraz A, Soto Agudo L, Romero Macías T, Castañeda-Vozmediano R, López de la Oliva Pérez L, Naharro Abellán A, Abella Álvarez AM, Molina Lobo R, Gordo Vidal F y Lobo Valbuena BLV

Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: El *delirium* o síndrome confusional agudo es un trastorno neuropsiquiátrico grave asociado a múltiples complicaciones y a un peor pronóstico a corto y largo plazo. Se planteó la hipótesis de que los pacientes que desarrollaron *delirium* durante su estancia en la UCI, en comparación con los pacientes que no lo desarrollaron, tendrían una peor calidad de vida relacionada con la salud tras una enfermedad crítica.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal observacional y analítico que evalúa la calidad de vida percibida medida con el Índice de Barthel, la Escala de Fragilidad Clínica (CFS; Clinical Frailty Scale) y el SF-36 (Short Form-36 Health Survey), comparando pacientes que desarrollaron *delirium* durante la estancia en UCI y pacientes que no lo desarrollaron; estudio de casos y controles.

Resultados: En una cohorte de 1.462 pacientes, seleccionamos 93 controles para los 93 pacientes que desarrollaron *delirium*. El grupo control fue seleccionado con similares características que el grupo casos: sexo, edad (± 3 años), motivo de ingreso y SAPS 3 (± 3). De 156 cuestionarios cumplimentados (84,7%), observamos que (a) en cada uno de los dos grupos de pacientes, las puntuaciones relacionadas con el aspecto físico de la calidad de vida tendían a mejorar con el tiempo ($p < 0,001$), siendo sistemáticamente menos favorables en el grupo de pacientes que desarrollaron *delirium* en comparación con el grupo de controles ($p < 0,001$); (b) los pacientes que desarrollaron *delirium* también presentaron puntuaciones más bajas en la escala SF-36, siendo estas diferencias estadísticamente significativas, y evidenciando por tanto una peor calidad de vida, con impacto tanto en la esfera psicológica como en la social ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes que desarrollaron *delirium* presentaron puntuaciones significativamente más bajas dos años después del alta hospitalaria en los tres cuestionarios utilizados, mostrando un claro im-

pacto negativo en las dimensiones física, psicológica y social. Los resultados del estudio refuerzan la necesidad de apoyar y reforzar la atención a los supervivientes de la UCI.

046. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN UCI

Díaz-Tejeiro Rodríguez A, Artabe García M, Jaspe Codecido A, Peral Gutiérrez de Ceballos J, Castañeda Alvarado G, Cedeño Mora J, García Olivares P, Rodríguez Pérez A y Hernández López S

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en la UCI en un hospital de tercer nivel con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa).

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, realizado en pacientes con diagnóstico de HSA ingresados en UCI del HGU Gregorio Marañón entre enero 2022 y noviembre 2024. Se recogieron datos epidemiológicos, factores de riesgo de HSAa, comorbilidades, escalas de gravedad (APACHE II, SOFA, GCS, FOUR), escala de Fisher modificado (EFm), escala de la World Federation of Neurological Surgeons (WFNS) y escala de Hunt y Hess (H&H)), soporte orgánico, localización del aneurisma, tipo de tratamiento y complicaciones. La funcionalidad al alta se evaluó mediante escala de Rankin modificada (ERm). En el análisis descriptivo las variables cuantitativas se expresaron como media (DS), si la distribución se ajustaba a la normalidad, o mediana (RIC) en caso contrario. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes. Edad 57 ± 12 años, mujeres 72,4%. Factores de riesgo de HSAa: hipertensión 50%, tabaquismo 29% y dislipemia 20%. Escalas de gravedad: APACHE II 11 ± 7 , SOFA 5 ± 4 , GCS 11 ± 4 al ingreso, 88% EFm ≥ 3 , 21% WFNS de 5 y 29% escala H&H ≥ 4 . En el 70% el aneurisma se encontró en la circulación anterior, siendo la localización más frecuente la arteria comunicante anterior (29%). 70% se asociaron hemorragia intraventricular, 41% necesidad de drenaje ventricular externo y resangrado en el 9%. El tipo de tratamiento más frecuente fue endovascular en el 71%. Se observó ICT en el 25% de la muestra, a los 6 ± 3 días e infarto cerebral tardío en el 15%. Complicaciones en UCI en 58% de los pacientes. El 62% requirieron VMI y traqueostomía en el 33%. Estancia en UCI de 12 días (6-34), con mortalidad del 18,4%. Estancia hospitalaria de 26 días (17-61), con buen resultado funcional al alta (ERm 0-3) en el 56,6%.

Conclusiones: La HSAa fue más frecuente en mujeres de edad media, sin comorbilidades graves. Casi un tercio de los pacientes desarrollaron ICT. Un elevado número de pacientes presentaron un Rankin desfavorable al alta hospitalaria.

08:30-10:00 h

SALA 8

PÓSTERES ORALES

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 1

Moderadores: Borja Suberviola Cañas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander/Pedro Castro Rebollo, Hospital Clínic, Barcelona

047. IMPACTO DE LA AMFOTERICINA B LIPOSOMAL EN LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS

García Contreras S, Martín Cerezuela M, Guerrero Hurtado E, Carrasco de Jaureguizar C, Ferrandis Sales N, García Pellicer J, Poveda Andrés JL y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: La amfotericina B, un antifúngico de amplio espectro indicado para el tratamiento de infecciones fúngicas invasivas, adminis-

trada por vía intravenosa en forma liposomal (L-AmB) representa una alternativa terapéutica a la amfotericina desoxicolato, asociada con nefrotoxicidad. El objetivo del estudio es evaluar el impacto de la administración de L-AmB en la función renal de pacientes en cuidados intensivos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multidisciplinar que incluyó pacientes críticos tratados con L-AmB intravenosa ≥ 3 días desde agosto 2011 hasta octubre 2022. Las variables recogidas fueron sexo, edad, peso, comorbilidades, oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), ventilación mecánica (VM), posología, duración de tratamiento, indicación, microorganismo y supervivencia. La función renal se evaluó mediante requerimiento de hemodiálisis (HD) y los valores de creatinina (Cr) y potasio antes/después del tratamiento. Los pacientes con $Cr \geq 1$ mg/dl al inicio fueron considerados de alto riesgo de desarrollar lesión renal aguda, y los pacientes con < 1 mg/dl de bajo riesgo. Los datos se expresaron como media y desviación estándar (SD). Para el análisis estadístico se utilizó el programa R-Commander (prueba t de Student).

Resultados: El estudio incluyó 150 pacientes, de los cuales 62,67% eran hombres, con edad de 52,36 (15,81) años y peso de 71,51 (14,83) kg. Tenían de media 2,05 (1,30) comorbilidades, y el 60,67% llevaron ECMO y/o VM. La dosis media de L-AmB fue de 3,28 (0,88) mg/kg/24 horas, con una duración de 18,55 (21,72) días. Se administró de forma empírica en 52,67% pacientes (aislándose hongos finalmente en 26,58% de estos) y dirigida en el resto. De las infecciones fúngicas, el 56,52% estaban producidas por *Candida*, 31,52% por *aspergillus*, 2,17% *Cryptococcus*, 2,17% *Mucor*, 2,17% *Rhizopus* y 5,43% otros. Tras 12 semanas del inicio del tratamiento, el 62,67% de pacientes fueron *exitus*. El 8,67% de pacientes requirieron HD. Del resto, en los de bajo riesgo (66,67%), la Cr aumentó significativamente al final del tratamiento en 0,25 (0,61) mg/dl ($p < 0,05$) (media de 0,87 (0,63) mg/dl, continuaba siendo < 1 mg/dl), y el potasio disminuyó 0,02 (1,02) mEq/L (no significativo, $p > 0,05$). En los pacientes de alto riesgo (24,67%), la Cr disminuyó 0,09 (0,68) mg/dl, y el potasio aumentó 0,11 (0,91) mEq/L (no significativos, $p > 0,05$).

Conclusiones: La L-AmB administrada en pacientes críticos tiene un bajo impacto en la función renal, constituyendo una alternativa segura para tratar infecciones fúngicas en pacientes críticos independientemente de su función renal inicial.

048. CARACTERÍSTICAS DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Torrano Ferrández M, Ruiz Villa G, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, López Gómez L, Pellicer Sánchez N, Rozua López AM, Valdés Socorro DA, Del Baño Aledo MD y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar las características de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) con aislamiento de bacterias del género *Pseudomonas*, frente a otros gémenes y en las que no se aíslan ningún microorganismo.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo mediante el análisis del registro ENVIN. Pacientes ingresados en UCI e intubados más de 48 horas en UCI de un hospital universitario, entre 2006 y 2023. Los pacientes se dividían en NAVM con aislamiento de *Pseudomonas* (NAVM-Ps), aquellas con aislamiento de otro microorganismo (NAVM-Om) y las que no había ningún aislamiento (NAVM-Na). Los aislamientos de gémenes podían realizarse por cualquier método. Las variables se expresan como medias, desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), número (porcentaje). Las comparaciones mediante la prueba Ji^2 de Pearson y ANOVA de un factor.

	NAVM-Ps (n = 124)	NAVM-Om (n = 244)	NAVM-Na (n = 52)	p
Edad	65,2 $\pm$ 14,9	64,0 $\pm$ 15,5	64,3 $\pm$ 14,1	0,786
Género, hombre, n (%)	84 (67,7)	161 (66)	33 (63,5)	0,856
SAPS II	53,9 $\pm$ 20,3	54,6 $\pm$ 16,9	46,6 $\pm$ 19,5	0,016
Índice Charlson	2 (1-3)	2 (1-4)	1,5 (0-3)	0,028
Diabetes, n (%)	41 (33,1)	78 (32)	15 (28,8)	0,860
Inmunosupresión, n (%)	12 (9,7)	46 (18,9)	8 (15,4)	0,073
Antibióticos previos, n (%)	59 (47,6)	114 (46,7)	11 (21,2)	0,002
Aislamiento previo <i>Pseudomonas</i> , n (%)	59 (47,6)	17 (7,0)	1 (1,9)	$< 0,001$

Resultados: Fueron ingresados en UCI 12471 pacientes, de los cuales 3636 (29,2%) estuvieron intubados más de 48 horas. Hubo 346 (9,5%) pacientes que desarrollaron NAVM, con un total de 420 episodios de neumonía. Hubo 124 (29,5%) de NAVM-Ps, 244 (58,1%) de NAVM-Om y 52 (12,4%) de NAVM-Na. Las principales características de los tres grupos analizados se muestran en la tabla. En los 346 pacientes analizados, la mortalidad en UCI fue en NAVM-Ps del 43,5%, 39,1% en NAVM-Om y 37% en NAVM-Na ($p = 0,706$).

Conclusiones: Aunque los pacientes con los diferentes tipos de NAVM difieren en algunas características importantes, la mortalidad en UCI no muestra diferencias entre los tres grupos analizados.

049. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO PILOTO OFF-LABEL (MESIS STUDY) CON EL PANEL BIOFIRE® BLOOD CULTURE IDENTIFICATION

Rodríguez Oviedo A, Trefler Crespo S, Gómez Bertomeu FF, Guerrero Torres MD, Pardo Granel S, Selles Sánchez A, Claverías L y Bodí M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: La administración precoz de tratamiento antibiótico empírico apropiado (TAEA) es fundamental en los pacientes con sepsis/shock séptico. La posibilidad de obtener información de la etiología mediante técnicas con PCR múltiples (BCID 2) desde hemocultivos (HC) con pocas horas (6-8 h) de incubación, podría brindar la oportunidad de un tratamiento cuasidirigido precoz para mejorar el pronóstico de los pacientes. Nuestro objetivo es evaluar si la determinación del panel BCID2 en HC con 6-8 horas de incubación (*off-label*), y antes de su positivización, permite identificar el patógeno y optimizar el TAEA precozmente.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, en pacientes críticos con sospecha de sepsis o alta probabilidad de bacteriemia. El estudio* fue registrado (Clinicaltrial.gov # NCT05833412) y aprobado por el CEIC local (Ref. CEIM: 182/2022) y no fue requerido el consentimiento informado. Se recogieron variables demográficas, clínicas, resultados de BCID2 y HC, así como los tiempos desde la extracción del HC hasta la identificación. Las comparaciones se efectuaron mediante “chi” cuadrado o “t” test según fue necesario. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes (P), el 70% con una edad comprendida entre 66-75 años, el 71% de sexo masculino, con un SOFA de 6 (5-8) y un APACHE II de 18 (17-19). El tiempo entre la extracción del HC y la incubación fue de 18 minutos con un máximo de 40 minutos. Cinco (17,8%) P presentaron HC (+). P#2 y P#8 *K. pneumoniae*, P#9 *P. aeruginosa* y P#25 *K. pneumoniae* + *E. coli* + *E. facium* + *S. salivarius* y P#23 *C. albicans*. BCID2 *off-label* resultó positivo en todos los casos de HC (+) excepto para *Candida* (P#23) con un tiempo medio de anticipación de 5,5 horas y un máximo de 18 horas antes del HC (+). Todos los microorganismos fueron confirmados por BCID2 después del HC (+). Llamativamente BCID 2 detectó en el P#27 *B. fragilis* que no se aisló en el HC (recibía antimicrobianos), pero fue identificado en la bilis del paciente con colangitis. La identificación del microorganismo mediante BCID2 permitió modificar el tratamiento empírico en el 80% (4/5 P), en 3 casos se redujo el espectro y en un caso se aumentó el espectro debido a *P. aeruginosa*. La mortalidad global fue 32,2% y mayor (40 vs. 30%, $p = 0,99$) en P con BCID2 (+).

Conclusiones: La implementación de un protocolo de determinación precoz del panel BCID2 a las 6-8 horas de incubación del HC permitió anticipar el diagnóstico etiológico con una media de 5 horas y realizar adecuación precoz del tratamiento antibiótico en el 80% de los pacientes.

Financiado por: International Research Grant BioMerieux.

050. UTILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS DE SEGUIMIENTO EN LAS BACTERIEMIAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS

Narvarte Ramón F, Martínez A, Martín Cerezuela M, Ramírez Gallego P, Haener K, Villareal Tello E, Perea D y Frassetto J

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Existe consenso sobre la realización de hemocultivos de seguimiento (HC-S) en bacteriemia por cocos Gram + (CGP) y *Candida*, no obstante no hay acuerdo en bacterias Gram negativas (BGN), y su utilidad en pacientes críticos no es conocida.

Métodos: Estudio prospectivo de 3 años en una UCI de un hospital de referencia. Se incluyeron casos consecutivos de bacteriemia/candidemia. Definimos los casos según criterios establecidos. Los HC-S se extrajeron según protocolo entre 72 y 120 h de tratamiento apropiado. Se recogieron datos demográficos, clínicos, microbiológicos y pronósticos.

Las variables cualitativas se expresaron en número total y porcentaje y las cuantitativas en media y desviación estándar. Se realizó estudio univariado y multivariado de las variables significativas. El comité de ética local aprobó el protocolo y se obtuvo el consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 135 episodios procedentes de 131 pacientes. Etiologías: 40 (29,6%) correspondieron a CGP, 8 (5,93%) a levaduras, y 71 (52,6%) a BGN (16 casos (45,7%) fueron polimicrobianos). Los HC-S se realizaron en 80 casos (59,26%), no se realizaron en 23 pacientes con mortalidad precoz y en 20 pacientes ya transferidos a sala. Los HC-S fueron positivos en 28 casos (35%); persistencia de mismo microorganismo (n 20, 25,32%) o sobreinfección (n 7, 8,7%). Con respecto a la etiología el 60% (n 3) de las candidemias, el 32,2% (n 10) de las bacteriemias por CGP y el 34,2% (n 13) de las bacteriemias por BGN mostraron HC-S positivos. No detectamos ningún factor asociado a la presencia de HC-S positivos. La mortalidad a los 30 días fue del 32,3%. En el análisis multivariado de mortalidad a los 30 días, la puntuación en SAPS III, el uso de ventilación mecánica, la presencia de *shock* séptico o neumonía por SARS-CoV-2 y la etiología por BGN no fermentador se asociaron a mayor mortalidad; la realización de HC-S fue factor protector (0,24 (0,08-0,70) $p = 0,009$).

Conclusiones: Los HC-S positivos en los pacientes críticos es un fenómeno relativamente frecuente que afecta también a las bacteriemias por BGN. La realización de HC-S es un factor protector en los pacientes críticos con bacteriemias.

051. ESTADO DE PROYECTO RESISTENCIA ZERO DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE

Gómez Martínez L, Blasco Lorente D, Egea González A, Rafales Perucha BI, Calzada Ortiz S, Franquesa González E, Ocabo Buil P, Bueno Vidales N y Lafita López A

Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

Objetivos: En los últimos años se ha objetivado un aumento de pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes (MMR) en nuestro servicio. Dado que es de vital importancia conocer los patógenos que predominan en cada servicio nos hemos propuesto analizar la evolución en nuestra UCI a lo largo de los años.

Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico y analítico en una muestra de 872 pacientes ingresados en la UCI del HUSJ entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Se realizó un análisis sobre el proyecto resistencia Zero. Se recogieron características demográficas y clínicas de los pacientes. Realizándose análisis estadístico con coeficiente de correlación lineal de Pearson (covarianza/DE), t de Student y análisis de regresión de Cox.

Resultados: Se estudia un grupo de 872 siendo 593 hombres. 391 provenían de urgencias, 243 de otras plantas del mismo Hospital, 147 de quirófano y 91 fueron trasladados desde otros centros. Se comparan dos grupos: los pacientes que no presentaron colonización durante el ingreso y los colonizados durante este. Siendo La edad media de los pacientes ingresados de 64,7 años $\pm 15,79$, sin existir diferencias estadísticamente significativas. El APACHE II en el grupo de colonizados fue de $18 \pm 8,73$ siendo estadísticamente significativa la diferencia ($p < 0,05$), al igual que el SAPS III en colonizados fue de $55 \pm 19,32$ ($p < 0,01$). La media de ingreso en UCI fue mayor en los pacientes colonizados $5 \pm 19,33$ ($p < 0,01$). Destacar que la mortalidad también fue notoriamente superior en el grupo colonizado (13,1 vs. 21,8%) siendo estadísticamente significativo ($p < 0,05$) y que existían factores de riesgo que se presentaban de manera importante en el grupo de colonización: colonización previa, toma de antibiótico durante 5 días o más en el último mes, tratamiento con hemodiálisis y/o diálisis peritoneal y colonización previa por un microorganismo multirresistente. Por último, añadir que aunque obtuvimos un total de 97 muestras positivas, solo presentaron bacteriemia 11 de dichas personas, siendo el patógeno un mayor porcentaje de bacteriemia la *Pseudomonas aeruginosa* durante los años de pandemia por SARS-CoV-2, mientras que en el último año hemos sufrido un cambio de flora habitual siendo más frecuente la *Klebsiella pneumoniae* y *Klebsiella oxytoca*.

Conclusiones: El aumento de sobreinfección por MMR en nuestro servicio ha conllevado un aumento tanto de la mortalidad como del tiempo de estancia media en UCI en pacientes de características similares. Destacar la importancia conocer los patógenos habituales en nuestro servicio y su resistencia antibiótica para un adecuado tratamiento.

052. FACTORES ASOCIADOS A INFECCIONES POSOPERATORIAS INMEDIATAS TRAS CITORREDUCCIÓN E HIPEC

Beltrán Hernández DR, Pintado MC, Oñoro Morales A, Rubio V, Jiménez M, Molina D, Rodríguez DA, Betania Ortiz de Zarate Y, Nevado E y Molina R

Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: Identificar los factores asociados con un mayor riesgo de infección en el periodo posoperatorio inmediato de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) después de someterse a citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en una UCI polivalente sobre pacientes ingresados tras citorreducción e HIPEC (enero 2013-diciembre 2023). Se recopilaron datos demográficos, APACHE, comorbilidades, tipo de cáncer, índice de carcinomatosis peritoneal, uso de hemoderivados, balance de fluidos, estancia en UCI, necesidad de venti-

Figura 1 Póster 052

	Todo (123)	Complicaciones infecciosas		p
		SI (10)	NO (113)	
Sexo (Varón)	61 (49.6%)	5 (50.0%)	56 (49.6%)	0.979
Edad	59.5 $\pm$ 10.5	59.6 $\pm$ 10.3	57.4 $\pm$ 12.9	0.528
APACHE II	8.5 (6.0 - 12.0)	8.5 (5.0 - 10.2)	8.0 (6.0 - 12.0)	0.620
Índice de de Charlson	6.0 (6.0 - 6.0)	6.0 (2.75 - 6.0)	6.0 (6.0 - 6.0)	0.294
Antecedentes				
Diabetes mellitus	17 (13.8%)	1 (10.0%)	16 (14.2%)	1.000
Hipertensión arterial	52 (42.3%)	4 (40.0%)	48 (42.5%)	1.000
Dislipemia	47 (38.2%)	2 (20.0%)	45 (39.8%)	0.315
Obesidad	9 (7.3%)	1 (10.0%)	8 (10.0%)	0.564
Enfermedad Respiratoria	10 (8.1%)	1 (10.0%)	9 (8.0%)	0.586
Cardiopatía	3 (2.4%)	0 (0.0%)	3 (2.7%)	1.000
Arritmias	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1.000
Enfermedad Renal	1 (0.8%)	1 (10.0%)	1 (0.9%)	1.000
Desnutrición	18 (14.6%)	3 (30.0%)	15 (13.3%)	0.163
Tipo cáncer				0.665
Ginecológico	19 (15.4%)	2 (20.0%)	18 (15.9%)	
Digestivo	104 (84.6%)	8 (80.0%)	95 (84.1%)	
QT adyuvante	64 (52.0%)	8 (80.0%)	56 (49.6%)	0.098

Figura Póster 052B.jpg

	Todo (123)	Complicaciones infecciosas		p
		SI (10)	NO (113)	
<u>Índice de carcinomatosis peritoneal</u>	7.0 (3.0 – 14.0)	3.5 (0.0 – 14.7)	5.0 (2.0 – 10.0)	0.736
Necesidad de <u>hemoderivados</u> en quirófano	17 (13.8%)	2 (20.0%)	15 (13.3%)	0.628
Necesidad de hemoderivados en UCI	19 (15.4%)	1 (10.0%)	18 (15.9%)	1.000
Balance hídrico en <u>Cirugía</u>	4314.0 ± 1562.9	3875.0 ± 601.0	4326.7 ± 1582.7	0.690
NPT	99 (80.5%)	10 (100.0%)	89 (78.8%)	0.267
Necesidad de aminos al ingreso	9 (7.3%)	1 (10.0%)	8 (7.1%)	0.546
Necesidad de aminos en UCI	16 (13.1%)	2 (20.0%)	14 (12.5%)	0.619
Necesidad de ventilación mecánica al ingreso	6 (4.9%)	1 (10.0%)	5 (4.4%)	0.405
Necesidad de ventilación mecánica en UCI	1 (0.8%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0.082
SOFA al ingreso	1.0 (1.0 - 2.0)	1.0 (0.0 - 3.0)	1.0 (1.0 - 2.0)	0.767
Peor SOFA durante su estancia	2.0 (1.0 - 3.0)	2.0 (0.0 - 3.0)	2.0 (1.0 - 3.0)	0.932
Estancia en UCI	5.0 (4.0 - 5.0)	5.0 (4.0 - 5.0)	5.0 (3.0 - 5.0)	0.054
Estancia hospitalaria	10.0 (8.0 - 13.0)	10.5 (9.0 - 23.7)	10.0 (8.0 - 13.0)	0.169
Exitos UCI/ <u>hosp</u>	1 (0.8%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	1.000

lación mecánica, administración de aminos y mortalidad. Se administraron profilácticamente antibióticos intravenosos (cefazolina, con opción de metronidazol en cirugías con ruptura de mucosa intestinal). Las complicaciones infecciosas se definieron como sospechas clínicas de infección que requirieron intervención médica, con o sin cultivos positivos.

Resultados: 123 pacientes fueron aceptados en UCI durante el periodo elegido, de los cuales el 61% del total fueron hombres, la edad media fue de 59,5 ± 10,5 años y el APACHE medio fue de ± 8,5 (6,0-12,0) y un índice de Charlson de 6. De la muestra el 15,4% (19) fueron cáncer de origen ginecológico y el 84,6% (104) fue de origen digestivo. 8,1% (10) pacientes presentaron complicaciones infecciosas: 20% (2) neumonía, 10% (1) infección del tracto urinario y 70% (7) fiebre con repercusión clínica pero con cultivos negativos.

Conclusiones: La frecuencia de complicaciones infecciosas en el posoperatorio inmediato de nuestra muestra fue baja en comparación con la reportada en otras series. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la mortalidad, la necesidad de ventilación mecánica y la duración de la estancia en UCI o en el hospital entre aquellos que presentaron complicaciones infecciosas y aquellos que no las presentaron. Los enfoques combinados para reducir el riesgo de neumonía posoperatoria e infecciones del tracto urinario se recomiendan integrar dentro de los protocolos de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS).

053. FACTORES DE RIESGO PARA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS CON VIRUS PANDÉMICOS CON DIFERENTES ANÁLISIS MACHINE LEARNING

Papiol Gallofré E¹, Ferrer Roca R¹, Ruiz Rodríguez JC¹, Díaz Santos E², Gómez Álvarez J³, Berrueta J³, Sancho Chinesta S⁴, Zaragoza Crespo R⁵, Bodí Saera M³ y Rodríguez Oviedo A³

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ²Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁵Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

Objetivos: Determinar FR para mortalidad mediante un análisis lineal de regresión logística múltiple (GLM) y comprar los resultados con los obtenidos con un análisis no lineal de *random forest* (RF).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes críticos incluidos en 2 grandes bases multicéntricas nacionales (GETGAG y COVID-19 de SEMICYUC). Las variables incluidas fueron: demográficas, comorbilidades, variables clínicas y de laboratorio durante las primeras 24 horas de ingreso, tiempo de asistencia sanitaria, datos de coinfección respiratoria, complicaciones y evolución en UCI. Las variables continuas fueron categorizadas para un mejor funcionamiento del modelo lineal. Se determinó el impacto de las covariables sobre la mortalidad mediante GLM. Los resultados se muestran como OR (IC95%). Para la validación la población se dividió aleatoriamente en un set de entrenamiento (70%) y otro de validación (30%). El adecuado funcionamiento del modelo se evaluó mediante: sensibilidad (S), especificidad (E), *accuracy* (Ac) y área bajo la curva (AUC) ROC. Con las mismas variables se realizó RF. La importancia de las variables fue determinada como% de reducción del Ac y se evaluó funcionamiento mediante el error medio (OOB), Ac, S, E.

Resultados: Se incluyeron 8.902 pacientes (3.702 con gripe A y 5.200 con COVID-19). La mortalidad global fue 25,7% (2.294/8.902). Los pacientes que fallecieron fueron más graves, con mayor comorbilidades y nivel inflamatorio. GLM evidenció 19 variables asociadas con la mortalidad (fig. 1), y dentro de ellas, la etiología de la coinfección por *Aspergillus* spp. y *A. baumannii*. El Ac del modelo fue del 76% con una S = 59%, E = 78% y AUC = 0,76. El modelo RF evidenció 13 variables con más del 20% de importancia (fig. 2). El OOB fue del 24% con un Ac = 75%, una S = 99% y una E = 0,06%. Aunque en general las variables importantes coinciden entre los modelos, la etiología de la coinfección no resulta de importancia en el modelo RF.

Conclusiones: La aplicación de un modelo no lineal (RF) no mejoró la predicción respecto del modelo GLM. Las variables asociadas a mortalidad en general coinciden entre los modelos a excepción del impacto de la etiología bacteriana.

054. IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS DE ALTO IMPACTO ECOLÓGICO EN PACIENTES CRÍTICOS

Mordillo Cano H, Valdazo Martín C, Barrasa González H, Carrión Esteban M y Vizcay Iriarte I

Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu y sede Santiago), Álava.

Objetivos: Evaluar las intervenciones realizadas durante los primeros cinco meses tras la implantación de un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) en pacientes críticos, utilizando el sistema informático Wise Antimicrobial Stewardship Support System (WASPSS) y su impacto en antibióticos de alto impacto ecológico, como meropenem, linezolid y piperacilina-tazobactam.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Intensiva (Médico-quirúrgica) de 31 camas del Hospital Universitario de Araba en Vitoria-Gasteiz. Se analizaron todas las intervenciones del equipo PROA-UCI entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2024, clasificándolas por tipo de recomendación, antibiótico implicado y grado de aceptación.

Resultados: Se registraron 281 intervenciones, dirigidas principalmente a carbapenemes (190; 25,2%), oxazolidinonas (79; 28,1%) y piperacilina-tazobactam (40; 14,2%). El 98,5% de las intervenciones sobre carbapenemes se centraron en meropenem, mientras que el 100% de las realizadas en oxazolidinonas abordaron linezolid. De forma global las acciones más frecuentes fueron la desescalada (25,97%), la pauta corta de 5-7 días (22%) seguido de la recomendación de suspensión (16,3%). A continuación, se describen las acciones realizadas por antibiótico: Meropenem: desescalada (51,4%), pautas cortas de 5-7 días (21,4%) y suspensión (10%). Linezolid: monitorización de niveles para ajuste de dosis (36,7%), suspensión (25,3%) y desescalada (17,7%). Piperacilina-tazobactam: desescalada (39,4%) y pautas cortas de 5-7 días (36,8%). El grado de aceptación fue elevado (80,8%), con 227 recomendaciones aceptadas, 1,8% rechazadas y 17,4% sin seguimiento por alta o traslado del paciente.

Conclusiones: La implantación del programa PROA, apoyado por WASPSS, ha permitido optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes

críticos, con un enfoque especial en antibióticos de alto impacto ecológico. La elevada aceptación de las recomendaciones demuestra su utilidad y la integración eficaz en la práctica clínica.

055. ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE MONOCITOS (MDW) COMO BIOMARCADOR DE INFECCIÓN EN UCI. I. ESTUDIO DE VALIDEZ

Ramos Sáez S, García Ferragut L, Álvarez Fernández JA, Mayol Llinás A, Llaneras Pacheco J, Albalá Llull I y Madero Pérez A

Hospital Juaneda Miramar, Illes Balears.

Objetivos: Analizar la validez del parámetro del hemograma MDW como test diagnóstico de infección en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico. Reclutamos consecutivamente a todos los pacientes que ingresaron en UCI del 1/3/2024 al 31/5/2024. Registramos datos demográficos, motivo de ingreso en UCI, parámetros clínicos, pruebas de laboratorio, y escalas pronósticas. El MDW se analizó de una muestra de sangre total en EDTA-K₃ 4 horas tras la extracción. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: patología médica no infecciosa (PMNI), patología quirúrgica no infecciosa (PQNI) y patología infecciosa, tanto quirúrgica como médicos (PI). La clasificación en el grupo PI se hizo en base a criterios clínicos, analíticos y de imagen de la práctica clínica habitual de nuestra UCI. Para medir la validez del MDW como test diagnóstico se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y valor predictivo positivo (VPP) para los distintos valores. También se calcularon para la procalcitonina (PCT). Utilizamos como *gold standard* el diagnóstico clínico de infección al alta del paciente.

Resultados: El valor del MDW ≥ 23 obtuvo la mejor sensibilidad y especificidad conjuntas expresadas como índice de Youden ($S + E - 1$), siendo los valores de sensibilidad, especificidad, VPN y VPP: 82,1%, 93%, 97% y 63,9%, respectivamente. En cuanto a la procalcitonina, el valor que mejor sensibilidad y especificidad conjuntas obtuvo fue PCT $\geq 0,17$. Los valores de sensibilidad, especificidad, VPN y VPP fueron: 79,3%, 84%, 96,2% y 44,2%, respectivamente.

Figura 1 Póster 055

	TOTAL (n=211)	GRUPO PMNI (n=80)	GRUPO PQNI (n=102)	GRUPO PI (n=29)
Edad, media (DS) años	64,17 (14,73)	65,75 (16,05)	64,05 (12,55)	60,28 (17,59)
Mujeres, n (%)	91 (43,13%)	32 (40%)	41 (40,20%)	18 (62,07%)
MDW, media (DS)	19,96 (3,94)	19,38 (2,88)	18,57 (2,47)	26,49 (
PCT, media (DS) ng/ml	3,14 (18,93)	0,22 (0,09)	0,11 (0,25)	21,80 (47,61)
PCR, media (DS) mg/L	35,36 (71,05)	26,58 (5,53)	14,38 (45,83)	135,19 (105,4)
SAPS-II, media (DS)	27,25 (11,91)	27,08 (8,37)	26,44 (13,46)	30,52 (13,99)
SOFA, media (DS)	1,73 (2,37)	1,23 (1,74)	1,94 (2,65)	2,35 (2,60)

Tabla 1. Datos obtenidos.

Figura 2 Póster 055

VALORES	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	VPN	VPP	ÍNDICE YAUDEEN
MDW $\geq 21,5$	85,7%	87%	97,5%	51%	0,72
MDW $\geq 22,5$	82,1%	91,5%	97%	60,5%	0,74
MDW ≥ 23	82,1%	93%	97%	63,9%	0,75
MDW $\geq 23,5$	78,6%	94,4%	94,4%	68,8%	0,73
PCT $\geq 0,12$	79,3%	78%	96%	36,5%	0,57
PCT $\geq 0,16$	79,3%	83%	96,2%	42,6%	0,62
PCT $\geq 0,17$	79,3%	84%	96,2%	44,2%	0,63
PCT $\geq 0,18$	75,9%	84,6%	95,7%	44%	0,61

Tabla 2. Resultados de los principales puntos de corte del MDW y la PCT.

Conclusiones: El MDW muestra unos buenos valores de sensibilidad y especificidad que sugieren que es una prueba válida para el diagnóstico de infección en UCI. Ha presentado mejores valores de sensibilidad, especificidad, VPN y VPP que la PCT presentándose como una prueba diagnóstica más válida que la PCT en los pacientes de nuestro estudio. Dichos resultados nos animan a usar el MDW ≥ 23 para la detección de infección (especificidad 93% y VPP 63,9%) en UCI, en lugar del MDW $\geq 21,5$ indicado por el fabricante.

056. ANCHO DE DISTRIBUCIÓN DE MONOCITOS (MDW) COMO BIOMARCADOR DE INFECCIÓN EN UCI. III. ESTUDIO DE CAPACIDAD DISCRIMINATIVA

Ramos Sáez S, García Ferragut L, Álvarez Fernández JA, López Libano J, Albalá Llull I, Unzaga Ercilla I y Torrebella Seguí JM

Hospital Juaneda Miramar, Illes Balears.

Objetivos: Determinar el mejor punto de corte del MDW para el diagnóstico de infección en UCI, analizar su capacidad discriminativa y compararla con la de la procalcitonina (PCT).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y unicéntrico. Reclutamos consecutivamente a todos los pacientes que ingresaron en UCI del 1/3/2024 al 31/5/2024. Registramos datos demográficos, motivo de ingreso en UCI, parámetros clínicos, pruebas de laboratorio, y escalas pronósticas. El MDW se analizó de una muestra de sangre total en EDTA-K₃ en las 4 horas tras la extracción. Los pacientes se clasificaron en tres grupos: patología médica no infecciosa (grupo PMNI), patología quirúrgica no infecciosa (grupo PQNI) y patología infecciosa, tanto quirúrgica como médica (grupo PI). La clasificación en el grupo PI se hizo en base a criterios clínicos, analíticos y de imagen de la práctica clínica habitual de nuestra UCI. Se calcularon la sensibilidad y especificidad de los distintos valores del MDW, así como el índice de Youden para determinar el mejor punto de corte. Se construyó la curva ROC y se calculó el área bajo la curva (AUC, *area under the curve*) para estimar su capacidad discriminativa.

MDW	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD	ÍNDICE YOUTEN
≥ 20	92,9%	71,2%	0,64
$\geq 20,5$	92,9%	79,1%	0,72
≥ 21	85,7%	82,5%	0,68
$\geq 21,5$	85,7%	87%	0,72
≥ 22	85,7%	88%	0,74
$\geq 22,5$	82,1%	91,5%	0,74
≥ 23	82,1%	93%	0,75
$\geq 23,5$	78,6%	94,4%	0,73
≥ 24	75%	96%	0,71

Tabla de resultados de los principales puntos de corte del MDW

Resultados: El MDW ≥ 23 presentó el mejor índice de Youden: 0,75. El AUC del MDW fue de 0,935 (IC95%: 0,889-0,982) con una desviación estándar de 0,024. El AUC de la PCT fue de 0,898 (IC95%: 0,835-0,961) con una desviación estándar de 0,032. En ambos casos se obtuvo un alto nivel de significación con una $p < 0,001$.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el MDW tiene una buena capacidad discriminativa (AUC 0,935), incluso mayor que la de la PCT (AUC 0,898), y por tanto podemos considerarlo un test muy bueno para el diagnóstico de infección, siendo el MDW ≥ 23 el mejor punto de corte para el diagnóstico de infección en UCI en los pacientes de nuestro estudio.

057. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES POR *PSEUDOMONAS* MULTIRRESISTENTES CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA EN UCI

Sánchez Ramírez C¹, Hípola Escalada S¹, López Domínguez A¹, Roldán Furelos L¹, Lara Franco L¹, Hernández Viera MA¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Tout Castellano M¹, Saavedra Santana P² y Romero Luján JL¹

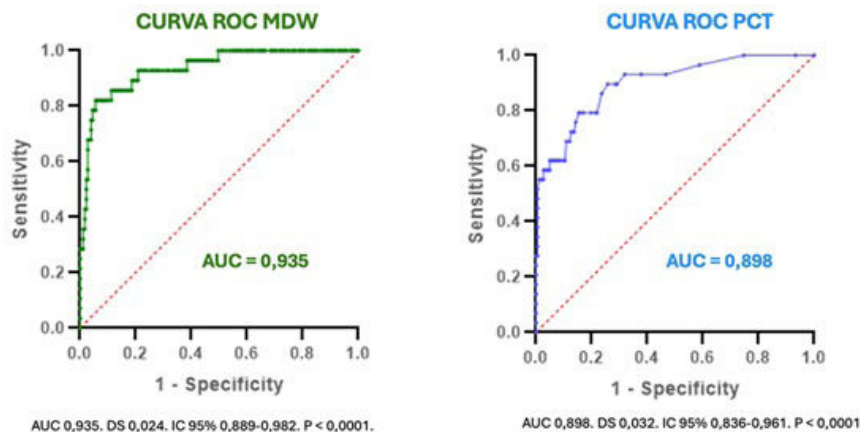
¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrin), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo de desarrollo de infecciones nosocomiales (IN) por *Pseudomonas* multirresistentes (PsMR) en pacientes con IN en una UCI con 13 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes con IN desde 1 octubre de 2010 a 30 de septiembre 2024 en una UCI polivalente. Se aplicó DDS a los pacientes que requerían ventilación mecánica más de 48 horas ingresados desde octubre 2011 a septiembre 2024. Se les administró a los pacientes con DDS durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más una solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y a la semana. Se recogieron pacientes con IN: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), infección urinaria, bacteriemia primaria y relacionada con catéter y secundaria. Se analizaron los factores de riesgo de desarrollo de IN por PsMR descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de IN fueron los del ENVIN-Helics. Se realizó un análisis univariado y de regresión logística de IN por PsMR. Se consideró estadísticamente significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con el paquete R versión 4.2.1.

Resultados: Ingresaron 14.695 pacientes y tuvieron un total de 1.043 pacientes con IN, 99 pacientes por IN por PsMR (9,43%). En el análisis univariado (tabla) se observan varios factores asociados con IN por PsMR: edad, paciente traumático, inmunosupresión, desnutrición. Los pacientes tuvieron mayor estancia y mortalidad en UCI, ($p < 0,001$) así como técnica de reemplazo renal (TRR) ($p = 0,001$). La infección nosocomial más frecuente por PsMR fue la NAVM. Los factores independientes de desarrollo de IN por PsMR en el análisis multivariado, fue estancia en UCI, por día OR: 1,016 (1,011-1,021) $p < 0,001$ y la desnu-

Figura 2 Póster 056



trición OR:2,216 (1,272-3,861) con $p = 0,005$ y TRR: OR: 1,856 (1,202-2,865) con $p = 0,005$, son factores independientes eliminando la estancia del análisis multivariado.

Tabla1. Análisis univariado

	Pacientes con INs por <i>Pseudomonas</i> multirresistentes		p
	No N = 952	Si N = 91	
Edad	60.7 ± 14.3	64.3 ± 11.5	0.019
Sexo varón	617 (65.6)	67 (74.4)	0.128
APACHE II	20.3 ± 7.5	21.7 ± 6.9	0.085
DDS	852 (89.5)	81 (89.0)	0.886
Paciente Traumático	109 (11.5)	4 (4.4)	0.038
Paciente coronario	200 (21.0)	16 (17.6)	0.438
Cirugía urgente	223 (23.5)	31 (34.1)	0.025
Inmunosupresión	107 (11.2)	18 (19.8)	0.017
Neutropenia	34 (3.6)	7 (7.7)	0.081
NP	186 (19.6)	23 (25.3)	0.193
TRR	360 (37.9)	50 (55.0)	0.001
Desnutrición	93 (9.8)	19 (20.9)	0.001
Diabetes	284 (29.8)	33 (36.3)	0.203
Insuficiencia renal crónica	139 (14.6)	17 (18.7)	0.297
Cirrosis	181 (19.0)	25 (27.5)	0.053
Neoplasia	36 (3.8)	7 (7.8)	0.089
NAVM	323 (33.9)	47 (51.6)	< 0.001
BRC	348 (36.7)	35 (38.5)	0.735
Bacteriemia secundaria	233 (24.6)	24 (26.4)	0.7
Infección de orina	286 (30.1)	27 (29.7)	0.931
ATB 48 horas antes ingreso	252 (27.2)	33 (36.7)	0.057
EXITUS	315 (33.2)	47 (51.6)	< 0.001
ACINETOBACTER	21 (2.2)	1 (1.1)	0.714
SAMR	18 (1.9)	0 (0.0)	0.393
BLEES	239 (25.1)	21 (23.1)	0.669
PSEUDOMONAS MR	0 (0.0)	91 (100)	< 0.001
BGN MR	21 (2.2)	1 (1.1)	0.714
Tipo paciente			0.378
Médico	702 (73.8)	71 (80.2)	
Cirugía programada	113 (11.9)	6 (6.6)	
Cirugía urgente	136 (14.3)	12 (13.2)	
Respuesta inflamatoria			< 0.001
No sepsis	37 (3.9)	2 (2.2)	
Sepsis	173 (18.2)	6 (6.6)	
Shock séptico	942 (71.8)	83 (91.2)	
Días en hospital previo UCI	1 (0.5)	1 (0.6)	0.528
Días en UCI	32 (19.49)	53 (36.82)	< 0.001
GCS	15 (10.15)	15 (13.5.15)	0.086

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RQ). INs: infecciones nosocomiales; DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente; BLEE: betalactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacteriemia Gram Negativa multirresistente; GCS: Glasgow Coma Score

Conclusiones: En nuestra UCI el 9,43% de los pacientes con IN tuvieron IN por PsMR. La estancia en UCI fue un factor de riesgo independiente de IN por PsMR. También desnutrición y la TRR fueron factores de riesgo independientes si eliminamos la estancia del análisis multivariado. Los pacientes con IN por PsMR tuvieron mayor estancia y mortalidad en UCI.

058. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN UCI Y DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA

Sánchez Ramírez C¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Roldán Furelos L¹, Hipola Escalada S¹, Hernández Viera MA¹, Tout Castellano M¹, López Domínguez A¹, Lara Franco L¹, Saavedra Santana P² y Romero Luján JL¹

¹Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas. ²Universidad de las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Identificar los factores asociados con el desarrollo de infecciones nosocomiales (IN) por gérmenes multirresistentes (GMR) en pacientes con IN en una UCI tras 13 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron IN desde 1 octubre de 2010 al 30 de septiembre 2024 en una UCI polivalente de 30 camas. Se aplicó DDS desde del 1 de octubre 2011 a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Los primeros 4 días se administró cefotaxima intravenosa y también una solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron muestras rectales y faríngeas, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a desarrollo de IN por GMR descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de IN fueron los del ENVIN-Helics. Se realizó un análisis univariado y un análisis logístico multidimensional de GMR. Se consideró significativo si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados utilizando el paquete R versión 4.2.1 (R Development Core Team, 2022).

Resultados: De un total de 14.695 pacientes que ingresaron desarrollaron IN por GMR 356 (34,13%) de un total 1043 pacientes con IN. En el análisis univariado (tabla) los pacientes con GMR tuvieron mayor estancia ($p < 0,001$) y mortalidad en UCI ($p = 0,002$). Entre los GMR responsables de las infecciones los gérmenes beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE) (63,2%) y la *Pseudomonas* multirresistente (24,3%) fueron los más frecuentes. La infección nosocomial más frecuente por GMR fue la neumonía asociada a ventilación mecánica. Los factores independientes de desarrollo de IN asociados a GMR, en el análisis multivariado, fueron la bacteriemia secundaria con OR: 1,674 (1,273,2,200) y $p < 0,001$ y la propia DDS con OR: 0,373 (0,249,0,558) y $p < 0,001$.

Tabla1. Análisis univariado

	Pacientes con INs por Górmes multirresistentes		P
	No N = 687	Si N = 356	
Edad	60.6 ± 14.5	61.7 ± 13.5	0.212
Sexo varón	444 (66.4)	240 (69.0)	0.402
APACHE II	20.0 ± 7.7	21.2 ± 7.4	0.013
DDS	638 (92.9)	295 (82.9)	< 0.001
Paciente Traumático	84 (12.2)	29 (8.2)	0.046
Paciente coronario	157 (22.9)	59 (16.6)	0.017
Cirugía urgente	168 (24.5)	86 (24.2)	0.925
Inmunosupresión	74 (10.8)	51 (14.4)	0.091
Neutropenia	21 (3.1)	20 (5.6)	0.043
NP	128 (18.6)	81 (22.8)	0.11
TRR	61 (8.9)	29 (8.2)	0.689
Desnutrición	255 (37.2)	155 (43.5)	0.046
Diabetes	62 (9.0)	50 (14.0)	0.013
Insuficiencia renal crónica	198 (28.8)	119 (33.4)	0.125
Cirrosis	101 (14.7)	55 (15.4)	0.748
Neoplasia	123 (17.9)	83 (23.3)	0.037
NAVM	222 (32.3)	148 (41.6)	0.003
BRC	251 (36.7)	132 (37.1)	0.903
Bacteriemia secundaria	142 (20.7)	115 (32.4)	< 0.001
Infección de orina	199 (29.0)	114 (32.1)	0.301
ATB 48 horas antes ingreso	177 (26.7)	108 (30.5)	0.202
EXITUS	216 (31.5)	146 (41.2)	0.002
ACINETOBACTER	0	29 (8.1)	< 0.001
SAMR	0	18 (5.1)	< 0.001
BLEES	0	239 (67.1)	< 0.001
PSEUDOMONAS MR	0	91 (25.6)	< 0.001
BGN MR	0	54 (15.2)	< 0.001
Tipo paciente			0.075
Médico	484 (70.4)	281 (79.2)	
Cirugía programada	84 (12.2)	35 (9.8)	
Cirugía urgente	109 (15.9)	39 (11.0)	
Respuesta inflamatoria			< .001
No sepsis	31 (4.5)	8 (2.2)	
Sepsis	132 (19.2)	47 (13.2)	
Shock séptico	524 (76.1)	391 (110.5)	
Días en UCI	29 (17.45)	44 (29.66)	< 0.001
Días en hospital previo UCI	1 (0.4)	1 (0.8)	0.068
GCS	15 (10.15)	15 (10.15)	0.063

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RQ). INs: infecciones nosocomiales; DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente; BLEE: betalactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacteriemia Gram Negativa multirresistente; GCS: Glasgow Coma Score

Conclusiones: EL 34,13% de nuestros pacientes con IN tuvieron IN por GMR. La DDS fue un factor protector independiente estadísticamente significativo de desarrollo de IN por GMR en nuestra UCI. También la bacteriemia secundaria fue factor independiente de GMR. Los más frecuentes fueron las enterobacterias BLEE y la *Pseudomonas* MR. Además, los pacientes con IN por GMR tuvieron mayor estancia y mortalidad en UCI.

059. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Canas Pérez I, Díez Urdiales E, Merino García PA, Sánchez Ballesteros J, Berezo García JA, Pérez Torres D y Tamayo Lomas LM

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir la epidemiología local de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y determinar qué factores de riesgo (FR) están asociados a la aparición de microorganismos multirresistentes (MR).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de casos y controles (casos: resultados positivos de aislamiento de MR en cribados de ingreso) de pacientes de una UCI de un Hospital de tercer nivel, en-

tre 2021-2023. Criterio de inclusión: > 18 años con cultivos al ingreso. Resultados descritos como media, mediana y porcentaje. Para variables continuas, pruebas t de Student o pruebas de Mann-Whitney y para las categóricas tablas de contingencia, pruebas de chi-cuadrado o pruebas exactas de Fisher. Regresión logística binomial con elaboración de modelos predictivos.

Resultados: 3.465 pacientes, 2.134 con criterios de inclusión, de los cuales, 332 (15,6%) presentaban MR al ingreso. Estratificando entre controles vs. casos, las características epidemiológicas fueron: edad 61,52 vs. 64,93 años ($p < 0,001$), días hasta ingreso en UCI 2,41 vs. 4,64 (p-valor 0,033), APACHE-II 17,42 vs. 20,18 ($p < 0,001$), Charlson 1,43 vs. 2,11 ($p < 0,001$), HTA 42,8 vs. 52,7% ($p < 0,001$), DM con daño orgánico 3,9 vs. 7,5% ($p < 0,003$), enfermedad vascular periférica 3,2 vs. 9,9 ($p < 0,001$), IBP 41,1 vs. 56,3% ($p < 0,001$). En los casos, el porcentaje de cultivos positivos para MR aumenta de forma exponencial: 21,4% en 2021, 28,9% en 2022 y 49,7% en 2023. De los casos, el 41,6% no presentaba FR para MR. Los FR más frecuentes: ingreso ≥ 5 días los 3 meses previos (44,6%), patología crónica con riesgo de MR (18,4%), portador de MR conocido (13,6%), institucionalización (9,9%). Localizaciones de aislamiento: frotis rectal (44,9%) y respiratorio (42,5%). Microorganismos más prevalentes: *E. coli* BLEE (31,9%), SAMR (16,9%) y *Stenotrophomonas maltophilia* (16,9%). Modelo de regresión logística: inmunodeprimido 1,56 (1,15-2,11) con $p < 0,01$, ATB al ingreso 1,30 (0,98-1,7319 con $p < 0,07$, mujer 0,83 (0,64-1,06) con $p < 0,14$, APACHE II 1,03 (1,02-1,05) con $p < 0,01$, procedencia planta quirúrgica 1,61 (1,04-2,47), $p < 0,03$; procedencia urgencias 1,04 (0,79-1,37), $p < 0,7$; IBP 1,55 (1,20-2), $p < 0,01$; días ingreso UCI 1,01 (0,99-1,02), $p < 0,06$.

Conclusiones: El 41,6% de los casos con MR no tienen FR. El 15,4% de la vigilancia al ingreso fue positiva para MR. Las muestras con más rendimiento para MR son las rectales y respiratorias. En nuestra muestra, inmunosupresión, ingreso en UCI desde planta quirúrgica, APACHE II e IBP se han asociado con la identificación de MR.

060. EVOLUCIÓN DE LA RATIO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI EN ESTOS ÚLTIMOS 15 AÑOS (ENVIN)

Lobo Palanco J¹, Nuvials Casals FJ², Álvarez Lerma F³, Catalán González M⁴, Gimeno Costa R⁵, Mas Bilbao N⁶, Gracia Arnillas MP³ y Martínez Alonso M⁷

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital del Mar, Barcelona. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁶Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁷Institut de Recerca Biomédica de Lleida, Lleida.

Objetivos: Analizar la ratio de BMR en pacientes críticos ingresados en UCI entre el año 2012-2024.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN completo entre los años 2012 y 2024. Se han identificados como BMR las incluidas en el manual del registro ENVIN. Las BMR se ha clasificado como presentes al ingreso en UCI (aisladas en las primeras 48 horas de ingreso en UCI) y como adquiridas en UCI (aisladas en muestras obtenidas a partir de las 48 horas de ingreso). Se ha calculado la ratio de BMR como el número de BMR adquiridas durante la estancia en UCI dividido por el número total de BMR. Una ratio de BMR > 0,5 indica alto riesgo de adquirir una BMR durante estancia en UCI.

Año	Pacientes	BMR totales	Previo	Durante	Ratio BMR
10	16.950	1.094	404	690	0,63
11	18.829	1.385	570	815	0,59
12	19.521	1.409	591	818	0,58
13	20.799	1.445	660	785	0,54
14	22.064	1.818	994	824	0,45
15	23.907	2.273	1.365	908	0,40
16	23.770	2.335	1.438	897	0,38
17	24.616	2.271	1.446	825	0,36
18	27.514	2.489	1.661	828	0,33
19	28.620	2.503	1.604	899	0,36
20	14.489	1.692	672	1.020	0,60
21	20.169	2.008	999	1.009	0,50
22	25.132	2.316	1.360	956	0,41
23	27.558	2.579	1.585	994	0,39
24	29.101	2.943	2.002	941	0,32

Resultados: Se han incluido 343.039 pacientes. En el siguiente gráfico se reflejan el número de pacientes incluidos, el número de BMR identificadas y su clasificación como previas o adquiridas durante la estancia en UCI, así como la ratio de BMR, durante los años analizados. Se constata que tras el inicio del proyecto Resistencia Zero (RZ), en el año 2014, se disminuye la ratio de BMR hasta valores < 0,5 (mayor número de BMR identificados al ingreso que durante el ingreso en UCI) que se mantiene hasta la pandemia COVID (años 2020 y 2021). Progresivo descenso posterior hasta valores menores que prepandemia.

Conclusiones: RZ consigue disminuir la ratio BMR hasta valores < 0,5. Importante aumento de la ratio durante la pandemia COVID, con progresivo descenso posterior hasta valores menores que prepandemia.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente DG/082/24.

061. RATIO EN UCI DE CADA BACTERIA MULTIRRESISTENTE REGISTRADA EN INFORMES ENVIN. EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 13 AÑOS

Lobo Palanco J¹, Álvarez Lerma F², Mas Bilbao N³, Catalán González M⁴, Gimeno Costa R⁵, Gracia Arnillas MP², Nuvials Casals FJ⁶ y Martínez Alonso M⁷

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Hospital del Mar, Barcelona.

³Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

⁶Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁷Institut de Recerca Biomédica de Lleida, Lleida.

Objetivos: Analizar la ratio de BMR (R-BMR) de cada bacteria multirresistente (BMR) registrada en el estudio ENVIN entre el año 2012-2024.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyen todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN entre los años 2012 y 2024. Se han identificado como BMR las incluidas en el manual del registro ENVIN. Se ha calculado el R-BMR como el número de BMR adquiridas durante la estancia en UCI dividido por el número total de BMR. Un R-BMR > 0,5 indica alto riesgo de adquirir una BMR durante estancia en UCI. Las BMR se clasifican como presentes al ingreso en UCI (aisladas en las primeras 48 horas de ingreso en UCI) y adquiridas en UCI (aisladas a partir de las 48 horas de ingreso).

Resultados: Se incluyen 343.039 pacientes. En esta tabla se refleja el R-BMR de cada BMR registrada durante los años analizados. Años implantación de Resistencia Zero: 2014-2015. Años pandemia COVID 2020-2021. En negrita y subrayado, celdas con un R-BMR > 0,5. Se constata que tras el inicio de RZ, se disminuye el R-BMR de todas las BMR hasta valores < 0,5, salvo la PA-MR. En la pandemia, aumentó la ratio de todos los BMR diagnosticándose más durante su ingreso salvo SARM. Progresivo descenso posterior de todos los valores. Durante todos los años, el SARM se diagnostica más al ingreso en UCI y la PA-MR más durante su ingreso.

	Acin R-IMP	BGN MR	E-BLEE	PA-MR	ERV	SARM	BGN-carbap
2012	0,77	0,63	0,58	0,65	0,44	0,36	0,61
2013	0,75	0,60	0,51	0,58	0,48	0,38	0,64
2014	0,70	0,51	0,43	0,57	0,27	0,21	0,58
2015	0,62	0,57	0,36	0,50	0,36	0,22	0,49
2016	0,65	0,44	0,33	0,52	0,39	0,19	0,59
2017	0,53	0,51	0,30	0,50	0,41	0,21	0,48
2018	0,49	0,43	0,28	0,50	0,39	0,20	0,44
2019	0,40	0,48	0,32	0,52	0,27	0,23	0,44
2020	0,84	0,66	0,52	0,74	0,59	0,41	0,80
2021	0,50	0,57	0,41	0,66	0,58	0,36	0,66
2022	0,56	0,60	0,31	0,63	0,35	0,24	0,57
2023	0,61	0,54	0,30	0,58	0,32	0,23	0,53
2024	0,44	0,47	0,24	0,53	0,27	0,19	0,47

Acin R-IMP: *Acinetobacter* spp R-impemem, BGN MR: BGN multirresistente; E-BLEE: enterobacteria-BLEE; PA-MR: *Pseudomonas* multirresistente; ERV: Enterococo resistente a vancomicina; BGN-carbap: BGN-carbapenemasa; SARM: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.

Conclusiones: RZ consigue disminuir el R-BMR hasta valores < 0,5 de todas las BMR salvo PA-MR. El SARM se aísla más al ingreso y la PA-MR

más durante el ingreso. Descenso progresivo post pandemia del R-BMR de todos los BMR.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente DG/082/24.

08:30-10:00 h

SALA C3+C4

PÓSTERES ORALES

MISCELÁNEA 1

Moderadores: Manuel Quintana Díaz, Hospital Universitario La Paz, Madrid/Susana Sancho Chiniesta, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

062. CONOCIMIENTO Y FORMACIÓN EN HABILIDADES NO TÉCNICAS DEL PERSONAL SANITARIO EN CUIDADOS INTENSIVOS

Chicote Álvarez E, Calvo Martínez A, Macías Pascual M, Monfort Lázaro E, Abril Victorino JM, Cervantes Marrodán E, Sáenz Pinillos A, Garrido Oñate J y Vázquez Lázaro FJ

Hospital San Pedro (C.H. San Pedro Hospital de La Rioja), La Rioja.

Objetivos: Las habilidades no técnicas son absolutamente fundamentales para la correcta atención al paciente crítico. Sin embargo, históricamente han estado relegadas por habilidades técnicas en la formación y aprendizaje de los profesionales que trabajan en el paciente crítico. La simulación clínica es una herramienta de aprendizaje muy útil para entrenar las habilidades del comportamiento humano. Se realizó una encuesta entre el personal del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) previa a la realización de un curso basado en la simulación clínica

donde se trabajaron habilidades no técnicas en el SMI. Posteriormente se realizó el curso e inmediatamente después los participantes rellenaron otra encuesta.

Métodos: Se realizaron nueve ediciones de simulación clínica a lo largo de 3 meses realizando el curso un total de 75 profesionales (16 médicos adjuntos, 3 médicos residentes, 35 enfermeras y 20 TCAE) Previo al desarrollo de la simulación el personal realizó una encuesta para valorar conocimiento y formación en habilidades no técnicas. A la finalización de la sesión completaron otra encuesta.

Resultados: Se completaron un total de 75 encuestas. Tan solo el 41,3% del total habían oído hablar alguna vez de las habilidades no técnicas. Entre los facultativos el porcentaje era 89,47%, entre enfermería del 31,42% y entre los TCAE el % era el 15%. Al pedir nombrar 3 habilidades no técnicas la media fue de 1,65 siendo “trabajo en equipo” y “comunicación” las más frecuentes. Ningún encuestado refirió “consciencia situacional”. Del total de 75 personas que realizaron el curso tan solo 6 (8%) habían recibido cursos previos sobre habilidades no técnicas usando la simulación clínica como herramienta. Todos los participantes (tras haber realizado el curso) valoraron la importancia de las habilidades no técnicas en su trabajo (atención del paciente crítico) con 9,61 puntos (sobre 10 puntos, considerado como muy importante)

Conclusiones: Las habilidades no técnicas son pilar fundamental en el manejo del paciente crítico y la simulación clínica es una herramienta que puede ser tremendamente útil para su práctica. Sin embargo, los resultados muestran que existe un desconocimiento de estas habilidades en el personal de UMI, en especial en enfermería y TCAEs. Creemos que se debe utilizar y potenciar la simulación clínica en el aprendizaje de estas habilidades para todo el personal de UMI.

063. ESTUDIO SYMEVECA FASE 2: VENTILACIONES SINCRONIZADAS CON COMPRESIONES EN PARADA CARDIACA MEJORAN LOS RESULTADOS

Hernández-Tejedor A, González Puebla V, Montero Hernández SI, Alonso Sánchez MM, De Castro Martínez MJ, Rodríguez Seco ML, Graña del Río MC, Moreno Jiménez A y Rincón de la Cruz J

Samur-Protección Civil, Madrid.

Objetivos: Global: comparar diferentes modos ventilatorios durante la reanimación cardiopulmonar incluyendo un grupo con ventilaciones sincronizadas con las cardiocompresiones. Se comparan la

Figura Póster 062

Categoría: FEA / Residente / Enfermería / TCAE	
Primera parte. Antes de iniciar el curso.	
1- ¿Ha oído hablar en alguna ocasión de las habilidades no técnicas?	
2- En caso afirmativo ¿podría nombrar 3 habilidades no técnicas?	
3- ¿Hasta ahora había realizado algún curso sobre habilidades no técnicas utilizando la simulación clínica como herramienta?	
4- En caso afirmativo ¿en qué contexto lo realizó?	
a. Estudios universitarios/formación	
b. Durante su trabajo	
c. En otro contexto:	
5- En caso afirmativo ¿aproximadamente en qué año recibió la formación?	
Segunda parte. Al finalizar el curso.	
6- Después de haber realizado el curso ¿considera que ha aprendido algo sobre las habilidades no técnicas?	
7- Del 1 al 10 ¿podría valorar la importancia que cree usted que tiene el uso de la simulación clínica para la formación en su trabajo? (1, nada importante...10 muy importante)	
8- ¿Cree que el enfoque que se ha dado a este curso para tratar estas habilidades ha sido correcto?	
9- ¿Considera que ha aprendido algo en este curso? 1: poco o nada. 2: bastante 3: mucho	
10- Del 1 (lo peor) al 10 (lo mejor) valore de manera global este curso.	
Gracias por su aportación.	

evolución clínica y gasométrica de los pacientes en parada cardiaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) según su modo ventilatorio (CCSV, IPPV o balón).

Métodos: Estudio cuasiexperimental pragmático sobre todos los pacientes en PCEH que persiste tres minutos después de la intubación precoz atendidos por un servicio de urgencias extrahospitalario durante 42 meses. Ventilación durante PCEH según disponibilidad con CCSV (tiempo inspiratorio 205 ms), IPPV (500 ml × 12 rpm) o balón de resucitación. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, presencia de primer interviniente, parámetros gasométricos 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia y evolución neurológica CPC. Variables cuantitativas como media ± desviación estándar, cualitativas como porcentaje. Análisis bivariable con técnicas paramétricas (t de Student y chi cuadrado) y multivariable con regresión logística binaria sobre las variables significativas en el análisis bivariable. SPSS 25. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

Resultados: De las 773 PCEH registradas (63,9% recuperan pulso, 24,3% CPC 1-2) se excluyen 252 por recuperación muy precoz (193), dificultad en vía aérea (54) o violación del protocolo (5). Mujeres 22,8%, edad 65 ± 16 años, ritmo desfibrilable 32,7%. Grupos según modo ventilatorio: 100 en CCSV, 145 en IPPV y 276 con balón. Sobre muestras venosas, el pH fue 7,01 ± 0,14 en los dos primeros grupos y 6,96 ± 0,15 en el grupo balón (p = 0,01). La pCO₂ fue 78,4 ± 30,1 en los dos primeros grupos y 86,0 ± 29,8 mmHg en el grupo balón (p < 0,05). En CCSV el volumen corriente medio fue de 150 ± 78 ml con una frecuencia de 101 ± 15 rpm y un volumen minuto administrado de 13,0 ± 4,4 l. La supervivencia con CPC 1-2 fue 16% en el grupo CCSV, 12,4% en IPPV y 9,4% con balón (p = 0,07 entre CCSV y balón). En la regresión logística solo el ritmo inicial desfibrilable demostró relación con supervivencia CPC 1-2 (OR 11 (5,4-22,2), p < 0,001), seguido por ventilación en CCSV (OR 1,7 (0,8-3,6), p = 0,15).

Conclusiones: La ventilación con respirador mecánico durante la PCEH mejora el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación. Existe una tendencia en el límite de la significación estadística a mejor evolución clínica con CCSV.

064. DESARROLLO DE APP MÓVIL: GUÍA DE CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Martín Cerezuela M¹, Pérez de Amezaga Tomás L², Pinto Ana DL³, Egües Lugea A⁴, Becerril Moreno F⁵, Domenech Moral L⁶, Albanell Fernández M⁷ y Ruiz Ramos J⁸

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Hospital Son Llàtzer, Illes Balears. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C.H. Gregorio Marañón), Madrid. ⁴Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ⁵Hospital Can Misses, Illes Balears. ⁶Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁷Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁸Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Diseñar e implementar una Guía de Conciliación Farmacoterapéutica en formato de app móvil para su uso en unidades de cuidados intensivos (UCI), proporcionando a los profesionales sanitarios una herramienta de apoyo en las decisiones clínicas durante el proceso de la conciliación de la medicación.

Métodos: Se creó un grupo de trabajo de farmacéuticos clínicos especializados en las áreas de urgencias y cuidados críticos para desarrollar el contenido científico de la aplicación. Se llevó a cabo una revisión de la literatura y se realizaron recomendaciones específicas para cada fármaco de acuerdo a los siguientes ítems: Momento de introducción del fármaco: ingreso en UCI, estabilidad hemodinámica, alta a planta. Vía de administración: adaptación a la situación clínica del paciente, recomendaciones para la administración por sonda nasogástrica/nasoyeyunal, biodisponibilidad entre formas farmacéuticas. Síndrome de abstinencia: sí/no. Fármaco peligroso: clasificación según lista NIOSH. Vigilancia: efectos adversos o parámetros clínicos a monitorizar. Interacción medicamentosa con fármacos específicos de la UCI. Consideraciones relacionadas con la edad: aspectos clínicos que deben valorarse al iniciar el tratamiento. Los fármacos se clasificaron por grupo terapéutico según el Sistema de Clasificación Anatómica Terapéutica Química (ATC). El software fue desarrollado por una empresa tecnológica externa.

Resultados: Se desarrolló una app de acceso libre para dispositivos móviles que ofrece un índice de medicamentos con información detallada sobre cronograma de reintroducción del fármaco, vía de adminis-

tración, monitorización y consideraciones específicas de cada fármaco, posible síndrome de retirada, interacciones y consideración de medicamento peligroso. Se incluyeron recomendaciones de 568 fármacos pertenecientes a 192 grupos farmacoterapéuticos. El contenido científico fue revisado por pares. La app está disponible para descarga gratuita en iOS y Android como "Guía de conciliación en pacientes críticos".

Conclusiones: El desarrollo de la app permitirá proporcionar a los profesionales sanitarios implicados en la farmacoterapia del paciente crítico una herramienta que sirva de apoyo en la toma de decisiones personalizadas y adaptadas a la situación clínica del paciente respecto al proceso de conciliación farmacoterapéutica en UCI. Su uso permitirá optimizar la seguridad del paciente, reducir posibles eventos adversos y mejorar la atención de los pacientes críticos.

Financiado por: SEFH/FEFH.

065. ¿HA CAMBIADO EL CURSO CLÍNICO DE LAS INTOXICACIONES EN UCI?

Márquez García A, López Pérez AB, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Serra Sánchez C, Marcos Gutiérrez A, Cañizares Ortiz P, Parra Morais L y Tejero Pedregosa A

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

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y de manejo de los pacientes ingresados por intoxicaciones en la UCI del Hospital Virgen de la Concha de Zamora.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados por intoxicaciones entre diciembre de 2022 y julio de 2024. Se analizaron las variables sociodemográficas, antecedentes, gravedad al ingreso, tipo de tóxicos e intervenciones realizadas, así como la estancia y supervivencia. Los resultados son medidas de tendencia central.

Resultados: Se incluyó a 48 pacientes que se distribuyen en 50% mujeres y 50% hombres con una edad media de 47,96 años (DE 18,58). La mayoría de los casos (39,58%) se presentó en pacientes de entre 46 y 65 años. El 68,75% de los pacientes tenía antecedentes psiquiátricos, siendo los más comunes la depresión (25%) y el síndrome ansioso-depresivo (10,4%). La media del APACHE II al ingreso fue de 10,98 (DE 5,84). La media del GSC al ingreso fue de 12,85 (DE 3,13) y un 18,8% de la población tenían valores inferiores a 9. El tóxico más frecuente fueron las BZD, (62,8% de los casos) y en el 50% de los casos acompañadas de otro tóxico (OH, antidepresivos). La estancia media en la UCI fue de 1,85 días, siendo la estancia hospitalaria de 7,56 días. El uso de lavado gástrico o carbón activado solo se aplicó en el 35,42% de los casos, lo que sugiere una consulta tardía, posiblemente relacionada con la intención autolítica. El 10,4% de los pacientes requirió ventilación mecánica invasiva, con una duración media de 2 días. Ningún paciente falleció.

Conclusiones: Se observó una mayor incidencia en pacientes de edad media, con una disminución en los extremos etarios. Las intoxicaciones están fuertemente asociadas con trastornos psiquiátricos y el tóxico más frecuente son las BZD usadas para el tratamiento habitual de las patologías psiquiátricas. La mayoría de los pacientes tuvo una gravedad leve a moderada, pero existió un subgrupo con riesgo vital importante. Ha cambiado el contexto de las intoxicaciones con respecto a años anteriores principalmente por el uso de tóxicos menos lesivos, presentando una evolución clínica más favorable.

066. EVALUACIÓN DE VALIDEZ DE LAS CÁMARAS TERMÓGRAFICAS EN PACIENTES CRÍTICOS: CONCORDANCIA Y UTILIDAD CLÍNICA. TERMOCAMUCI-1

Lafuente Carrasco JL¹, Avilés Álvarez E¹, González López S², Castillo Varón AI³, Iglesias Álvarez C¹, Ortega Expósito N², Pardo Lucas I², Acosta Montaña J², Beunza Nuin JJ¹ y Oñoro Cañaveral JJ²

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

Objetivos: Evaluar la concordancia entre mediciones de temperatura obtenidas por cámara termográfica y termómetros de contacto en pacientes críticos. Analizar la sensibilidad y especificidad de las cámaras para detectar fiebre e hipotermia, describir patrones, curvas térmicas y validar la adecuación de las mediciones térmicas regionales.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo. Las cámaras térmicas utilizadas fueron SF-HANDHELD-80TA05. Se midió la temperatura del paciente mediante imagen termográfica cada minuto. Las mediciones se compararon con las realizadas por medio de termómetros de contacto en axila cada 8 horas. Las temperaturas axilares fueron consideradas como *gold standard*. Se calculó el coeficiente de correlación intraclass (ICC) para evaluar la concordancia y se determinaron sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) para fiebre e hipotermia. Las imágenes fueron clasificadas por los autores para determinar si la temperatura registrada por la cámara provenía del paciente.

Resultados: Se reclutaron un total de 33 pacientes ingresados en UCI en un box que disponía de cámara termográfica en funcionamiento. Se registraron más de 10.000 mediciones por cámara termográfica y 110 mediciones por termómetro de contacto. El 97,9% de las mediciones de temperatura por la imagen térmica eran correctamente tomadas del paciente. No se observó concordancia significativa entre las temperaturas medidas por ambos métodos (ICC cercano a 0). La sensibilidad de las cámaras para detectar fiebre fue del 1,4%, con una especificidad del 91,5%, un VPP del 20% y un VPN del 38,1%. No se detectaron casos de hipotermia. Debido a la ausencia de concordancia, no se procedió al análisis de patrones y curvas térmicas.

Conclusiones: Las cámaras termográficas utilizadas para este estudio presentan limitaciones significativas en la monitorización de temperatura en pacientes críticos sin que exista concordancia con la temperatura axilar. Aunque ofrecen ventajas potenciales, como mediciones no invasivas, datos continuos y el anonimato de la imagen, que no permite la identificación del paciente; es necesario optimizar el hardware, implementar algoritmos avanzados y realizar estudios multicéntricos para validar su aplicación clínica.

067. REGISTRO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI A CONSECUENCIA DE LAS INUNDACIONES PRODUCIDAS EN OCTUBRE 2024 EN VALENCIA

Martín R¹, Sancho E¹, Zaragoza R², Carrasco C³, Abejaro B¹ y Ramírez P¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia. ³Hospital de Manises, Valencia.

Objetivos: El 29/10/2024 se produjo una súbita e intensa inundación en 75 municipios de Valencia. El impacto del agua, el lodo y los elementos arrastrados produjo una catástrofe humana con más de 220 fallecidos inmediatos. Además, las circunstancias posteriores al evento favorecieron la génesis de víctimas secundarias. En este registro recuperamos los datos de los pacientes que requirieron ingreso en UCI como consecuencia de la catástrofe.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico que integró datos de 9 UCI de Valencia. Se incluyeron todos los casos consecutivos desde el 29/10 hasta el 29/11 2024. Definiciones: víctima primaria: producida por el daño directo del impacto del agua, lodo u objetos arrastrados; víctima secundaria: producida por circunstancias relacionadas con el evento. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas en mediana e intercuartiles.

Resultados: Solo 3 UCI registraron casos y 26 fueron los pacientes incluidos (edad 60 años [25-80]. El 84,6% tenía algún tipo de enfermedad crónica. Solo el 50% de los pacientes fueron trasladados al hospital en ambulancia medicalizada. Tres casos fueron primarios (11,5%): dos politraumatismos y un casi-ahogado; en todos ellos se asoció un retraso en el traslado y ninguno falleció. El resto (23, 88,4%) fueron víctimas secundarias: 15 (65,2%) ocasionadas por patología usual agravada por la dificultad en el acceso al hospital o a la medicación habitual (8 (53,3% fueron síndrome coronarios agudos, dos de ellos en parada cardiorrespiratoria), 2 (8,6%) ocasionados por traumatismos tardíos, y 5 (21,7%) por infecciones relacionadas con el evento (2 leptospirosis, 2 salmonelosis y 1 caso de fascitis necrotizante). Cuatro víctimas secundarias fallecieron (17,3%).

Conclusiones: La intensidad de la catástrofe fue de tal envergadura que el número de víctimas primarias que alcanzaron el hospital en relación con el número de fallecidos inmediatos fue relativamente bajo. A pesar de las condiciones locales tras la catástrofe y las dificultades en los accesos, el número de víctimas secundarias también fue relativamente bajo y con una mortalidad usual en la población crítica.

068. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DERIVADOS DEL USO DE ANTÍDOTOS EN INTOXICACIONES AGUDAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MADRID

Castrillo Cortecedo L, Nieto García J, Hernández Temprano M, Núñez Reiz A, García Pacios V, Moro Punset C, Yordanov V, Alonso Martínez P, Martínez Sagasti F y Domingo Marín S

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Las intoxicaciones agudas son una causa relevante de ingreso en UCI en España, con impacto en morbilidad y recursos. Aunque naloxona y flumazenilo se usaron tradicionalmente en el manejo inicial de coma de origen tóxico, estudios recientes cuestionan su eficacia y seguridad. Este trabajo analiza su uso durante 8 años, evaluando su relación con la necesidad de intubación orotraqueal (IOT) y complicaciones respiratorias.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en la UCI del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) entre 2016 y 2024. Se recopilaron datos demográficos y clínicos de pacientes con diagnóstico de "intoxicación"; y se analizaron con estadística descriptiva usando el *software* R.

Resultados: De los 301 pacientes incluidos, el 65,8% fueron hombres, con una media de edad de 43,1 años (DE $\pm$ 17). Las sustancias más implicadas fueron alcohol (30,5%), benzodiazepinas (23,9%), y GHB (20%), mientras que los opiáceos representan el 3%. El 49,9% fueron poliintoxicaciones. El 92% de los pacientes presentaron afectación del nivel de consciencia (GCS < 14), y el 65,1% GCS < 8. De estos últimos, el 46,7% recibió algún antídoto, siendo la combinación de naloxona y flumazenilo lo más común (63,4%), seguida del uso aislado de flumazenilo (26,8%) y naloxona (8,9%). Solo el 26% de los pacientes tratados con flumazenilo y el 2,3% de los tratados con naloxona tenían indicación específica para su uso. La IOT fue necesaria en el 79,4% de los casos, realizándose el 65,3% en el medio extrahospitalario. En los pacientes en coma, las tasas de IOT fueron similares entre quienes recibieron antídotos (95%) y quienes no (97,1%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,24$). En cuanto a complicaciones, la broncoaspiración fue la más frecuente (25,6%), con una incidencia mayor entre los pacientes en coma (30,6%). Los tratados con antídotos presentaron broncoaspiración en el 28,2% de los casos, comparado con el 32,7% de los no tratados, sin significación estadística ($p = 0,23$).

Conclusiones: En conclusión, los resultados obtenidos refuerzan la evidencia actual de que el uso empírico de naloxona y flumazenilo no produce una reducción significativa en la necesidad de intubación ni en las complicaciones respiratorias asociadas, lo que justifica su desuso rutinario en el manejo de pacientes en coma de etiología desconocida. La alta prevalencia de poliintoxicaciones y de sustancias como el alcohol y GHB destacan la complejidad de estos pacientes y subrayan la necesidad de enfoques clínicos más personalizados e integrales en la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos.

069. CODITOX: NUEVO PARADIGMA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE INTOXICADO GRAVE

Navascués Sacristán C¹, González Londoño J², Fera Gil R², Pechkova Pechkova M², López Alabert M² y Gispert Ametller MA¹

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Hospital Santa Caterina de Salt, Girona.

Objetivos: En los últimos años, se ha registrado un incremento en la incidencia de intoxicaciones agudas en España. A raíz de ello, la provincia de Girona creó el proyecto CODITOX (CTX) que busca mejorar la asistencia inicial y la derivación del paciente intoxicado. El objetivo de este estudio es comparar los resultados entre los pacientes ingresados a través de la activación del CTX y aquellos en los cuales no se activó.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo observacional comparativo entre pacientes ingresados tras activación de código, y aquellos que ingresaron sin su activación (nCTX). Se incluyeron 28 pacientes intoxicados, ingresados en una UCI de un hospital de segundo nivel durante el periodo de enero a diciembre de 2024. Se registraron datos demográficos, índices de gravedad, complicaciones, morbilidad, estancia en UCI y estancia hospitalaria. Se realizó el análisis comparativo mediante el cálculo de medias, medianas, promedios y porcentaje de incidencia del total de pacientes.

Resultados: Se registran un total de 13 pacientes que ingresan como CTX, respecto a 16 que ingresan sin activación. De ellos el 41% son hombres, con una edad media de 50 años (± 17). Respecto a los hábitos tóxicos el 41% son fumadores y el 33% presentan consumo de cocaína y enol. El 100% de CTX tenían antecedentes psiquiátricos, vs. el 85% de nCTX. Respecto a gravedad y complicaciones durante el ingreso, el 75% de CTX requirió intubación, versus un 87% en los nCTX. Únicamente 1 paciente requirió de terapia de sustitución renal entre CTX, vs. el 4 de nCTX. La mortalidad fue del 8% en CTX y del 12,5% en nCTX. Respecto a la estancia promedio en UCI fue de 4 días (± 4) en CTX y de 8 en nCTX (± 14).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes atendidos a través de la activación del CTX, presentaron menor tasa de intubación, menor estancia en UCI y menor mortalidad. A pesar del tamaño de la muestra, consideramos que la implementación del CTX condiciona una asistencia dirigida precoz que tiene como resultado un menor tiempo de llegada y una actuación temprana por parte de las unidades de críticos, lo cual supone una mejoría palpable en la atención al paciente intoxicado.

070. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

García Arjona R, Doña Moyano M, Marcote Denis B, Palomares Nova G y García Olmedo J

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir características, evolución y resultados de los pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria (PCR) en nuestro centro desde enero de 2022 a diciembre de 2024.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes que se han valorado tras activar el código PCR; así como análisis de la evolución y supervivencia de aquellos que ingresan en UCI. Las variables analizadas fueron sociodemográficas; inherentes a la PCR; asociadas a las maniobras de reanimación (RCP); y los resultados clínicos.

Resultados: Se activó al equipo de PCR un total de 112 veces. De estos, 49,1% ingresaron en UCI; el 23,2% falleció previo al ingreso; en 20,5% se estableció limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y 6,25% no precisaban ingreso. En relación con los ingresados, el 72,7% eran hombres y las restantes mujeres; con mediana de edad de 69 años (rango intercuartílico [RI] 15). La PCR fue extrahospitalaria en 47,3%; en Urgencias 23,6% y hospitalización 21,8%. Dado que 92,7% fueron presenciadas, el tiempo hasta el inicio de maniobras básicas fue de mediana 1 minuto (RI = 0). El ritmo de PCR fue 41,8% asistolia; 19,5% actividad eléctrica sin pulso; 36,4% fibrilación ventricular y 1,8% taquicardia ventricular. La mediana de tiempo de PCR fue 11,5 (RI = 21) y media 15,63 (DE $\pm 13,47$). La etiología fue 56,6% de origen cardíaco; 16,4% respiratorio y 16,4% metabólica; y 5,7% neurológica. En el subgrupo de cardíaca, en 63,3% se realizó cateterismo y el 80% presentaban lesiones coronarias; 23,7% presentaron shock cardiogénico y el 20% precisó marcapasos. El 29,1% sufrieron encefalopatía anóxica y 27,3% otro grado de daño cerebral adquirido. La mortalidad en UCI fue de 61,8% (50% en las primeras 24 h y 63,6% tras LET). Posteriormente, 4 pacientes fallecieron en planta siendo la supervivencia a domicilio 30,9% mantenida a los 6 y 12 meses. El Rankin al alta fue de 6 puntos (RI = 3) y Glasgow Outcome Scale mediana de 1 punto (RI = 3).

Conclusiones: Nuestros resultados se ajustan a los resultados generales en relación con el manejo y los resultados de la PCR. Se seguirá trabajando con los protocolos hospitalarios actualizados en busca de la continua mejora acerca de los mismos.

071. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TRAUMA GRAVE EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

García Olmedo J, Fortet Cortés D, Marcote Denis B y Doña Moyano M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir características, evolución y resultados de los pacientes ingresados por trauma grave desde enero de 2023 a diciembre de 2024.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron variables sociodemográficas; características del trauma; evolución y resultados clínicos.

Resultados: Ingresaron 20 pacientes (85% hombres, edad mediana 44,5 y rango intercuartílico [RI] de 22). El 35% fueron accidentes de motocicleta; 20% coche; 20% precipitados; 10% bicicleta; 5% atropellos, 5% agresiones y 5% caídas. En la atención inicial el 85% portaban collarín rígido; el 70% recibió suero terapia intensiva; 50% noradrenalina y 45% ácido tranexámico. El 40% presentó shock hemorrágico, pero solo uno hemorragia externa. El 35% precisaron intubación orotraqueal por deterioro del nivel de conciencia. El GCS inicial fue de mediana 14 puntos y RI = 5. Al 50% se le realizó TC craneal, de ellos 46,7% presentaban TCE grave, 6,7% moderado y 6,7% leve. El GCS a las 24 h fue de mediana 15 puntos (RI = 11). El 80% presentaba trauma torácico (75% fracturas costales; 25% con volet; 68,8% neumotórax; 81,3% contusiones pulmonares; y 18,8% hemorragia pulmonar). El 43,8% precisaron drenaje pleural y uno cirugía. El 75% presentaba trauma abdominal (33,3% hepático y 73,3% esplénico); el 37,5% de ellos precisaron cirugía; y uno requirió embolización urgente. El 55% presentó trauma raquídeo, pero ninguno lesión medular. El 25% sufrió fractura de pelvis (de ellos el 66,7% precisó cirugía); 20% fractura de huesos largos (de los cuales 67,7% se intervinieron) y 5% fractura de cadera no quirúrgica. La mediana del Trauma Score Revisado fue 11 puntos (RI = 3); el ISS 25 puntos con (RI = 18); y el APACHE-II 12,5 puntos (RI = 13,5). La supervivencia en UCI y a 6 meses fue 95% con mediana de Rankin al alta de 0 y RI = 1.

Conclusiones: En el contexto de nuestro centro y las características de los pacientes, la morbilidad a los 6 meses fue baja. Se precisa ampliar el estudio para obtener resultados más concluyentes.

072. SOSPECHAR LA INTOXICACIÓN DE METANOL ES CLAVE PARA SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Agudelo Giraldo V, Lores Obradors A, Corral Ansa L, Huguet Briva M, Marco Mula D, Fabregat Raventos M y Benjumea Rodríguez A

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Describir la presentación clínica, características y el tratamiento de los pacientes intoxicados por metanol ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Bellvitge (HUB).

Métodos: Serie prospectiva de 5 pacientes intoxicados por metanol ingresados en la UCI del HUB entre el 01/01/2021 y 31/01/2025. Se recogieron datos demográficos, constantes vitales y datos del estado neurológico al ingreso en UCI, gasometría arterial inicial, anión GAP y GAP osmótico, así como niveles de metanol al ingreso y tratamiento específico recibido.

Resultados: En la tabla se muestran las características; todos hombres, el motivo de consulta fue disminución de nivel de consciencia en 4/5 pacientes, con tomografía computarizada sin contraste (TC) inicial sin lesiones isquémicas ni hemorrágicas, 1/5 presentó crisis convulsivas al ingreso, 4/5 se encontraban hemodinámicamente estables y todos presentaron al ingreso acidosis metabólica severa con anión GAP y GAP osmótico elevados. Solo en uno se informó de posible ingesta de metanol (disolvente industrial) y en los otros 4 no constaba posible ingesta de tóxicos, pero por la clínica y analítica se sospechó y se solicitaron niveles de metanol siendo elevados. Todos recibieron como antídoto específico etanol absoluto y hemodiálisis. Dos evolucionaron a muerte encefálica a las 24-48 h, 2 presentaron neuropatía óptica bilateral con ceguera total y el otro no presentó secuelas neurológicas mayores al alta a domicilio. En los pacientes que fallecieron se sospechó una mayor dosis de metanol, se evidenció un mayor tiempo de evolución de la intoxicación y un mayor retraso diagnóstico en comparación con los pacientes que sobrevivieron.

Conclusiones: Para el diagnóstico de la intoxicación por metanol se requiere una alta sospecha clínica si en la anamnesis no se ha informado su posible ingesta; especialmente en los pacientes con disminución de nivel de consciencia (sin lesiones en la TC), acidosis metabólica grave y estabilidad hemodinámica, sin clara causa séptica, cardíaca o hipovolémica. Esto nos debe llevar al cálculo del anión GAP y GAP osmótico y solicitar niveles en sangre de metanol. Si el anión GAP y GAP osmótico es elevado se debe de iniciar precozmente el antídoto específico y hemodiálisis para reducir el riesgo de secuelas neurológicas graves y/o muerte.

Figura Póster 072

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	76	30	49	51	44
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Enolismo	No	No	Si	Si	Si
MC*	Disminución de nivel de conciencia	Disminución de nivel de conciencia	Disminución de nivel de conciencia	Alteración visual	Disminución de nivel de conciencia
Tiempo** (Horas)	2	17	10	6	4
Presión arterial al ingreso	156/80	120/80	60/40	130/80	110/70
Frecuencia cardíaca	75lpm	80lpm	56rpm	80lpm	91lpm
Frecuencia respiratoria	18rpm	22rpm	10rpm	20rpm	25rpm
Saturación de oxígeno	100 %	98 %	98 %	98 %	99 %
GCS***	3	3	5	7	3
Pupilas	Midriáticas reactivas	Isocóricas areactivas	Midriáticas areactivas	Isocóricas reactivas	Midriáticas areactivas
Focalidad neurológica	Coma	Coma-Crisis convulsivas	Coma	Coma	Coma
pH	7.28	6.8	6.9	7.06	6.8
CO2 (mmHg)	42	43	41	45	38
Bicarbonato (mEq/L)	19	12	9	12	10
PaO2 (mmHg)	208	342	100	240	254
Exceso de base (mmol/l)	-6.8	-14	-20	-17	-18
Lactato (mmol/l)	6	18	10	3.6	14
Anión GAP (meq/l)	17	38	36	41	44
Osmolaridad medida/calculada (mOsm/kg)	322/294	353/320	488/294	442/340	495/295
Osmol GAP inicial (mOsm/kg)	28	33	194	102	200
Niveles de metanol (VN <0.1g/l)	<0.1g/l	1.24g/l	4.25g/l	3g/l	4.6g/l
TC Craneal al ingreso	Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones	Sin alteraciones
Antídoto utilizado	Etanol absoluto	Etanol absoluto	Etanol absoluto	Etanol absoluto	Etanol absoluto
Hemodiálisis	Si	Si	Si	Si	Si
Complicaciones durante ingreso en UCI	No	Muerte encefálica	Muerte encefálica	Traqueobronquitis	No
Días ingreso UCI/ Hospitalización	3/5	1/1	3/3	10/29	4/11
Secuelas	Ninguna	No aplica	No aplica	Ceguera bilateral	Ceguera bilateral
Muerte	No	Si	Si	No	No

*MC: Motivo de consulta

**Tiempo desde aviso al servicio de emergencias hasta que se realiza sospecha de intoxicación

***Glasgow Coma Score

073. INTOXICACIONES Y SUS COMPLICACIONES EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fabregat Raventós M, Lores Obrados A, Agudelo Giraldo VJ, López Pérez G, Marco Mula D y Corral Ansa L

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes intoxicados ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes intoxicados ingresados en UCI de un hospital de 3º nivel del área metropolitana sur de Barcelona. Se recogen variables demográficas, características de la intoxicación, tratamiento, mortalidad y estancias hospitalarias. Análisis estadístico: variables cuantitativas con medias o medianas según distribución y ca-

tegóricas mediante porcentajes. Se comparan medias o medianas mediante t de Student o pruebas no paramétricas y chi cuadrado para proporciones (significativo $p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 223 pacientes intoxicados entre 2015-2024. Edad media: 48 años (DE 16), 58% hombres. Antecedentes: psiquiátricos 69%, intentos autolíticos previos 37%, adicciones 34% y enolismo 34%. Intención: autolítica 49%, accidental 19%, recreativa 15% y desconocida 17%. Tipo de intoxicación: medicamentosa 66%, drogas de abuso 24% y productos domésticos 8%. Se asoció un 2º tóxico en un 42%, y en algunos casos hasta 5 tóxicos. Tóxicos más frecuentes: benzodiazepinas 38%, etanol 23%, antidepresivos 15%, antipsicóticos 15% y cocaína 14%. Al ingreso presentaron: hipotensión 50%, paro cardiorrespiratorio (PCR) 8%, insuficiencia respiratoria 38%, coma 66%, acidosis metabólica 49% e insuficiencia renal 26%. Precizaron intubación 80%, ventilación

mecánica no invasiva (VMNI) 7% y noradrenalina (NA) 40%. Se realizó lavado gástrico en 13% y carbón activado en 25%. Para eliminar el tóxico técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) en un 9% y como soporte 15%. La estancia mediana en UCI: 2 días (1,5-5) y en el hospital: 7 días (4-13). Al alta, el 75% fue visitado por psiquiatría. Mortalidad: 11% en UCI y 14% al alta hospitalaria. La mortalidad de UCI fue mayor si presentaron PCR, arritmias, necesidad de noradrenalina, insuficiencia respiratoria con $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$, alteraciones pupilares, acidosis metabólica, insuficiencia renal y necesidad de TCRR.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en nuestra UCI por intoxicación presentan alta complejidad, con uso de múltiples tóxicos y PCR hasta un 8%. Requiriendo la mayoría intubación y un 40% soporte con NA. Las intoxicaciones más comunes fueron medicamentosas en pacientes con antecedentes psiquiátricos, lo que subraya la importancia de estrategias de prevención y seguimiento continuo en este grupo vulnerable.

074. ALTA ACTIVIDAD DE ONDAS LENTAS Y SUEÑO PROFUNDO EN LA UCI: ANÁLISIS ESPECTRAL DE LAS GRABACIONES DE EEG

Heraud Q¹, Frat J², Coudroy R², Melone M¹, Rault C², Thille AW² y Drouot X¹

¹IRB Lleida, Lleida. ²CHU de Poitiers, Poitiers, Francia.

Objetivos: El análisis del sueño en la UCI es complejo, pero puede ser automatizado con un algoritmo. El análisis espectral de la banda 1 Hz hasta 4 Hz permite identificar alta actividad de ondas lentas reflejo del sueño profundo. El objetivo fue validar una combinación de análisis automática y análisis espectral para cuantificar el sueño profundo de pacientes en UCI.

Métodos: Las grabaciones de EEG de 60 pacientes adquiridos con un micropolisomnógrafo (SleepScan SomnoEngineering France) en la UCI fueron analizadas (NCT:05963672). Estos 60 pacientes fueron mayores y aceptaron. No tuvieron sedación desde más de 24 horas, sin tratamiento que modifica el sueño o el EEG, un RASS entre -2 y +1, y sin patología psiquiátrica o del sistema nervioso central. Las grabaciones EEG fueron descargadas al formato edf del dispositivo SleepScan hasta un ordenador. Cada grabación se puntuó como vigilia o sueño en épocas de 30 s. Las épocas de sueño estuvieron recogidas para análisis espectral. El análisis espectral de cada traza se realizó por épocas en el espectro de frecuencia de 1 hasta 30 Hz gracias al logicial EDF browser. La amplitud en μV de la banda de frecuencia de 1 hasta 4 Hz corresponde a la actividad de ondas lentas. Definimos una época con más de 75% de actividad de ondas lentas como una época de alta actividad de ondas lentas correspondiente al sueño profundo. El número de estas épocas detectadas por análisis automático se correlacionó con el número de épocas puntuadas N3 por un médico experto.

Resultados: El número de épocas de alta actividad de ondas lentas calculado automáticamente para cada grabación se correlacionó significativamente con la cantidad de N3 puntuado por un médico. Correlación de Spearman: $p < 0,0001$ y $\text{Rho} = 0,68$. La extracción de los datos para análisis *post hoc* en un logicial independiente se hace como definido por el fabricante del SleepScan y dura solo algunos minutos. El análisis espectral con EDF Browser se pasa sin dificultad debido al formato edf de los datos. Estos resultados indican que la combinación del análisis automático del sueño y el análisis espectral da un resultado muy próximo a la puntuación de un experto.

Conclusiones: El cálculo automático del número de épocas de alta actividad de ondas lentas, como lo hemos definido, parece un indicador interesante y eficiente para estimar la cantidad de sueño N3 presente durante los episodios de sueño de los pacientes de la UCI.

075. INTOXICACIONES GRAVES EN MADRID: 8 AÑOS DE APRENDIZAJE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Castrillo Cortecedo L, Hernández Temprano M, Nieto García J, Prieto Cabrera A, Delgado Pascual A, García-Perrote SC, Calle Romero M, Núñez Reiz A, Martínez Sagasti F y Domingo Marín S

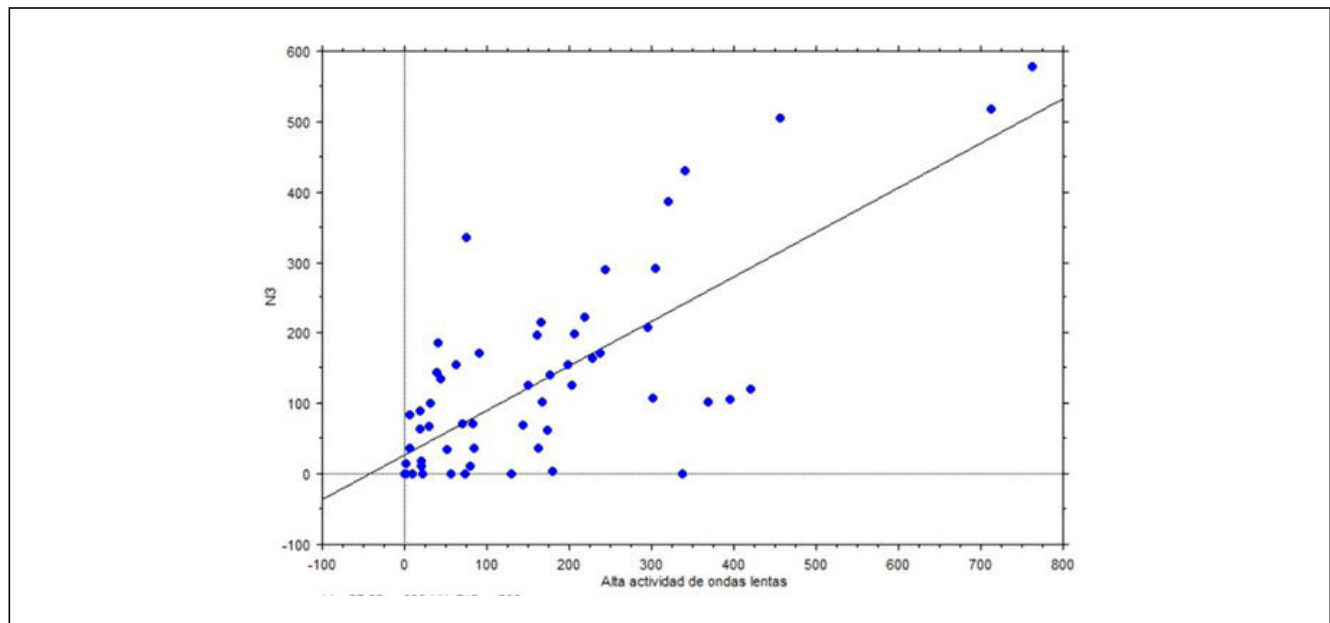
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Las intoxicaciones son un problema global, agravado por nuevas sustancias que incrementan las consultas hospitalarias. Los casos graves requieren ingreso en UCI y procedimientos invasivos, afectando los recursos. Sin embargo, hay escasa información sobre las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes. Nuestro objetivo es analizar los pacientes ingresados en UCI por intoxicaciones durante 8 años, explorando tendencias en el consumo de sustancias y patrones emergentes.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, con datos de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) entre 2016 y 2024 con diagnóstico de Intoxicación. Se incluyen variables demográficas y clínicas. El análisis estadístico se realizó con el software R, utilizando estadística descriptiva y pruebas de chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados: Analizamos 301 pacientes (65,8% hombres, media de 43,1 años). Las sustancias más usadas fueron OH (30%), BDZ (24%), GHB (21%) y neurolepticos (14,6%). El 47,2% de los episodios fueron recreativos, 41,3% autolíticos y el resto accidentales. Las poliintoxicaciones fueron el 46,7%, y la vía más común fue la oral (86,7%). El 8% de los pacientes que acudieron a Urgencias por intoxicación ingresaron en UCI: un 65,4% por coma, 12,3% por vigilancia/tóxicos letales; 4,7% por insuficiencia respiratoria grave. La ventilación mecánica invasiva (79,4%) duró de media 1,6 días. Las complicaciones más frecuentes fueron me-

Figura 1 Póster 074



tabólicas (30%), broncoaspiración (25,6%) e hipo-TA (19,3%). Mortalidad en UCI del 2,3%. El tóxico varía según el sexo: GHB, cocaína y drogas de diseño son más frecuentes en hombres, y BDZ, antidepresivos y neurolepticos en mujeres ($p < 0,001$). Destaca el uso de GHB en hombres (98,1%). Así, casos autolíticos predominan en mujeres (58%) y en hombres los recreativos (86,7%) ($p < 0,001$). El consumo de GHB aumentó del 18% al 25% respecto a 2020, pero no es significativo. La edad media varía según el tipo de episodio siendo mayor en intoxicaciones accidentales (55,1 años) y menor en recreativas (36) ($p < 0,001$). Además, cocaína (100%) y GHB (97%) están presentes casi únicamente en < 50 años, mientras que las BDZ y los neurolepticos tienen distribuciones homogéneas (42,3 y 56,8%).

Conclusiones: El estudio resalta la importancia de comprender las características poblacionales de las intoxicaciones. Se observa un aumento de intoxicaciones lúdicas y consumo de drogas recreativas, con diferencias según sexo y edad. No obstante, es necesario realizar más investigaciones para validar estos resultados y analizar los nuevos patrones.

08:30-10:00 h

SALA C6+C7

PÓSTERES ORALES

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 1

Moderadores: Antonio Núñez Réiz, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid/
María Bodí Saera, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

076. FRAGILIDAD, PREVALENCIA EN NUESTRAS UCI Y CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PACIENTES FRÁGILES

Dólera Moreno C

Hospital Universitario de San Juan, Alicante

Objetivos: Determinar la prevalencia de fragilidad referentes a una población de pacientes que ingresaron de forma consecutiva en siete UCI de nuestro país.

Métodos: Estudio de cohorte formada por la muestra de todos los pacientes que ingresaron de forma consecutiva en siete UCI de nuestro país desde enero del 2019 a enero del 2020. Esta población se reclutó en el contexto de un estudio de validación externa de un score de mortalidad y en todos los pacientes se evaluó de forma retrospectiva, a los datos previamente recolectados de forma prospectiva, la presencia de fragilidad definida según los criterios de la CSHA (Canadian Study of Health and Aging).

Resultados: La prevalencia de fragilidad de los 4.512 pacientes de la muestra, fue del 15%. Las poblaciones de los pacientes con y sin criterios de fragilidad son claramente diferentes en todos los factores considerados en el estudio (sexo, edad, ventilación mecánica, sepsis, inotrópicos, ingreso médico, ingreso cardiológico y mortalidad), salvo en el origen médico de los pacientes. Los pacientes frágiles/prefrágiles tienen más edad, mayor prevalencia de sexo femenino, más probabilidad de presentar sepsis, mayor consumo de recursos en forma de perfusión de inotrópicos o de ventilación mecánica y mayor mortalidad intra-UCI por todas las

causas. La mortalidad global por todas las causas es del 23,78%. La regresión logística no condicionada utilizando la mortalidad por todas las causas como variable dependiente establece el peso de la fragilidad como factor pronóstico de mortalidad intra-UCI OR 1,63 (1,36-1,97) $p < 0,0000$ y es claramente superior al de la edad, OR 1,02 (1,01-1,03) $p < 0,0000$. Se analizaron también las diferencias entre pacientes frágiles y prefrágiles, si bien este análisis está lastrado por el hecho de que el grupo con fragilidad solo contiene 61 pacientes y en consecuencia la probabilidad de cometer error tipo I no puede ser ignorada. Teniendo en cuenta esta premisa, los pacientes frágiles presentan como rasgo diferencial, un mayor porcentaje de sepsis, OR 1,86 (1,09-3,15), $p < 0,02$.

Conclusiones: El ingreso de pacientes con fragilidad en nuestras UCI es un hecho innegable y frecuente. Es razonable suponer que la prevalencia actual irá en aumento en consonancia con un mayor envejecimiento de la población. Es obvio que la presencia de fragilidad no puede constituir un elemento de exclusión de ingreso, pero hay que tener en cuenta que la prevalencia en crecimiento de esta población tiene implicaciones pronósticas individuales y condiciona mayor consumo de recursos terapéuticos, factores a considerar en la planificación presente y futura de nuestras UCI.

077. ÍNDICE DE EXPOSICIÓN OCUPACIONAL AL ISOFLURANO DURANTE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN UNA UCI POLIVALENTE

Torrado Santos H, Cárdenas Campos P, González López C, Montoya Pérez A, Via Clavero G, López Poveda J, Ferrando Monleon E, Farrero Bayarri E y Justel R

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Determinar las concentraciones ambientales de isoflurano en los boxes de pacientes en tratamiento con sedación inhalatoria y comprobar si el índice de exposición ocupacional se mantiene en los márgenes de seguridad recomendados con el uso rutinario de sedación inhalada.

Métodos: Se determinó la concentración de isoflurano mediante cromatografía de gases en 3 ocasiones: al inicio de la instauración de la terapia, un año y un año y medio después. Las muestras se obtuvieron en las ubicaciones más desfavorables donde podrían existir fugas de gas: próximo a la zona de inducción del paciente y en los puntos de unión junto al receptáculo donde se recoge el gas exhalado. En la última ocasión también se obtuvieron muestras en la zona de respiración en un profesional de enfermería. Se tomó como valor de referencia el valor límite ambiental de exposición en una jornada estándar de 8 horas (< 50 ppm) según el RD 374/2001. El índice de exposición se calculó como el cociente entre la concentración de exposición diaria y el valor límite ambiental (tolerable $< 25\%$, moderado 25-100%, inaceptable $> 100\%$). Se consideró que el tiempo máximo de exposición serían 4 horas durante la jornada. El sistema de renovación continua de aire en los boxes de nuestra UCI son 27 renovaciones por hora.

Resultados: Los resultados se muestran en la tabla. En las mediciones realizadas al inicio de la instauración de la sedación inhalatoria el índice máximo de exposición fue muy bajo, del 0,102% respecto al VLA (0,0689 ppm). En las mediciones posteriores tras el uso rutinario de sedación inhalatoria, las concentraciones de isoflurano fueron algo más elevadas, aunque inferiores al valor límite ambiental de exposición tolerable: en las muestras 2 y 3 los índices de exposición en 2 boxes estuvieron por debajo del 10% (0,58 y 0,23 ppm) y en otros 3 $> 10\%$: 14,9%, 27,4% y 37,1% (7,55, 13,92 y 16,86 ppm) y en el personal 2,9% (1,69 ppm).

Conclusiones: Los controles periódicos de los niveles ambientales de isoflurano permiten conocer el índice de exposición ocupacional de los profesionales e implantar medidas correctivas o de mejora si se detectan desviaciones.

Tabla Póster 077

Medición 1		Medición 2		Medición 3	
Concentración ppm	Índice de exposición%	Concentración ppm	Índice de exposición %	Concentración ppm	Índice de exposición %
0,035	0,053	7,55	14,9	18,86	37,1
0,008	0,011	0,58	1,15	1,69	2,9
0,0689	0,102	13,9	27,4		
		0,23	0,46		

078. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES AÑOSOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

López Pérez AB, Jerez Sánchez R, Ochoa Sangrador C y Tarancón Maján C

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

Objetivos: Conocer las características de los pacientes añosos que ingresan en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de 75 años o más que ingresan en UCI desde enero 2022 hasta mayo de 2024. Se analizó el motivo de ingreso, distribución por sexo, la gravedad al ingreso, necesidad de vasopresores, conexión a ventilación mecánica, uso de terapia de depuración extrarrenal, realización de traqueostomía, limitación del esfuerzo terapéutico y mortalidad.

Resultados: Ingresaron 274 pacientes (63,3% hombres y 34,7% mujeres). El 55,8% tenían entre 75-80 años y el 44,2% fueron mayores de 80 años. El 20,4% ingresaron por sepsis, el 10,6% fueron politraumatizados, el 7,3% ingresaron por cardiopatía isquémica y el 61,7% por otras causas. El 43,4% precisó vasopresores, el 42% ventilación mecánica, depuración extracorpórea en un 7,3% y se realizó traqueostomía en un 4,4%. Se llevó a cabo algún tipo de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en el 21,2%. El APACHE II medio fue de 19,5 (DE 7,9). La estancia en UCI fue de media 5,1 días (DE 8,7) y la hospitalaria de 16,7 días (DE 19,4). La mortalidad en UCI fue del 20,4% y la hospitalaria del 6,9%. Cuando se estratificó por edad, pacientes entre 75-80 años y pacientes > 80 años, no hubo diferencias en cuanto sexo predominando el sexo varón en ambos grupos de edad. Tampoco en el motivo de ingreso siendo la sepsis la más frecuente, ni en el uso de vasopresores, ventilación mecánica y depuración extracorpórea. Si hubo diferencias en la realización de traqueostomía siendo menos frecuente en el grupo de edad de > 80 años (6,5 vs. 1,7%; $p = 0,05$). La LET se llevó a cabo con más frecuencia en el grupo de > 80 años con resultados casi estadísticamente significativos (17 vs. 26,4%; $p = 0,057$). En cuanto a la mortalidad en UCI, no hubo diferencias pero sí en la mortalidad hospitalaria siendo mayor en el grupo de > 80 años (3,3 vs. 11,6%; $p = 0,007$).

Conclusiones: Los pacientes de edad avanzada ingresan por sepsis en su mayoría con un predominio de varones. Cuando se estratificó por edad, el manejo fue más conservador en los > 80 años realizándose menos traqueostomías y llevándose a cabo algún tipo de limitación en este grupo de edad. Teniendo en cuenta la mortalidad, los pacientes añosos se pueden beneficiar de ingresar en UCI.

079. ¿EXISTE UN EFECTO WEEKEND EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UCI POLIVALENTE?

Tornero Yezpez P, San Blas Aizpún C, Aguilar Mondéjar J, Aragón Moral J, Guerrero Woodcock L, Minaya González F y Herrero Gutiérrez E

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de una población de pacientes críticos admitidos en una UCI polivalente, según el día de la semana en el que se produce el ingreso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en el periodo de tiempo entre el 16 de junio hasta el 16 de noviembre de 2024. Se divide a los pacientes en dos grupos, los ingresados en fin de semana (sábado y domingo) y los ingresados el resto de días (lunes a viernes). Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante χ^2 de Pearson, t de Student y prueba de Mann Whitney.

Resultados: Se analizaron 512 pacientes, de los que 128 (25,0%) ingresaron en fin de semana (FdS). En relación con el género, 90 (70,3%) eran hombres entre los ingresos de FdS y 249 (64,8%) durante el resto de días ($p = 0,257$). La edad media fue de $63,4 \pm 15,9$ en FdS y $65,8 \pm 14,6$ ($p = 0,114$) en el resto de pacientes. El APACHE II era de $15,8 \pm 9,7$ y $15,9 \pm 9,4$ en los dos grupos, respectivamente ($p = 0,957$). El índice de Charlson (ICCh) era más bajo durante el fin de semana, mediana de 3 frente a 4 ($p = 0,006$). Hubo una mayor proporción de traumatismos durante el fin de semana, 8,6% frente a 2,3% ($p < 0,001$), así como de enfermedad coronaria, 34,4% frente a 26,8% ($p < 0,001$). No hubo diferencias en la mortalidad en UCI entre los dos grupos (16,4% en FdS frente a 14,1% en resto de días; $p = 0,516$), ni en la duración de la estancia en UCI, mediana de 3 días en ambos grupos, ($p = 0,594$) ni en la mortalidad hospitalaria (17,2% en ambos grupos; $p = 0,992$).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en fin de semana no difieren en las características sociodemográficas ni en la gravedad. Sin embargo, presentan menor comorbilidad y difieren en los motivos de ingreso en UCI.

Ni la estancia ni la mortalidad se afectan por el momento de ingreso en UCI.

080. ¿EXISTE UN EFECTO OFF HOUR EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UCI POLIVALENTE?

Tornero Yezpez P, Aragón Moral J, San Blas Aizpún C, Aguilar Mondéjar J, Guerrero Woodcock L, Minaya González F y Herrero Gutiérrez E

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de una población de pacientes críticos admitidos en una UCI polivalente, según la hora del día en la que se produce el ingreso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en el periodo de tiempo entre el 16 de junio hasta el 16 de noviembre de 2024. Se divide a los pacientes en dos grupos, los ingresados durante el periodo entre las 15:01 a 08:00 del día siguiente (Grupo OfH) y los que ingresan por la mañana entre las 08:00 y 15:00. Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante χ^2 de Pearson, t de Student y prueba de Mann Whitney.

Resultados: Se analizaron 512 pacientes, de los que 356 (69,5%) ingresaron en el periodo OfH. En relación con el género, 237 (66,6%) eran hombres entre los ingresos de Grupo OfH y 102 (65,4%) durante el resto de horas ($p = 0,794$). La edad media fue de $65,4 \pm 15,0$ en OfH y $66,9 \pm 14,8$ en el resto de pacientes ($p = 0,072$). El APACHE II era de $15,9 \pm 9,6$ y $15,7 \pm 9,3$ en los dos grupos, respectivamente ($p = 0,772$). El Índice de Charlson (ICCh) presentaba un valor mediana de 4 puntos en ambos grupos ($p = 0,097$). La proporción de traumatismos no difirió entre los dos grupos, 6,2% en el Grupo OfH y 5,1% en el resto ($p = 0,641$), el síndrome coronario agudo, 30,9% frente a 24,4% ($p = 0,133$), ni los ingresos por cirugía urgente (7,0% frente al 4,5%, respectivamente en ambos grupos; $p = 0,275$). No hubo diferencias en la mortalidad en UCI entre los dos grupos (14,0% en Grupo OfH frente a 16,0% en resto de horas; $p = 0,560$), ni en la duración de la estancia en UCI, mediana de 3 días en ambos grupos, ($p = 0,194$) ni en la mortalidad hospitalaria (16,7% y 18,2%, respectivamente en ambos grupos; $p = 0,687$).

Conclusiones: Los pacientes que ingresan fuera de horas no difieren en las características sociodemográficas ni en la gravedad. Ni la estancia ni la mortalidad se afectan por el momento de ingreso en UCI.

081. ANÁLISIS DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UNA UCI POLIVALENTE

Tornero Yezpez P, Aguilar Mondéjar J, Aragón Moral J, San Blas Aizpún C, Guerrero Woodcock L, Minaya González F y Herrero Gutiérrez E

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: Analizar la fragilidad en los pacientes críticos ingresados en una UCI polivalente. Como objetivo secundario comprobar la relación entre la fragilidad y el pronóstico.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en el periodo de tiempo entre el 16 de junio hasta el 16 de noviembre de 2024. Se analizan variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas, empleándose para la medicación de la fragilidad la escala Clinical Frailty Scale (CFS) que categoriza a los pacientes en tres grupos: CFS 1-3 (estado de salud óptimo/bueno/autónomo), CFS 4 (prefragilidad/vulnerabilidad) y CFS ≥ 5 (fragilidad). Las variables se expresan como medias $\pm$ desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante χ^2 de Pearson. La relación entre dos variables cuantitativas se realizó mediante la prueba r de Spearman.

Resultados: Se analizaron 512 pacientes, de los cuales 447 (87,3%) pertenecían al primer grupo, 51 (10,0%) al segundo y 14 (2,7%) al tercero. Hubo una mayor proporción de varones (66,2%) con una edad media de $65,2 \pm 15,0$. La mediana del índice de Charlson (ICCh) era 4 (2-5), presentando el 48,6% alguna afectación crónica. El APACHE II era de $15,9 \pm 9,5$. La presencia de la orden de no intubación se encontró en el 14,3% de la población frágil y en el 1,6% de los pacientes en el primer y segundo grupo ($p < 0,001$). En total fallecieron 45 (8,8%) pacientes en UCI, 42 del primer grupo (9,4%), uno del segundo (2%), y dos del tercero (14,3%) [$p = 0,157$]. Al alta hospitalaria la tasa de mortalidad fue del 17,2%, siendo mayor en la población frágil, 42,9% frente al 16,4% del resto de pacientes ($p = 0,010$). La correlación entre CFS e ICCh muestra un valor de $r = 0,572$.

Conclusiones: La presencia de pacientes en situación de fragilidad es poco frecuente en nuestra serie, observándose mayores tasas de orden de no intubación en esta población. En nuestra muestra la presencia de fragilidad se relaciona con la mortalidad hospitalaria. No existe una correlación fuerte entre el CFS y el ICCh.

082. ANÁLISIS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA DE CATALUÑA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTICÉNTRICA

Ortiz Ballujera P¹, Trenado Álvarez J², Ricart Martí P³, Caballero López J⁴ y Bodí Saera M⁵

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁵Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: La seguridad del paciente es un pilar esencial en los servicios de Medicina Intensiva (SMI). Este estudio analiza el estado actual de las iniciativas de seguridad, las acciones implementadas y las áreas de mejora identificadas en una amplia mayoría de los SMI de Cataluña. Se incluyen diversos niveles de complejidad hospitalaria tanto del Instituto Catalán de Salud (ICS) como de otras instituciones (no ICS) entre los centros encuestados.

Métodos: Se distribuyó una encuesta estructurada a 30 SMI (8 ICS), obteniendo una tasa de respuesta del 87%, principalmente de jefaturas de servicio. Los Servicios participantes abarcaron desde unidades con menos de 20 camas hasta centros de gran capacidad (> 30 camas).

Resultados: Organización de la seguridad: los SMI mostraron un alto grado de cumplimiento en la implementación de objetivos alineados con las estrategias institucionales (80%), con sistemas activos de notificación de incidentes. Sin embargo, no se observó participación de los familiares en las acciones de mejora sobre Seguridad (< 20%). Formación en seguridad: la formación en seguridad es más prevalente en hospitales ICS, 75 vs. no ICS 47% que tienen aún por incorporar este aspecto en sus planes de acogida. Gestión del riesgo: Se identificó una mayor frecuencia de análisis proactivo de riesgos en hospitales ICS 65 vs. 44% no ICS. Las notificaciones de eventos en todos los hospitales se realizan con sistemas robustos como el SNISP (ICS 88 vs. no ICS 64%). Áreas específicas de mejora: en los hospitales ICS; los trasposos reglados de información entre profesionales y la prescripción integrada con la farmacia fueron las cuestiones más débiles. En los hospitales no ICS la presencia de un farmacéutico y la mejora de la Seguridad durante el traslado de pacientes fueron las áreas críticas a reforzar. Proyectos Zero: alto grado de cumplimiento en todos los centros de los Proyectos Zero relacionados con la infección. Se propone la implementación de nuevas iniciativas como "Sobresedación Zero" y "Errores de Medicación Zero". Tecnología y seguridad: destaca un bajo porcentaje de indicadores automatizados de calidad y seguridad (50% ICS, 74% no ICS).

Conclusiones: Aunque los SMI presentan avances significativos en la organización de la seguridad y la gestión del riesgo, persisten áreas clave de mejora, como la automatización en el cálculo de indicadores, la comunicación efectiva en los trasposos de información, así como la integración de las familias en los programas de seguridad. Este análisis sienta las bases para el desarrollo de estrategias innovadoras orientadas a reforzar la seguridad del paciente.

083. REGISTRO DE INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS: IMPACTO EN INDICACIÓN, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD

Amor García MÁ, Manzano Moratino D, Avilés Parra JP, Manteiga Riestra EM, Tejera Gude JF, Muñoz Leal C, Vila García MB, Hómeiz Guzmán MP, Dos Santos Alvernia FC y Gómez Santos R

Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid.

Objetivos: Describir las intervenciones farmacéuticas realizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel y analizar sus características en términos de indicación, efectividad, seguridad. Identificar los medicamentos más frecuentemente involucrados y evaluar el nivel de aceptación de las recomendaciones.

Métodos: En enero de 2023, se estableció la presencia de un farmacéutico clínico en la UCI para optimizar los tratamientos aplicando los principios de la medicina basada en la evidencia. Se analizaron las intervenciones realizadas entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se registraron variables sociodemográficas de los pacientes con al menos una interven-

ción (edad y sexo), medicamentos involucrados y su clasificación según el Sistema de Clasificación Anatómica-Terapéutica (ATC). Se evaluó el tipo de intervención (indicación, efectividad, seguridad y otras: consultas al farmacéutico, monitorización de niveles plasmáticos, indicaciones al personal de enfermería, analíticas de control e intervenciones sobre soporte nutricional) así como el nivel de aceptación de cada intervención (sí, no, seguimiento no realizable) y el porcentaje de aceptación de las mismas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 1,020 intervenciones farmacéuticas en 257 pacientes. La mediana de edad fue de 67 años (rango intercuartílico [RIC] 53 - 75), y el 65,8% de los pacientes fueron hombres. Los fármacos más involucrados en las intervenciones fueron de los grupos J (Antiinfecciosos de uso sistémico, 52,7%), A (Tracto alimentario y metabolismo, 11,9%), B (Sangre y órganos hematopoyéticos, 11,9%), N (Sistema nervioso, 8,6%) y H (Preparados hormonales sistémicos, 4,6%). Las intervenciones más frecuentes fueron: indicación - efecto de medicamento innecesario (n = 251; 24,6%), intervenciones de otro tipo (n = 240; 23,5%), seguridad (problema de inseguridad cuantitativa) (n = 182; 17,8%), indicación de medicamento para un problema de salud no tratado (n = 171; 16,8%), efectividad (inefectividad cuantitativa) (n = 91; 8,9%), efectividad (inefectividad no cuantitativa) (n = 53, 5,2%) y seguridad (problema de inseguridad no cuantitativa) (n = 32; 3,1%). La ratio de aceptación de las intervenciones fue del 93,1% (950/1.020).

Conclusiones: La presencia de un farmacéutico clínico en la UCI resulta ser una intervención clave para la optimización del tratamiento en pacientes críticos, con importantes mejoras en los aspectos de indicación, efectividad y seguridad de los medicamentos utilizados, especialmente en un entorno con elevada polifarmacia.

084. LA OTRA PANDEMIA: EL BURNOUT DEL PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS

García Rodríguez D, Pérez Rendón FM, Secaduras Arbelo TM, Oliva de León B, Belmonte Ripollés F, Peinado Rueda E, Domínguez González A, Díaz Sazo BC, Simón Paniello A y Ayala Durán R

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

Introducción: El agotamiento profesional es una patología laboral que ha afectado a una numerosa cantidad de sanitarios a nivel mundial. Hay estudios que indican que la pandemia por COVID-19 aumentó esta patología y, además, a pesar de haber superado el episodio pandémico, la literatura sugiere que los niveles de ansiedad y burnout siguen siendo elevados en los profesionales que ejercen en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Familiarizarse con métodos efectivos y apropiados para lidiar el agotamiento puede ayudar a mejorar la salud emocional, y aumentar la efectividad y productividad de los profesionales. Para poder actuar sobre esto, se debe realizar un diagnóstico que permita identificar sus niveles de agotamiento. El burnout causa incapacidad, cansancio y agotamiento debido al uso inapropiado o excesivo de la propia energía, tiene consecuencias físicas, psicológicas, familiares y laborales. Las psicólogas Maslach y Jackson dividieron la patología del desgaste profesional en 3 dimensiones: Desgaste emocional (falta de recursos emocionales y sentimiento de que nada se puede ofrecer a otra persona. Componente fundamental del burnout que puede tener manifestaciones físicas y psíquicas). Despersonalización (actitud negativa en el desarrollo de las diferentes funciones del trabajador, ocasionando desgaste en el ambiente laboral). Baja realización personal (frustración laboral, estrés laboral, desgaste laboral, y ausencia de expectativas de futuro).

Objetivos: Evaluar la percepción de burnout entre el personal de UCI tras la pandemia del COVID-19 a través de una encuesta online utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Métodos: Evaluación cuantitativa de los resultados de una encuesta online, multicéntrica, entre personal de UCI. Se usa el Maslach Burnout Inventory.

	Médicos adjuntos	Médicos residentes	Enfermeros	TCAE
Agotamiento emocional	82%	77%	59%	44%
Despersonalización	67%	70%	62%	67%
Sentimiento de realización personal	19%	21%	34%	65%

Resultados: Se completaron 186 encuestas por diferentes profesionales de UCI: 9 TCAE, 76 enfermeras, 30 médicos residentes y 71 médicos adjuntos de hospitales españoles y Latinoamérica.

Conclusiones: Existen valores elevados en la percepción del *burnout* por parte del personal de UCI. Esto plantea la necesidad de encontrar estrategias para abordar estos problemas y así disminuir los altos niveles de *burnout* y las patologías que se derivan del mismo.

085. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE LA PCR INTRAHOSPITALARIA. PRUEBA PILOTO

Sotelo Domarco L, Beltrán Martínez LL, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Serra Sánchez C, Márquez García A, Tarancón Maján FC, Parra Morais L, Tejero Pedregosa A y Marcos Gutiérrez A

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

Objetivos: Analizar el registro de la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRI) implementado en el Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) para conocer la adherencia y aceptación del personal sanitario, así como la relevancia de su contenido, con el fin de optimizar el manejo de la PCRI.

Métodos: Descripción y análisis del registro de PCR intrahospitalaria desde el 1 de julio de 2024 al 1 de enero de 2025. Se realizó un análisis descriptivo de una base de datos en Excel de los 22 ítems del registro. Los resultados se presentan con medidas de tendencia central (IC del 95%). Se excluyó 1 registro por ser falsa alarma.

Resultados: Se analizaron 16 hojas de registro correspondientes a 16 llamadas: el 43,75% fue por PCR, el 37,5% por situación pre-PCR y el 6,25% por falsa alarma. En el 12% de los casos no se registró el motivo de la llamada y en 1 caso no se tomaron los datos identificativos del paciente. El 43,75% de las llamadas fueron de la planta de hospitalización, el resto de intra-UCI (12,5%), urgencias (12,5%), pruebas especiales (12,5%), radiología (6,25%) y quirófano (6,25%). De los 22 ítems del registro, se cumplieron una media de 20,49 $\pm$ 0,90 (DE 1,79) ítems, y el 46,6% de los casos tuvo el registro relleno en su totalidad. De 15 registros, el 80% de los pacientes eran varones y el 20% mujeres. La media de edad fue de 64,67 años (DE 15,69). El 66,6% de los pacientes tenían vida basal normal/independiente. Se realizó RCP básica en el 93,3% de los casos. El 86,6% presentaban vía periférica antes de la parada. En el 73,3% se intubó durante RCP avanzada. El ritmo inicial detectado fue la asistolia en el 40%, AESP en el 26%, ritmos desfibrilables en el 14%, y en el 20% no se registraron los datos. En el 33,3% de los casos se suspendieron las maniobras por futilidad. De los 15 pacientes atendidos, el 66,6% fallecieron en UCI, con una mortalidad global del 86,6% y una supervivencia de 13,3% asociada a ritmos desfibrilables (OR 0,0074 p = 0,02). En cuanto al equipo, se registraron incidencias: en el 6,25% el monitor estaba sin batería, en el 12,5% no había conexión para las palas, y en el 6,25% el videolaringoscopio estaba defectuoso.

Conclusiones: El registro de la PCRI se ha cumplimentado en su mayoría lo que revela una buena aceptación y compromiso por parte del personal sanitario en recoger los datos. Los resultados del análisis clínico son similares a los datos expuestos en la literatura general de la PCRI. Las incidencias registradas acerca del equipo y material han permitido realizar las correcciones necesarias. El registro permite optimizar el manejo de la PCRI.

086. SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Torrano Ferrández A, Ruiz Rodríguez A, Torrano Ferrández M, Fernández Gambín H, Pellicer Sánchez N, Rozua López AM, Valdés Socorro DA, López Morales P, García Linares GS y Martín Ruiz JF

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

Objetivos: Analizar la prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los profesionales sanitarios de una Unidad de Cuidados Intensivos de la Región de Murcia, dos años tras la pandemia por SARS-CoV-2. Analizar la prevalencia del síndrome de *burnout* o desgaste profesional en los profesionales sanitarios de una Unidad de Cuidados Intensivos de la Región de Murcia, dos años tras la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional de tipo transversal en el que se incluyó a todo el personal que ha trabajado durante más de 4 meses en el servicio de forma ininterrumpida, y aquellos que habían trabajado previamente en UCI y habían abandonado el puesto en los últimos 4 meses. La herramienta utilizada para el diagnóstico del síndrome fue el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario validado para profesionales sanitarios, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Se

distribuyó la encuesta en mano a cada uno de los profesionales de la UCI y se recogió de la misma forma, sin que conste ningún otro dato identificativo. Únicamente se preguntó sobre la profesión del encuestado.

Resultados: La tasa de respuesta fue de 94,1% (96 respondedores de un total de 102 profesionales). La mayoría eran enfermeros/as (54,2%), seguido de auxiliares de enfermería (21,9%), médicos adjuntos (10,4%) y residentes (19,4%). Un 24% del personal se consideró de riesgo alto de "Cansancio emocional", un 28,1% para "Despersonalización" y un 30,2% para riesgo bajo de "Realización personal". Al comparar las subescalas de la encuesta en cada grupo de profesionales, la presencia de frustración en el trabajo ("siempre/casi siempre") fue más frecuente en los residentes (p = 0,012). Así mismo, la sensación de pasar demasiado tiempo en el trabajo y la insensibilidad con los pacientes fue superior en el grupo de los médicos residentes (p = 0,023). La presencia de estrés por trabajar con personas fue contestada "nunca/casi nunca" en el 2% de los residentes (2%), en el 61,6% de los médicos adjuntos y en el 65,3% de la enfermería (p = 0,038).

Conclusiones: La presencia de síndrome de *burnout* entre el personal sanitario de la UCI es elevada, afectando a las tres dimensiones del síndrome, siendo el colectivo de los médicos residentes el que presenta peores resultados. Es preciso actuar con medidas para minimizar este problema en la UCI.

087. RESULTADOS DE LA CONSULTA POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES SUPERVIVIENTES DE NEUMONÍA GRAVE COVID-19

Rozua López AM, Martínez Quintana ME, Ruiz Rodríguez A, López Gómez L, Carrasco González E, Maizquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Higón Cañigral A, Fernández Gambín H y Pellicer Sánchez N

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

Objetivos: Analizar la prevalencia del síndrome poscuidados intensivos (PICS) entre los pacientes supervivientes de neumonía COVID-19 ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes supervivientes de neumonía COVID-19 ingresados en UCI en las distintas olas de la pandemia, que acudieron a consulta pos-UCI entre el 19/05/2022 y el 27/04/2023. El seguimiento se realizó a los 2 meses (1.ª consulta), a los 6 meses (2.ª consulta), al año del alta hospitalaria (3.ª consulta) y se realizó una cuarta consulta para los pacientes que precisaron mayor seguimiento. La consulta consistía en realizar una exploración física y diversos cuestionarios validados de función física (Barthel), alteración emocional (HADS y TEPT), cognitiva (MoCA) y función respiratoria (espirometría).

Resultados: En la 1.ª consulta se analizaron 313 pacientes. La media de edad fue de 57,7 $\pm$ 12,5 años, mayoría varones (217, 69,3%). El valor medio del índice SAPS II fue de 29,4 $\pm$ 8 puntos y el del SOFA inicial fue de 3,5 $\pm$ 1,1 y el valor medio SOFA máximo fue de 4,6 $\pm$ 2,3. En 198 pacientes (63,3%) se objetivó presencia de PICS, predominando la esfera respiratoria (46,6%), seguido de la física (34,8%), emocional (24,9%) y cognitiva (10,2%). De las interconsultas realizadas, 298 (95,2%) pacientes fueron valorados por neumología, 46 (14,7%) se derivaron a rehabilitación, 42 (13,4%) a psiquiatría, y 7 (2,2%) a neurología. En la 2.ª consulta se analizaron 119 pacientes, objetivándose presencia de PICS en 65 pacientes (63%). En la 3.ª consulta se analizaron 44 pacientes, objetivándose PICS en 34 pacientes (77,3%). En el análisis univariante, la presencia de PICS fue más frecuente en la 1.ª ola y tras la 6.ª ola de la pandemia (p = 0,004). La edad media fue más elevada en los pacientes que desarrollaron PICS (p < 0,001), y la gravedad, medida por los índices SAPS II y SOFA, también fue más elevada en los pacientes que desarrollaron PICS (p = 0,003 y p < 0,001, respectivamente).

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes que desarrollaron PICS fueron los que tuvieron mayor edad y mayor gravedad.

088. EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19

Ruiz Rodríguez A, Martínez Quintana ME, Torrano Ferrández A, Maizquez Sánchez L, Martínez Martín G, Rozua López AM, Valdés Socorro DA, López Morales P, García Linares GS y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo relacionados con el síndrome poscuidados intensivos (PICS).

Métodos: Mediante un análisis de cohorte retrospectivo, se valoró a los pacientes supervivientes de neumonía grave COVID-19 ingresados en UCI en consulta de seguimiento. Periodo de estudio de 19/05/2022 a 27/04/23. Se registraron datos clínicos, epidemiológicos, analíticos, de gravedad y de pronóstico; y resultados funcionales y cuestionarios validados (Barthel, MoCA, HAD, TEPT), para analizar la aparición de PICS.

Resultados: Se analizaron un total de 313 pacientes. La media de edad fue de $57,7 \pm 12,5$ años, mayoría varones (217, 69,3%). El valor medio del índice SAPS II fue de $29,4 \pm 8$ puntos, el del SOFA inicial fue de $3,5 \pm 1,1$ y el del SOFA máximo durante la estancia en UCI fue de $4,6 \pm 2,3$. En 198 pacientes (63,3%) se objetivó presencia de PICS, predominando la esfera respiratoria (46,6%), seguido de la física (34,8%), emocional (24,9%) y cognitiva (10,2%). En el análisis univariante, se estudió la asociación entre la presencia de PICS y diferentes variables, siendo las más significativas: La presencia de PICS fue más frecuente en la 1.ª ola y tras la 6.ª ola de la pandemia ($p = 0,004$). En los pacientes que desarrollaron PICS fue más elevada la edad media ($p < 0,001$) y la gravedad, medida por las escalas SAPS II ($p = 0,003$) y SOFA máximo ($p < 0,001$). Mediante análisis multivariante, los factores independientes que se relacionaron con la presencia de PICS fueron la edad (OR 1,03, IC95%: 1,01-1,05), las comorbilidades (OR 1,37, IC95%: 1,06-3,18), la estancia hospitalaria (OR 1,067, IC95%: 1,03-1,1), la debilidad adquirida en UCI (OR 4,17, IC95% 1,63-10,71) y el desarrollo de complicaciones infecciosas durante su estancia en UCI (OR 1,83, IC95%: 1,06-3,18).

Conclusiones: Según nuestro estudio, son múltiples las variables que se relacionan con la presencia de PICS, siendo las más importantes una mayor edad, más presencia de comorbilidades, estancia más larga, mayor debilidad adquirida en UCI y más desarrollo de complicaciones infecciosas.

089. RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS DEL PACIENTE Y SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS DE SU FAMILIAR

Torrano Ferrández M, Martínez Quintana ME, Martínez Martín G, Carrasco González E, Higón Cañigral A, Ruiz Rodríguez A, Rozua López AM, Valdés Socorro DA, Martín Ruiz JF y Fernández Gambín H

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

Objetivos: Valorar la relación entre la presencia de síndrome poscuidados intensivos del paciente (PICS-P) y el desarrollo de síntomas de PICS en el familiar o cuidador principal (PICS-F).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se valoraron los familiares de los pacientes supervivientes de COVID-19 ingresados en UCI que acudieron a la consulta post-UCI entre el 19/05/2020 y el 30/10/2025. Se analizó el riesgo de alteración emocional en el familiar medido por la escala HAD y el grado de sobrecarga del cuidador, medido por la escala ZARIT.

Resultados: En la 1.ª consulta, se analizaron 93 (29,7%) familiares, siendo en 26 casos (7,3%) la pareja del paciente, siendo la mediana de la escala ZARIT de 12, la mediana de la escala HAD ansiedad de 6, y HAD depresión de 4. Veintitrés (24,7%) familiares presentaron PICS-F, de los que en 9 (9,7%) se realizó derivación a psiquiatría. En la 2.ª consulta se analizaron 16 (13,4%) familiares, siendo la mediana de la escala ZARIT de 10, la HAD ansiedad de 5,5, y la HAD depresión 5. En 7 (5,9%) familiares se detectó PICS-F, realizándose derivación a psiquiatría en 6 (5%) familiares. En la 3.ª consulta se analizaron 2 (4,5%) familiares, siendo la mediana de la escala ZARIT de 15,5, la HAD ansiedad 11, y la HAD depresión 5. En 1 (2,3%) familiares se detectó riesgo de PICS-F. En el análisis univariante, la relación entre la presencia de PICS del paciente y las variables analizadas en el familiar, mostró que en los pacientes con PICS, sus familiares o cuidadores principales presentaban mayor nivel de sobrecarga ($p = 0,010$), al igual que mayor riesgo de ansiedad ($p = 0,006$), siendo el resto de las variables no significativas.

Conclusiones: En nuestra serie, los familiares o cuidadores principales de los pacientes con PICS presentaban mayor riesgo de PICS-F en cuanto a mayor nivel de sobrecarga medida mediante la escala ZARIT y mayor nivel de ansiedad medida mediante la escala HAD.

089 BIS. TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD

Catalán Ibars RM¹, Coll i Solà M¹, Juanola Codina M¹, Carrera Alonso S¹, Puigoriol Juvanteny E¹, Roger Casal N¹, Martín Delgado MC², Zapater Casanova E¹, Muñoz Estrada E¹ y Morales Pedrosa JM¹

¹Hospital General de Vic (Consorci Hospitalari de Vic), Barcelona. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Evaluar el impacto de la incorporación de la capnografía y la monitorización invasiva de la presión arterial (PAI) en la detección de incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) durante el traslado intrahospitalario (TIH) del paciente crítico bajo ventilación mecánica (VM) y/o perfusión de drogas vasoactivas (DVA).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, de TIH de pacientes críticos inestables hemodinámicamente y/o sometidos a VM, a pruebas diagnósticas o a quirófano, de enero/2018 a junio/2019. Se aplicó un protocolo de TIH aprobado por el CEIC del centro. Se monitorizó la PAI y la capnografía (EtCO₂) si requerían VM. Se recogieron variables como la prioridad, momento y motivo del traslado; composición y experiencia del equipo; datos demográficos; motivo de ingreso, mortalidad, gravedad del paciente (APACHE II y SOFA); duración del TIH; registro de constantes vitales y resultados de gasometría arterial (GA) antes y después del traslado. Se registraron los IRSP detectados. Se analizaron los datos mediante regresión logística múltiple para identificar factores de riesgo.

Resultados: Se incluyeron 110 TIH de 57 pacientes bajo VM i/o DVA, 80% hombres, edad media 65,4 años. El motivo de ingreso fue en 44,5% shock séptico, la mediana de APACHE II 22 y de SOFA 9,3. Un 89,5% requirió VM, y un 10,5% solo DVA. La mortalidad fue 40,35%. Un 60% fueron urgentes, 79% durante la mañana y 70% para pruebas diagnósticas. La duración del TIH fue de mediana 75 min (25 min de traslado real). El equipo fue médico + 2 enfermeras + celador en 55,5% TIH. Se registraron 66 IRSP en 50 TIH (45,5%), 44% relacionados con el equipo y la organización. En 26 TIH (23,6%) se produjeron 28 eventos adversos (EA), especialmente alteraciones hemodinámicas (46%) y respiratorias (36%). Se detectaron 18 factores contribuyentes y 212 alteraciones en las constantes vitales. Se halló significación estadística entre la GA antes y después del traslado, detectando hipoventilación ($p < 0,001$), hiperoxigenación ($p < 0,001$), y mejoría de PaO₂/FiO₂ ($p < 0,031$) al regresar. Los factores de riesgo de mortalidad fueron la edad (OR 1,06), APACHE II (OR 1,13), TIH urgente (OR 3,27), necesidad de DVA (OR 3,30), elevación del EtCO₂ tras el TIH (OR 5,71) y PaO₂/FiO₂ < 200 tras el TIH (OR 5,78).

Conclusiones: Los pacientes críticos sometidos a VM y/o DVA experimentan un elevado número de IRSP durante los TIH siendo imprescindible la monitorización invasiva y la capnografía ya que se producen numerosas alteraciones hemodinámicas, de la oxigenación y de la ventilación que pueden influir en la aparición de EA e incrementar el riesgo de muerte.

08:30-10:00 h

SALA C5

PÓSTERES ORALES

SEDACIÓN/ANALGESIA 1

Moderadores: Lorenzo López Pérez, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid/
Miguel Valdivia de la Fuente, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

090. FACTORES DETERMINANTES EN EL DESARROLLO DE ALTERACIONES COGNITIVAS EN EL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS (PICS)

Rico Sala M, Velázquez Muñoz JC, Fontalvo Bolaño KI, Romero Aznar S, Peydró Tomás F, Mas Martínez E, Serra Mestre A, Mas Font S y Bisbal Andrés E

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Objetivos: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) constituye un factor de riesgo de deterioro cognitivo (DC) en supervivientes a la enfermedad crítica. La incidencia de SDRA en nuestros pacientes COVID con PICS fue muy alta. Nuestro objetivo es analizar si la frecuencia del DC de nuestros pacientes con PICS por COVID, es distinta a la de los pacientes con PICS sin COVID y valorar su repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Métodos: Valoración prospectiva de pacientes con PICS al mes del alta hospitalaria, (Nov-20 a Ag-24). Se obtuvieron datos demográficos, comorbilidad (Charlson), gravedad (APACHE II), días de estancia en UCI y de ventilación mecánica invasiva, presencia de SDRA, uso de benzodiazepinas y bloqueo neuromuscular en perfusión, desarrollo de *shock*, debilidad adquirida en UCI (DAUCI) y *delirium*. Al mes del alta hospitalaria se valoró dolor, alteraciones del sueño, DAUCI -escala MRC y/o fuerza agarre mano dominante-, cognitivas -test del reloj y/o escala MoCA- y de CVRS (SF-36). Las diferencias entre los dos grupos se analizaron con pruebas chi-cuadrado y t de Student.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con PICS, 41 por COVID (65,9% H, 34,1% M) y 59 sin COVID (67,8% H, 32,2% M). Los pacientes con COVID son significativamente más jóvenes y de menor comorbilidad. Presentaron significativamente mayor incidencia de SDRA y menor de DC que los pacientes sin COVID, sin que hubiera diferencias en la presencia de delirio entre los dos grupos. En pacientes COVID, el uso de benzodiazepinas y bloqueo neuromuscular y el dolor prolongado tras el alta fue significativamente mayor, presentando menor edad y comorbilidad que el resto de pacientes con PICS. Los pacientes sin COVID presentaron significativamente más *shock* y DAUCI. No se apreciaron diferencias en APACHE II, días de ventilación mecánica y de ingreso en UCI, ni alteraciones del sueño entre los dos grupos. Los pacientes COVID presentaron significativamente mejor función física que el resto de pacientes con PICS, con menor incidencia de DAUCI.

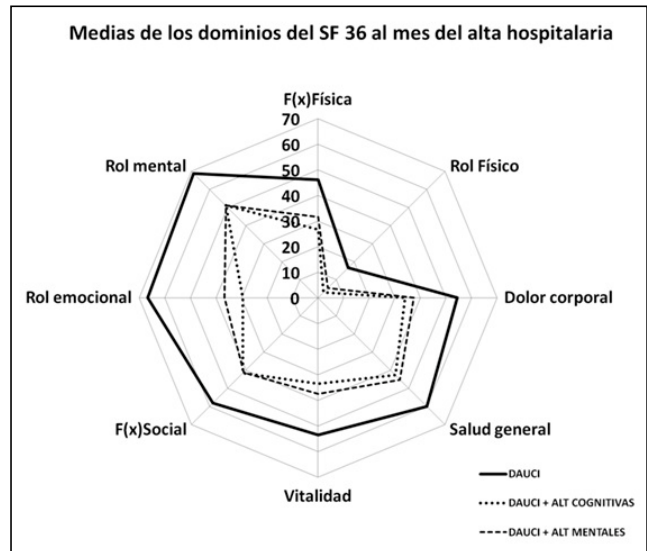
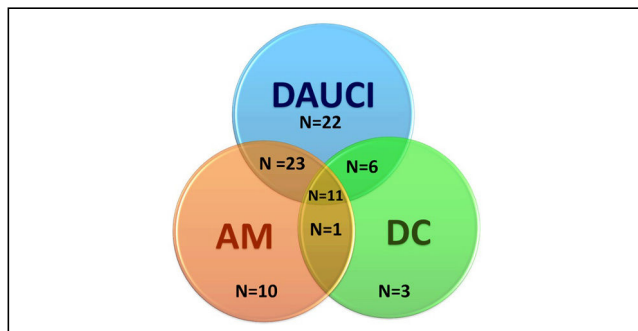
Conclusiones: No encontramos mayor alteración cognitiva en los pacientes COVID, a pesar de que en nuestra muestra mayoritariamente presentaron SDRA. Son más jóvenes y con menor comorbilidad, siendo posible que tuvieran mayor reserva cognitiva o una menor incidencia de alteraciones cognitivas preexistentes. Los pacientes sin COVID tienen mayor incidencia de *shock* en el ingreso y DC al mes de alta. La mejor función física en pacientes COVID, puede deberse a la menor incidencia de DAUCI y a una mejor recuperación de la misma al ser de menor edad y comorbilidad.

091. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD SEGÚN LA PRESENCIA DE DISTINTOS DOMINIOS DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS

Rico Sala M, Fontalvo Bolaño KI, Velázquez Muñiz JC, Romero Aznar S, Peydró Tomás F, Mas Martínez E, Serra Mestre A, Mas Font S y Bisbal Andrés E
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Objetivos: El PICS incluye patologías integradas en 3 dominios diferentes: deterioro físico (DF), deterioro cognitivo (DC) y alteraciones mentales (AM). El DF, debido sobre todo a la debilidad muscular adquirida en UCI (DAUCI), constituye la afectación más común. Puede ser grave y afecta a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes críticos. Nuestro objetivo reside en determinar la frecuencia con que nuestros pacientes tienen alteraciones en los distintos dominios del PICS en una cohorte de pacientes críticos seleccionados para su seguimiento en consulta y diagnosticados de PICS; y valorar la CVRS de los pacientes solo con DAUCI y cuando se asocian a ella los dominios de DC y AM.

Métodos: Valoración prospectiva de pacientes con PICS al mes del alta hospitalaria, (Nov-20 a Ag-24). Se obtuvieron datos demográficos, comorbilidad (Charlson), gravedad (APACHE II), días de estancia en UCI. A partir del mes de alta hospitalaria se revaloró la presencia de DAUCI -escala MRC y/o fuerza de agarre mano dominante-, DC -test del reloj y/o escala MoCA-, AM (ansiedad, depresión y/o estrés postraumático), -con escalas HADS y EIE- y de CVRS (SF-36). Análisis con prueba t entre pacientes que presentan solo DAUCI frente a DAUCI + DC; y solo DAUCI frente a DAUCI + AM.



Resultados: La DAUCI asociada a AM o DC empeora significativamente la CVRS no solo en los dominios del rol emocional y mental sino también en los dominios de función física, salud general y vitalidad. La presencia de DAUCI con DC también empeora significativamente el dominio de dolor corporal.

Conclusiones: La asociación a la DAUCI tanto con alteraciones mentales como cognitivas, empeora de manera significativa la función física. Es por tanto fundamental la búsqueda activa y tratamiento precoz de estas alteraciones, con el fin de optimizar los resultados de la rehabilitación física y que aumente el grado de compromiso del paciente con la misma. Este enfoque multimodal mejoraría la función física, emocional y cognitiva de nuestros pacientes, pudiendo tener influencia en su salud y vitalidad.

092. PRÁCTICAS DE ANALGOSEDACIÓN Y DELIRIUM EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA ESPAÑOLES

Alcántara Carmona S¹, Pérez Torres M², Bisbal Andrés E³, Gómez García JM⁴, Priego Sanz J⁵, Sánchez Sánchez EM⁶, Marín Casajús O⁷, Fernández Tobar R⁸, Rodríguez Villamizar P⁹ y Chamorro Jambina C¹

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid. ³Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C.H. Gregorio Marañón), Madrid. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense. ⁶Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ⁸Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ⁹Hospital Universitario de Toledo (C.H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Describir las prácticas de analgo-sedación y *delirium* (ASD) de los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) participantes en el estudio *Opioids Consumption after Admission to Intensive Care. Multicenter Study* (OCEANIA-MS).

Métodos: Estudio descriptivo a partir del subanálisis de los datos del OCEANIA-MS que es un estudio prospectivo (Oct-Nov 2023), nacional multicéntrico (25 UCI), que tiene como objetivo principal evaluar si el ingreso en los SMI se asocia con consumo crónico de opioides. Incluye pacientes > 18 años ingresados en el SMI, excluyendo los fallecidos intra-SMI. Variables cualitativas: valor absoluto y/o %; cuantitativas: mediana (IQ25-IQ75). Remifentanilo se consideró como sedante en aquellos casos que recibieron una dosis > 2 µg/kg/h y ventilación mecánica (VM). El diagnóstico de *delirium* se realizó con herramientas validadas (CAM-ICU o ICDSC).

Resultados: Se incluyeron 1,782 pacientes. Edad: 64 (52-73) años, 63,5% varones. Consumo de opioides previo a UCI 8,9% (159) y de benzodiazepinas (BDZ) 22,3% (397). APACHE II 13 (9-18). Causa más frecuente de ingreso en SMI: posquirúrgica 23% (410) seguida de sepsis/*shock* séptico [253 (14,2%)]. Ventilación mecánica 41,5% (740) durante 22 (6-126) h. Tiempo de ingreso en SMI 3 (2-6) y hospitalario 10 (6-20) días. Recibieron opioides el 48,3% (860), 666 en infusión continua durante 36 (11-118) h. El más usado fue fentanilo (432 IV/63 TD), seguido de remifentanilo (363) y morfina (211). 104 pacientes recibieron tramadol y 23 metadona. Dosis mediana de opioide (en equivalentes IV de mg de mor-

final): 149,5 (28-652). Seiscientos sesenta y seis (37,5%) recibieron sedación IV continua durante 29,5 (9-142,25) h. Se administraron una mediana de 2 (1-2) sedantes/paciente siendo el más usado propofol (488) con una dosis de 1,53 (1,06-2,22) mg/kg/h seguido de remifentanilo (259) a 4,8 (3,3-6,6) µg/kg/h. Midazolam se usó en 120 [0,1 (0,06-0,15) mg/kg/h] y los gases anestésicos en 32. El *delirium* fue diagnosticado en 181 (10,2%) enfermos. El antipsicótico más prescrito fue la quetiapina (141) seguida del haloperidol (132). Cien pacientes recibieron dexmedetomidina para el control del *delirium*.

Conclusiones: El estudio OCEANIA-MS muestra un uso predominante de opioides y sedantes de vida media corta entre los que van introduciéndose fármacos como los gases anestésicos, metadona y quetiapina. El conocimiento de las pautas de ASD empleadas puede contribuir a la creación de protocolos estandarizados y basados en la evidencia que ayuden a disminuir la morbilidad del paciente crítico y la aparición de cuadros como el síndrome pos-UCI.

093. EFECTO DEL USO DE MORFINA Y MIDAZOLAM EN PACIENTES CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Vega Rodríguez AS

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar el impacto del uso de morfina y midazolam en comparación con otros regímenes de sedación en la mortalidad, la duración de la estancia en UCI y el tiempo de ventilación mecánica en pacientes ingresados en la UCI.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en una UCI de 32 camas polivalente durante el año 2023. Se recogieron todos los pacientes que recibieron sedación y ventilación mecánica. Los pacientes se dividieron en dos grupos; aquellos sedados con morfina o midazolam ($n = 278$) y aquellos que no recibieron estos fármacos ($n = 317$). Se analizaron diferencias en la mortalidad mediante pruebas de chi-cuadrado, mientras que las comparaciones de la duración de la estancia en UCI y el tiempo de ventilación mecánica se realizaron mediante pruebas *t* de Student. Las diferencias en la supervivencia se evaluaron mediante curvas de Kaplan-Meier y la prueba *log-rank*. Para ajustar por la gravedad y comorbilidades, se empleó un modelo de regresión de Cox, utilizando los puntajes de Charlson y APACHE como covariables.

Resultados: De los 595 pacientes ingresados, 278 recibieron morfina o midazolam en su pauta de analgesia-sedación. La mortalidad en este grupo fue del 41,7%, en comparación con una mortalidad del 20,8% en el grupo que no recibió estos fármacos ($p < 0,0001$). La duración promedio de la estancia fue de 15,48 días para los pacientes con morfina o midazolam, frente a 7,76 días en aquellos que no los recibieron ($p < 0,0001$). Del mismo modo, el tiempo promedio de ventilación mecánica fue de 289,04 horas en el grupo de morfina y midazolam, comparado con 98,22 horas en el grupo sin estos fármacos ($p < 0,0001$). El análisis de supervivencia reveló una diferencia significativa en la supervivencia entre los grupos ($p < 0,01$) menor para el grupo que no recibió los fármacos. Al ajustar por comorbilidades y gravedad, el APACHE Score se asoció significativamente con un mayor riesgo de mortalidad ($HR = 1,037$, $p = 0,034$), mientras que el Charlson Score no mostró una asociación significativa ($p = 0,072$). Aunque el grupo que no recibió Morfina ni Midazolam presentó una tendencia hacia una menor mortalidad ($HR = 0,682$), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,157$).

Conclusiones: El uso de morfina o midazolam se asoció con una mayor mortalidad, así como con tiempos significativamente más largos de estancia en la UCI y mayor tiempo de ventilación mecánica, en comparación con los pacientes que no recibieron estos fármacos. Estos resultados subrayan la necesidad de considerar cuidadosamente el tipo de sedación utilizado en pacientes críticos, teniendo en cuenta su gravedad y comorbilidades.

Financiado por: Fundación Colegio de Médicos de Las Palmas.

094. IMPACTO DE LAS DIFERENTES COMBINACIONES DE FÁRMACOS ANALGÉSICOS Y SEDANTES UTILIZADOS EN LA UCI

Vega Rodríguez AS

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar si los fármacos asociados en una misma pauta de analgesia-sedación influye en la morbilidad de los pacientes ingresados en la UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los pacientes ingresados en una UCI de 32 camas polivalentes durante el 2023. Se recopiló datos de edad, sexo, duración de estancia, ventilación mecánica, y combinaciones de sedación (propofol, midazolam, ketamina, dexmedetomidina, remifentanilo, morfina y fentanilo). El análisis estadístico incluyó ANOVA para comparar tiempos de estancia y ventilación, y regresión logística para evaluar la asociación de combinaciones de fármacos con la mortalidad, ajustando por APACHE Score, Charlson Score.

Resultados: Se analizaron un total de 595 pacientes. La combinación más frecuente fue propofol + dexmedetomidina + remifentanilo, utilizada en 110 pacientes, que se asoció con una mortalidad baja (8,18%), un tiempo de estancia promedio de 11,26 días y un tiempo medio de ventilación mecánica de 153,29 horas. La combinación propofol + remifentanilo, empleada en 86 pacientes, mostró una reducción significativa del tiempo de ventilación mecánica (72,68 horas, $p = 0,004$) y un tiempo de estancia más corto (4,92 días, $p = 0,007$). En contraste, midazolam + morfina (45 pacientes) mostró la mayor mortalidad (75,56%), un tiempo de estancia promedio de 5,06 días y 186,38 horas de ventilación mecánica, mientras que propofol + midazolam + morfina presentó una mortalidad del 66,67% y 257,63 horas de ventilación. El ajuste por APACHE Score, Charlson Score y edad reveló que las combinaciones con Midazolam y Morfina continuaron mostrando una tendencia hacia peores desenlaces, pero la significancia estadística se redujo. Propofol + remifentanilo y propofol + dexmedetomidina + remifentanilo mantuvieron su asociación con menor tiempo de ventilación ($p = 0,004$) y menor estancia ($p = 0,007$), reafirmando el beneficio potencial de los agentes de vida media corta. En términos de mortalidad, el APACHE Score fue un predictor significativo ($p = 0,009$), mientras que combinaciones específicas no mostraron diferencias significativas al ajustar por la gravedad.

Conclusiones: Las combinaciones varios fármacos sedoanalgésicos es muy frecuente en el tratamiento del paciente crítico. El uso combinado de agentes de vida media corta, como propofol y remifentanilo, se asocia con menores tiempos de estancia y ventilación mecánica en la UCI, apoyando su uso en pacientes críticos. Los resultados refuerzan el valor del uso de agentes de vida media corta en el manejo de la sedación para mejorar los desenlaces clínicos.

Financiado por: Fundación Colegio de Médicos de Las Palmas.

095. CONTANDO OVEJAS. PROTOCOLO DE PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DEL SUEÑO EN UCI

Flecha Morales N¹, Muñoz Cantero A², Jiménez Delgado JD², Cidoncha Gallego M² y Martín-Macho González MM²

¹Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz. ²Hospital Don Benito-Villanueva de la Serena (C.H. de Don Benito-Villanueva de la Serena), Badajoz.

Objetivos: Aplicación de un protocolo de promoción del sueño que mejore el confort físico-psíquico del paciente llevando a cabo un *bundle* que facilite el ciclo vigilia-sueño y el descanso nocturno, así como disminuir la prevalencia del *delirium* y de otras incomodidades.

Métodos: Este protocolo incluye medidas ambientales-no farmacológicas, farmacológicas y monitorización de escalas del dolor (EVA) y de prevalencia del *delirium* (CAM-UCI). Se aplica individualizando en pacientes estables hemodinámicamente, desde las once de la noche hasta las siete de la mañana. Las medidas farmacológicas son incluyen uso de dexmedetomidina, quetiapina o benzodiacepinas y la no retirada de fármacos domiciliarios para trastornos del sueño. Las medidas ambientales incluyen apagar las luces innecesarias (uso de linternas, aparataje en modo noche); minimizar los estímulos sonoros (disminuir el volumen de alarmas y tono de voz); adaptar el modo de ventilación mecánica; reorganizar los cuidados de enfermería y tratamientos médicos e interrogar las preocupaciones y miedos del paciente. Del 1 al 25 de diciembre de 2024, se realiza un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre 16 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Don Benito-Villanueva. Se realiza a las 7:00 horas la escala NRS-Sleep definida desde 0 (la peor noche de su vida) hasta 10 (la mejor noche de su vida). Si la puntuación es menor de 6, se realiza la escala Richards-Campbell.

Resultados: Muestra total de 14 pacientes (3 mujeres y 11 hombres) con edad media de 66,85 años. En la escala NRS-Sleep, la puntuación media el primer día de ingreso es 6,42 realizándose el cuestionario Richards-Campbell en 5 pacientes con una puntuación media de 13,8 (ca-

lidad de sueño muy baja). A destacar, desarrollo de *delirium* en estos 5 pacientes. Tras la implementación del protocolo, la escala NRS-sleep aumentó significativamente hasta una puntuación media de 8,25 en la segunda noche. El fármaco mayormente utilizado fue dexmedetomidina y cabe destacar su asociación con quetiapina. Los principales factores perturbadores del sueño reportados fueron los despertares frecuentes por cuidados de enfermería y, secundariamente, el mal control del dolor.

Conclusiones: Las alteraciones del sueño y ritmo circadiano tienen un impacto negativo en los resultados clínicos del paciente crítico. Llevar a cabo un *bundle* de promoción del sueño promueve la conservación del ritmo circadiano, previene el *delirium* y contribuye al bienestar global del paciente crítico ingresado en UCI, por lo que al paquete “AB-CDEF” habría que añadirle la “G” de buen sueño (*good*) o de garantizar el sueño.

096. IMPACTO EN LA DEPENDENCIA AL ALTA DE LA ESTRATEGIA SEDOANALGÉSICA UTILIZADA EN UCI

Sánchez Gutiérrez A¹, Blanco Aguilar V¹, Martín-Jordán García E¹, Ballesteros Saavedra V¹, Domínguez de la Cruz I¹, Ruiz Echevarría C¹, Martínez Rodríguez L¹, Rodríguez García RM¹, Villalgordo García S² y Fernández Simón MI¹

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ²Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Descripción del manejo en sedoanalgesia de pacientes ingresado en UCI.

Métodos: Es un estudio prospectivo y descriptivo en el que se incluyeron pacientes supervivientes al ingreso en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel en octubre de 2023. Se recogieron variables demográficas, así como datos clínicos antes, durante y tras el ingreso en UCI. Para el análisis de la gravedad al ingreso se utilizó la escala APACHE-II y para la dependencia para actividades básicas de vida diaria expresado en la escala de Rankin modificada. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y relativas y las cuantitativas como medias e intervalos de confianza del 95% de la media (IC95%). Para el contraste de hipótesis, se utilizó la χ^2 cuadrado para variables cualitativas y la *t* de Student, la correlación de Pearson para variables cuantitativas.

Resultados: 117 pacientes (66,7% varones, 56,6 años (IC95% 53,3-59,6), de los cuales, el 83,8% presentaban una puntuación Rankin de 1 o menos. La causa más frecuente de ingreso fue la patología neurológica (33, 28,2%) seguida del politraumatismo (22, 18,8%). El 39,3% recibían algún fármaco neuroléptico previo al ingreso, siendo los más frecuentes los antidepresivos (23, 50%). La puntuación en la escala APACHE II fue de 14,1 puntos (IC95% 12,5-15,7). 53 pacientes (45,3%) precisaron intubación, siendo el motivo más frecuente de indicación el coma (21, 39,6%). El 72,6% precisaron sedoanalgesia durante su ingreso, variando está en función de la necesidad o no de intubación. En intubados la asociación más frecuente fue el uso de fentanilo con propofol (19, 35,8%) o midazolam (11, 20,8%), mientras que en aquellos que no precisaron intubación lo más utilizado fue la analgesia convencional (17, 26,6%) y los opioides (10, 15,6%). Se estudio el efecto del uso de perfusión continua de fentanilo, midazolam y propofol en la evolución de la escala Rankin modificada entre el ingreso y el alta a domicilio, observándose un mayor aumento de está tras el uso de cualquiera de los tres fármacos ($p = 0,003$; $p = 0,024$; $p = 0,002$; respectivamente). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la estrategia de sedoanalgesia al ingreso y el consumo de fármacos al alta (0,757).

Conclusiones: Las perfusiones continuas de propofol, midazolam y fentanilo aumentan la dependencia al alta a domicilio. Las diferentes estrategias de sedoanalgesia no aumentan el consumo de fármacos neurolépticos al alta.

097. ANÁLISIS DEL USO DE LA SEDACIÓN INHALATORIA CON ISOFLURANO

Delgado Mesa P, Razak Soriano M, Macías Clemente J, Alfonso Mejías J, García Garmendia JL y González Contreras JJ

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Análisis descriptivo de la implantación de sedación inhalatoria en una UCI de hospital comarcal.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes ingresados en una UCI de 8 camas de un hospital comarcal entre julio de 2023 y diciembre de 2024 que recibieron sedación inhalatoria con Isoflurano (Sedaconda®). Variables analizadas: Tipo de paciente crítico, escala Predeliric, indicación de uso, fármacos asociados, desescalada sedoanalgésica, motivo de retirada, fracaso y complicaciones, número de extubaciones, tiempo de VM y tiempo de estancia en UCI. Se realiza un análisis descriptivo por variables observando las tendencias desde la implantación. Se expresan los resultados de variables cualitativas en número (%) y las cuantitativas con mediana y cuartiles. Se utiliza la χ^2 -cuadrado y la U de Mann-Whitney para analizar diferencias cualitativas y cuantitativas, con $p < 0,05$.

Resultados: El isoflurano ha sido empleado en un total de 44 pacientes (11 en 2023, y 33 en 2024) con un APACHE II de 15 (10-21) y una estancia mediana en UCI de 13 días (6-27). La patología en que se utilizó fue sepsis (18,8%), pancreatitis (13,6%), cirrosis (9%) posquirúrgicos (9%) y post-PCR (9%) entre otros. La escala Predeliric al ingreso fue de 78% (46%-96%). La estrategia de uso de isoflurano pasó de rescate tras midazolam en el 73% de las prescripciones en 2023 a ser primera opción en un 64,5%, con un 35% de rescate de propofol en 2024. Se prescribe como terapia sedante única en un 65%, combinando en el resto con propofol. Los motivos de retirada fueron: desescalada a dexmedetomidina o propofol (27%), extubación (22%), *exitus* (20,5%), complicaciones (15,9%) consistentes en inestabilidad hemodinámica, hipertermia o bradicardia, ventana exitosa pos-PCR (7%) y sedación ineficaz (7%). La mediana de días de VM fue de 2 días (1-7,5), sin diferencias significativas entre 2023 [1 (1-5,5)] y 2024 [2 (1-8); $p = \text{NS}$]. Tampoco detectamos diferencias con aquellos pacientes sin uso de isoflurano [2 (1-6); $p = \text{NS}$].

Conclusiones: La implantación de la sedación inhalada con isoflurano ha generado cambios en las pautas de sedación, con diferente impacto según la estrategia seleccionada. La sedación es exitosa destacando la rapidez de extubación tras su retirada en pacientes como primera opción y las ventanas neurológicas en el paciente posresucitación, con bajo porcentaje de complicaciones y fracaso. La utilización como rescate no parece generar reducción en días de VM.

098. EL ÚLTIMO ESCALÓN PARA LA SEDACIÓN INHALATORIA

Fernández Muñoz I, Pérez Torres M, Fernández Martín-Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, García Pastor S, López Cuenca S, Garrido Callen A y Jiménez Álvarez G

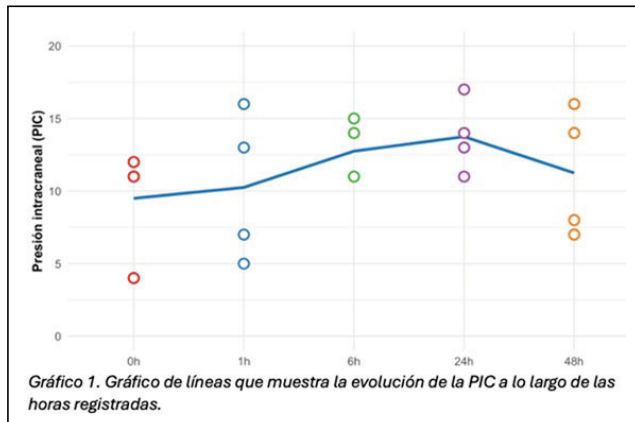
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Los gases halogenados son una alternativa eficaz y segura para la sedación de pacientes críticos. A pesar de su efecto neuroprotector y farmacocinética favorable, su uso en pacientes neurocríticos se ha visto muy limitado por el potencial compromiso de la presión de perfusión cerebral (PPC). Analizamos la evolución de la presión intracraneal (PIC) en aquellos pacientes neurocríticos que recibieron sedación inhalatoria.

Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico, observacional, que incluye pacientes neurocríticos que recibieron sedación inhalatoria desde junio de 2022 y que estaban monitorizados con sensor de PIC simultáneamente. Analizamos variables demográficas, clínicas y evolutivas. Se registra la PIC a la hora de inicio del fármaco, y transcurridas 1 h, 6 h, 24 h y 48 h respectivamente; la PPC se mantuvo en todo momento > 60 mmHg. Análisis estadístico con frecuencias (porcentajes), medias ($\pm$ desviación estándar), medianas (rangos intercuartílicos) y análisis de varianza (ANOVA) para comparación de la PIC entre las diferentes horas evaluadas.

Resultados: Se incluyen 4 pacientes, 75% hombres, edad 58 años (± 10), estancia en UCI 25 días (± 9), APACHE II 20 (± 5), SOFA 5 ($\pm 1,5$) y tiempo de ventilación mecánica 23 días (± 8). Todos requirieron traqueotomía y 1 ECMO VV. El 50% falleció en UCI. Los 4 ingresaron por hemorragia cerebral (hemorragia subaracnoidea o hematoma intraparenquimatoso), en uno de ellos se realizó craniectomía descompresiva. Todos recibieron isoflurano durante una media de 126 horas (± 55). La sedación inhalada se empleó como único sedante en el 50% y el 100% recibió bloqueo neuromuscular simultáneamente. El análisis de varianza (ANOVA) en estos pacientes no mostró diferencias significativas en la presión intracraneal entre las diferentes horas evaluadas tras la administración de isoflurano, con valor $p = 0,502$ (fig).

Conclusiones: A pesar del escaso tamaño muestral no hemos encontrado diferencias relevantes en la PIC durante la sedación con gases halogenados.



099. MONITORIZACIÓN NOCICEPTIVA EN SEDACIÓN INHALATORIA

García Pastor S, Fernández Muñoz I, Fernández Martín-Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, Jiménez Álvarez G, Merino Vega CD y Pérez Torres M

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: La sedación con agentes inhalados ha conllevado a una disminución del consumo de opiáceos. El índice qNOX monitoriza el estado nociceptivo con el estudio de ondas gamma del EEG continuo. Valoramos el consumo de opiáceos en pacientes con sedación inhalatoria tras la introducción de la monitorización nociceptiva con qNOX.

Métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos, unicéntrico, observacional, que incluye pacientes sedados con agentes inhalados desde junio de 2022. Se analizan variables demográficas, clínicas y evolutivas. Análisis estadístico con frecuencias (%), medias (desviación estándar) y mediana (rangos intercuartílicos). La comparación de grupos se hizo con test U de Mann-Whitney.

Resultados: Se incluyen 30 pacientes, 70% varones, edad 57 años (± 12), estancia en UCI 25 días (15-32). APACHE II 20 (± 6); SOFA 7 (± 3). 14 pacientes ingresaron por motivo respiratorio (47%), 12 neurocríticos

(40%), 3 posquirúrgicos (10%) y 1 por pancreatitis (3%). Tiempo de ventilación mecánica 18 días (9-29), 70% requirieron traqueostomía y 4 ECMO. El 34,5% falleció en UCI. La duración de la sedación inhalatoria fue 117 horas (72-168). El 50% recibieron bloqueantes neuromusculares. 21 pacientes se analgesiaron con fentanilo a 0,43 $\mu\text{g/kg/h}$ (0,33-0,53), 8 pacientes con remifentanilo a 2,26 $\mu\text{g/kg/h}$ (1,93-2,44) y 4 con cloruro mórfico a 2,92 mg/h (1,71-3,71); el 57% recibían analgesia convencional. Las diferencias entre las dosis de opiáceos según la monitorización nociceptiva se muestran en la tabla y figura.

Conclusiones: La monitorización nociceptiva con qNOX supuso un descenso no significativo de opiáceos durante la sedación inhalatoria.

100. ¿CÓMO SE CUMPLEN LAS MEDIDAS DEL PAQUETE ABCDEF EN NUESTRAS UCI? ENCUESTA SEDUCI 2024

Buj Vicente M, Contreras Medina S, Solarte Velastegui M, Nicolás Morales P, Borrego Ovejero A, Martínez Alcázar A, Picos Pouso R, Tudela Trancoso M y Nuvials Casals X

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: El objetivo principal es describir prácticas, protocolos y recursos utilizados en el manejo de la analgesia, sedación, *delirium* y otros aspectos del *bundle* ABCDEF en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Se realizó una encuesta a través de una plataforma virtual dirigida a los asistentes de las ponencias teóricas al finalizar el curso SEDUCI 2024. Se abordaron 16 preguntas que exploraban: (1) analgesia (2) monitorización y manejo de sedación, (3) *delirium*, (4) movilización y rehabilitación, (5) familiares y seguimiento pos-UCI.

Resultados: De un total de 96 participantes, 81 respondieron a la encuesta. El 41% correspondía a personal de enfermería, el 49% a médicos adjuntos y el 10% a médicos en formación. El 40% de los encuestados trabajaba en una UCI con más de 34 camas, y el 84% en UCI médico-quirúrgicas.

Conclusiones: Aunque existen buenas prácticas, hay deficiencias en la implementación de protocolos estandarizados. Áreas clave como la prevención del *delirium*, la movilización temprana, disponibilidad de fisioterapia y rehabilitación precoz, el seguimiento pos-UCI y la atención integral a los pacientes y sus familias necesitan más atención. Es fundamental impulsar formación y cambios organizativos para mejorar estas prácticas.

Figura 1 Póster 099

		Dosis Fentanilo		Dosis Remifentanilo		Dosis cl. mórfico	
		mcg/kg/h	p	mcg/kg/h	p	mg/h	p
qNOX	Si	0.37 (0.31 – 0.45)	0.11	2.03 (1.64 – 2.86)	0.76	1.23 (0.74 – 1.71)	0.33
	No	0.48 (0.4 – 0.56)		2.3 (2.26 – 2.3)		3.77 (3.71 – 3.84)	

Tabla 1. Dosis opiáceos según monitorización nociceptiva (U Mann-Whitney).

Figura 2 Póster 099

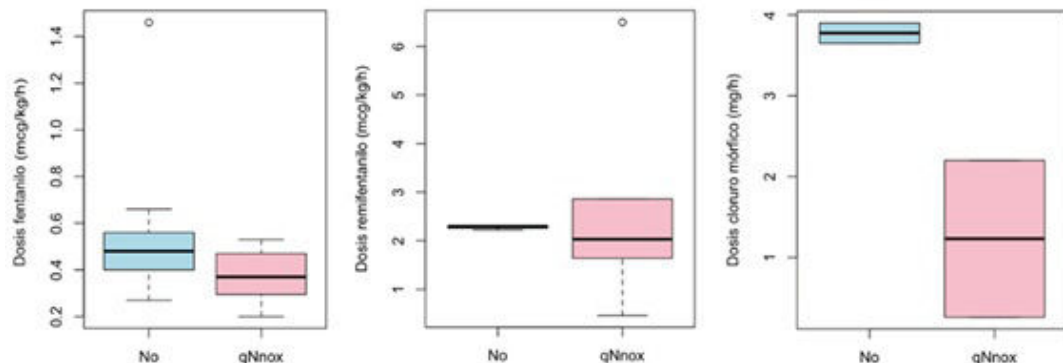


Gráfico 1. Boxplots de dosis opiáceos según monitorización nociceptiva.

Figura 1 Póster 100

Analgesia	
¿Se aplican escalas de dolor por protocolo?	89%
¿Dispones de monitorización objetiva de la sedación? (ANI, NOL...)	70%
¿Existe un protocolo de retirada de opioides?	8%
¿Se realiza una prueba diaria de retirada de sedación?	13%
Sedación	
¿Se realiza una prueba de ventilación espontánea diaria en los pacientes sin contraindicación?	39%
¿Disponéis de EEG bilateral con matriz procesada?	66%
Sí, y he recibido formación para interpretarlo	27%
Sí, y no he recibido formación para interpretarlo	39%
¿Se evita la sedación con benzodicepinas?	55%
¿Se aplica la escala RASS de forma protocolizada?	97%
Sí, y se ajusta la sedación a los objetivos pautados	55%
Se aplica la escala RASS pero la mayoría de veces no se modifica la sedación	43%
Delirium	
¿Consideras que el delirium es una disfunción orgánica?	92%
¿Se realiza el CAM-ICU de forma protocolizada?	29%
¿Disponéis de un protocolo de prevención de delirium?	22%
Movilización y rehabilitación	
¿Cómo y cuándo se utilizan las contenciones mecánicas?	
Existe un protocolo el cual se sigue	8%
Para evitar riesgo de lesiones para el paciente o el personal	67%
Para evitar riesgo de interrupción terapéutica	48%
Para evitar riesgo de caídas	16%
¿Se dispone de fisioterapeuta en la unidad?	
Sí, todos los días	35%
Sí todos los días entre semana	32%
Solo si se realiza interconsulta y tras valorarlo rehabilitación	23%
¿Se aplican escalas de grados de movilización de forma diaria?	53%
Seguimiento Post-UCI y Relación con Familiares	
¿Dispone de UCI de puertas abiertas con visita 24 horas para todos los pacientes?	22%
La información a las familiares se realiza de forma conjunta medicina, enfermería e incluso otros profesionales	8%
¿Dispones de consulta post UCI?	34%

101. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE SEDACIÓN INHALATORIA EN CONSUMO DE SEDANTES, ESTANCIAS Y DÍAS DE VM

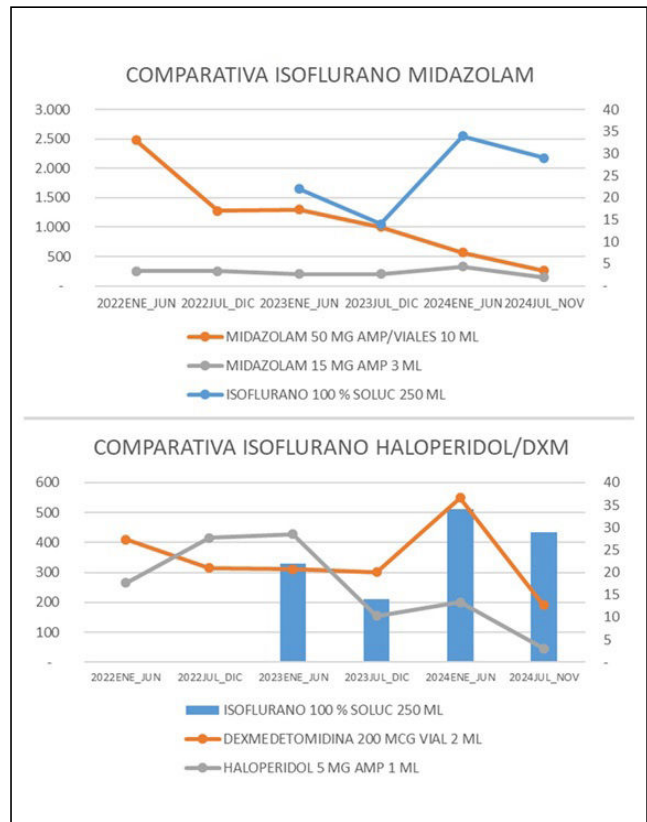
Alfonso Mejías J, Delgado Mesa P, Razak Soriano M, Macías Clemente J, Temprano García I y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Analizar el impacto de la implantación de sedación inhalatoria en el consumo de sedantes, estancias y días de VM.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional analítico de pacientes ingresados en una UCI de 8 camas de un hospital comarcal entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Variables analizadas: ingresos, estancias, escalas de gravedad, porcentaje de pacientes ventilados, letalidad en UCI y consumo de sedantes. Se comparan 3 semestres antes y después de la implantación de la sedación inhalatoria con Isoflurano (Sedaconda®), que se inició en julio de 2023. Se expresan los resultados de variables cuantitativas en mediana y cuartiles, y en porcentajes las cualitativas. Se utilizó la chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney para el análisis estadístico, con $p < 0,05$ como significativa.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron en UCI 857 pacientes, con una tasa de VM del 47%, una estancia media global de 6,9 días y una letalidad en UCI del 18,8%. Analizado por semestres, no se aprecian diferencias en APACHE II, SOFA ni tasa de VM. Se observa un incremento progresivo de uso del fármaco, pasando por semestres de un 7%, 9% hasta 15% de los pacientes ventilados. En el periodo de estudio se produce una gran reducción del consumo de midazolam, haloperidol y fentanilo, manteniéndose el uso de propofol y dexmedetomidina. La estancia media [13 (7-25) vs. 4 (2-10); $p < 0,001$] y los días totales de VM [8 (3-13) vs. 2 (1-6); $p < 0,001$] fueron significativamente mayores en pacientes en los que se utilizó isoflurano, debido a la inclusión de pacientes con sedación difícil y posparada cardiaca. En el último semestre, con la mayor tasa de uso de Isoflurano, se aprecia una tendencia no significativa a reducción de la estancia media y días de VM de pacientes con isoflurano, con una tasa global de delirio significativamente menor (9 vs. 17% previa; $p = 0,02$).



Conclusiones: La implantación de la sedación inhalatoria ha modificado significativamente las pautas de sedación con reducción de consumo de midazolam, haloperidol y fentanilo. No se aprecia impacto en los días de VM ni las estancias hospitalarias probablemente debido al tamaño muestral y al *case-mix* de pacientes, aunque sí una tendencia a reducción del delirio intra-UCI.

102. EVALUACIÓN DEL USO DE SEVOFLURANO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Díaz González C, Balboa Palomino S, García Sampedro A, Vaca Guzmán Montero K, López Candás L y Ballarín Audina T

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Describir la utilización de sevoflurano como sedante inhalatorio en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI que recibieron sedación inhalatoria con sevoflurano con el dispositivo Se-daconda ACD (dispositivo de conservación anestésica) durante el año 2024. Análisis de variables demográficas, indicación de tratamiento, duración, efectos adversos, tipo de sedación previa y posterior, dosis de aminas, mortalidad intra-UCI e intrahospitalaria. La normalidad de las variables se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se expresan como media (+DE) o mediana (mínimo-máximo) y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes. 53,3% hombres. Media de edad de 65 años (DE 13,4) y mediana de IMC 28 (24-31). APACHE II 24,2 (DE 8) e Índice de Charlson de 3,4 (DE 2,2). Estancia media en UCI de 10 días (1-76). Los diagnósticos fueron insuficiencia respiratoria 40,1%, parada cardiorrespiratoria (PCR) 30%, coma tóxico-metabólico 13,3%, shock séptico 10%, shock cardiogénico y epiglotitis con un 3,3%. El 50% estaban sedados previamente con otros fármacos: Propofol 30%, Midazolam 16,7% y ambos 3,3%. La indicación para el inicio del tratamiento: sedación difícil con otros sedantes 30% y broncoespasmo 3,3%. El resto de pacientes (66,7%) por indicación de facultativo. La duración media fue 4 días (2-8) y la dosis media recibida de 8,8 ml/h (DE 4,1). La suspensión del tratamiento fue por efecto adverso (10%) y por fracaso terapéutico (10%) precisando cambio de estrategia. En el resto, se suspendió tras extubación (36,7%), *exitus* (20%) e indicación facultativa (23,3%). Presentaron efectos adversos un 20%: hipotensión 13,3%, SIADH 3,3% y un episodio de infraversión de la mirada 3,3%. El 43,3% precisó cambio en la estrategia de sedación para avanzar al destete de la ventilación mecánica: 30% Propofol, 10% Midazolam y 3,3% Propofol con Remifentanilo. Tras la retirada del sevoflurano el 40% presentó *delirium*. Mortalidad en UCI 33% y mortalidad hospitalaria 40%.

Conclusiones: Diagnóstico más frecuente en pacientes con sevoflurano fue insuficiencia respiratoria seguida de PCR. Un 20% tuvieron efectos adversos, siendo el más frecuente hipotensión arterial. De estos, un 50% precisaron suspender el sevoflurano.

103. ¿INFLUYE EL INICIO DE LA SEDACIÓN CON SEVOFLURANO EN LAS DOSIS DE OPIÁCEOS Y AMINAS DE NUESTROS PACIENTES?

Díaz González C, Balboa Palomino S, García Sampedro A, Vaca Guzmán Montero K, López Candás L y Ballarín Audina T

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Analizar las dosis de opiáceos y aminas recibidas en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU) tras el inicio de sedación inhalada con sevoflurano.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI que recibieron sedación inhalatoria con sevoflurano con el dispositivo Se-daconda ACD (dispositivo de conservación anestésica) durante el año 2024. Análisis de variables demográficas, indicación de tratamiento, duración, efectos adversos, tipo de sedación previa y posterior, dosis de aminas, mortalidad intra-UCI e intrahospitalaria. La normalidad de las variables se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables cuantitativas se expresan como media (+DE) o mediana (mínimo-máximo) y las cualitativas como porcentajes. Las dosis de aminas y opiáceos mediante el test t de Student para muestras apareadas, estableciendo la significación estadística en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes. 53,3% hombres. Media de edad de 65 años (DE 13,4) y mediana de IMC 28 (24-31). APACHE II 24,2

(DE 8) e Índice de Charlson de 3,4 (DE 2,2). Estancia media en UCI de 10 días (1-76). Los diagnósticos fueron insuficiencia respiratoria 40,1%, parada cardiorrespiratoria (PCR) 30%, coma tóxico-metabólico 13,3%, shock séptico 10%, shock cardiogénico y epiglotitis con un 3,3%. 50% estaban sedados previamente con otros fármacos: Propofol 30%, Midazolam 16,7% y ambos 3,3%. Presentaron efectos adversos un 20%: hipotensión 13,3%, SIADH 3,3% y un episodio de infraversión de la mirada 3,3%. El 43,3% precisó cambio en la estrategia de sedación para avanzar al destete de la ventilación mecánica: 30% propofol, 10% midazolam y 3,3% propofol con remifentanilo. Tras la retirada del sevoflurano el 40% presentó *delirium*. Mortalidad en UCI 33% y mortalidad hospitalaria 40%. Dosis media de opiáceos (fentanilo) recibida previo al inicio de sevoflurano fue de 26,6 $\mu\text{g/h}$ (DE 23,6) y dosis posterior de 13,75 $\mu\text{g/h}$ (DE 22,3) objetivando un descenso en la dosis media del 48% ($p = 0,01$). Dosis media de Noradrenalina previa fue 0,07 $\mu\text{g/kg/min}$ (DE 0,17) y posteriormente de 0,16 $\mu\text{g/kg/min}$ (DE 0,38) ($p = 0,243$).

Conclusiones: Diagnóstico más frecuente en pacientes con sevoflurano fue insuficiencia respiratoria seguida de PCR. El inicio de sedación inhalada ha permitido disminuir la dosis media de fentanilo en un 48%. El efecto adverso más frecuente fue la hipotensión arterial sin objetivarse una diferencia estadísticamente significativa en el aumento de dosis de aminas.

104. ESTUDIO GIOPICS: ANÁLISIS DEL SÍNDROME POS-UCI Y ESTRADIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD

Fuster Bertolín C¹, Bellés Cases A², Horta Puig AM¹, M'hamed F¹, Pujol Capel FX¹, Torrente A¹, Teixidó Lluà J¹ y Murcia Gubianas C¹

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Analizar la prevalencia del síndrome poscuidados intensivos (SPCI) en nuestro centro, clasificar los casos según su gravedad y explorar su relación con factores modificables.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional y prospectivo que incluyó a pacientes ingresados en la UCI del Hospital Trueta durante un periodo de un año (05/2022-05/2023). Se recogieron datos exhaustivos sobre las características clínicas de los pacientes, las condiciones de ingreso y las intervenciones terapéuticas administradas durante la estancia en la UCI. A los 3 y 6 meses tras el alta hospitalaria, se llevaron a cabo evaluaciones presenciales mediante entrevistas semiestructuradas para analizar la calidad de vida y las secuelas en los ámbitos físico, psicológico y cognitivo.

Tabla 1: Resultado del seguimiento a los 3 meses		N (%)
SPCI	SPCI total	11 (50.0)
	SPCI leve	6 (27.3)
	SPCI moderado	4 (18.2)
	SPCI severo	1 (4.55)
Vida diaria	SF-12 físico <40 puntos	7 (31.8)
	SF-12 mental <40 puntos	7 (31.8)
	No recupera su lugar de trabajo	11 (50)
	No vuelve a conducir	6 (27.3)
	No recupera aficiones	8 (36.4)
Esfera física	SF-12 físico <40 puntos	7 (31.8)
	Barthel <90 puntos	0 (0.0)
	MRC <48 puntos	0 (0.0)
	Pérdida de peso >5kg	7 (31.8)
Esfera cognitiva	MOCA <26 puntos	11 (50.0)
Esfera psicológica	SF-12 mental <40 puntos	7 (31.8)
	HAD ansiedad <11 puntos	2 (9.1)
	HAD depresión <11 puntos	2 (9.09)

Resultados: De los 22 pacientes que completaron el seguimiento (47% de pérdidas), el 65% eran hombres con una edad media de 52 años. El 61% ingresaron por motivos médicos, con un APACHE II inicial de 19,8 y una estancia media en UCI de 19 días. A los 3 meses, el 50% de los pacientes fueron diagnosticados con SPCI, distribuidos en 27% leve, 18% moderado y 5% grave. A los 6 meses, se observó una mejora significativa, con una prevalencia reducida al 25%, incluyendo solo 2 casos de SPCI moderado o grave. La esfera más afectada fue la cognitivo-laboral, con un 50% de los pacientes que no recuperan su puesto trabajo habitual y un 50% con resultados patológicos en la escala MoCA. Aunque no se identificaron diferencias significativas en las variables demográficas o terapéuticas, la afectación psicológica mostró una relación más estrecha con el SPCI en comparación con otras variables (dimensión mental en SF-12, $p < 0,05$; dimensión depresión en HAD, $p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de SPCI en nuestra cohorte fue del 50%, un hallazgo consistente con la literatura existente, caracterizado principalmente por formas leves. Las pérdidas de seguimiento, que alcanzaron un 47%, limitaron la capacidad para realizar un análisis exhaustivo de los factores de riesgo asociados. En este contexto, la afectación psicológica mostró una correlación significativa con el desarrollo del SPCI, mientras que las alteraciones cognitivas se identificaron como las manifestaciones más prevalentes dentro de la población estudiada.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 1

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 2

Moderadora: Cruz Soriano Cuesta, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

105. REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE FILMARRAY NEUMONÍA PLUS EN LA DESESCALADA ANTIBIÓTICA DE PACIENTES CRÍTICOS

Chova Sendra Z, Moreno Fontanillas O, Da Costa Llacer L, Rincón Franco S, Vendrell Torra E, Iglesias Rodríguez R y Garro Martínez P

Hospital General de Granollers, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la repercusión de la implantación de Filmarray neumonía plus (PNplus) en la desescalada antibiótica de pacientes con neumonía y requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Analizar la concordancia de resultados entre PNplus y el cultivo convencional.

Métodos: Entre diciembre de 2023 y julio de 2024, se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad con diagnóstico de neumonía comunitaria o nosocomial que requirieron de ventilación mecánica invasiva. Se obtuvieron 22 muestras de lavado broncoalveolar mediante fibrobroncoscopia. Cada muestra fue analizada mediante PNplus y cultivo convencional. El presente estudio es un estudio descriptivo para valorar el porcentaje de concordancia entre ambas técnicas y el porcentaje de cambio de tratamiento según los resultados del PNplus.

Resultados: Al comparar los resultados de ambas técnicas, éstas fueron negativas en el 45,5%. En el 27% de los casos, PNplus detectó patógenos siendo el cultivo negativo, mientras que en el 9% el cultivo fue positivo siendo PNplus negativo. En el 14% detectaban diferentes microorganismos y solo en un 5% detectaban el mismo. Destacar que en algunos casos se aislaron diferentes microorganismos en una misma muestra. Resultados de PNplus: el 54,5% de las muestras fueron negativas. Entre las muestras positivas, *Influenzae A* se aisló en un 36%, *Staphylococcus aureus* en un 21% y *Haemophilus influenzae* en un 14%. Además, se aisló *Enterobacter cloacae* (7%), *Streptococcus pneumoniae* (7%), *Human rinovirus/enterovirus* (7%) y *Parainfluenza virus* (7%). No se encontraron genes de resistencia. Resultados de cultivo convencional: el 72,7% de las muestras fueron negativas. En un 14% para cada microorganismo se aisló: *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aspergillus fumigatus*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Achromobacter xylosoxidans*, *Candida tropicalis*, *Enterobacter cloacae*. Impacto en la terapia: en el 54,5% de PNplus se realizó cambio en el tratamiento, y de estos, al 50% se le retiró el antibiótico y al 50% restante

se desescaló. En lo que refiere al cultivo, solo se realizó cambio en un 27%: retirada en el 50% y escalada, desescalada e inicio de antibioterapia en un caso respectivamente (17%).

Conclusiones: PNplus permite detectar de forma precoz más microorganismos y con ello ajustar la antibioterapia para evitar el desarrollo de resistencias. Es posible que el PNplus sea negativo y el cultivo positivo, esto ocurre cuando PNplus no testa el microorganismo en cuestión (por ejemplo, *Aspergillus*). En cuanto a actitud médica, globalmente, PNplus permite adecuar el tratamiento antibiótico.

106. UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE A LO LARGO DE 17 AÑOS

Ruiz Villa G, Del Baño Aledo MD, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Torrano Ferrández A, Rozua López AM, Martínez Martín G, Carrasco González E, Higón Cañigral A y López Gómez L

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

Objetivos: Analizar el uso de antimicrobianos (AM) a lo largo de 17 años en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, utilizando el registro ENVIN, de todos los AM que recibieron los pacientes ingresados en UCI con una estancia superior a 48 horas, entre el año 2006 y 2023. Se excluyeron los AM utilizados como profilaxis. Las variables se expresan como medias con su desviación estándar, mediana (rango intercuartílico) y frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron utilizados 16261 antimicrobianos, de los cuales el 89,9% eran antibacterianos, 6,0% antifúngicos, 3,5% antiviricos y el 0,5% otros. El motivo del uso del AM fue infección comunitaria en el 53,0% de los casos, infección nosocomial desarrollada en planta en el 23,4%, infección nosocomial desarrollada en UCI en el 21,9% y en el 1,7% por motivo desconocido. Únicamente 1.688 (10,6%) de los AM habían sido utilizados de forma dirigida. Entre los antibacterianos, las 3 familias más utilizadas fueron los betalactámicos/inhibidor de betalactamasa en el 23,8%, las fluorquinolonas (13,3%) y las cefalosporinas de 3.^a generación (12,5%). Tanto el tipo de AM como la familia de antibióticos utilizados difieren con el paso de los años ($p < 0,001$ para ambas comparaciones). Según la clasificación AwaRe, el 75,8% de los antibióticos fueron clase W, 11,9% clase A y 12,3% clase R. El uso de antibióticos clase R ha ido aumentando con el tiempo, 4,3% en 2006, 3,5% en 2007 y 5,3% en 2008, frente al 16,9% en 2021, 21,3% en 2022 y 21,8% en 2023 ($p < 0,001$). La mediana de duración de los AM ha sido de 5 (3-8) días, 62,7% de los AM menos de 7 días, 29,0% entre 7 y 14 días y 8,3% más de 14 días, con diferencias según los años analizados ($p < 0,001$), con porcentajes mayor del 10% de AM utilizados por encima de 14 días durante los años 2006 a 2010, y menores del 5% en los últimos tres años del estudio ($p < 0,001$).

Conclusiones: El uso de antimicrobianos es frecuente en la UCI. La mayoría son antibacterianos y la indicación principal es la infección comunitaria. A lo largo de los años, ha aumentado el uso de los antibacterianos restringidos, pero la duración del tratamiento es cada vez menor.

107. EFECTIVIDAD CLÍNICA Y RESISTENCIA EMERGENTE A CEFIDEROCOL EN PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIONES POR BGN-MDR

García-Roig B, Martín-Cerezuela M, Frasset-Artés J, Martín-Latorre R y Ramírez-Galletmore P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Describir la experiencia con pacientes críticos tratados con cefiderocol e investigar la aparición de resistencias mediante la evaluación de la CMI al diagnóstico, durante y al final del tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de 13 pacientes ingresados en la UCI del HUIP La Fe (2021-2023). Se analizaron variables clínicas y microbiológicas, definiendo fallo clínico como persistencia de síntomas en EOT y fallo microbiológico como cultivos positivos en EOT. La sensibilidad a cefiderocol se evaluó con difusión en disco, y la evolución de la CMI mediante t pareada ($p < 0,05$). Estudio retrospectivo de 13 pacientes ingresados en la UCI del HUIP La Fe (2021-2023). Se analizaron variables clínicas y microbiológicas, definiendo fallo clínico como persistencia de síntomas en EOT y fallo microbiológico como cultivos positivos en EOT. La sensibilidad a cefiderocol se evaluó con difusión en disco, y la evolución de la CMI mediante t pareada ($p < 0,05$).