

sión de CAR-T hasta la aparición de síntomas, tratamiento y necesidad de medidas invasivas, así como los resultados de punciones lumbares y estudios de líquido cefalorraquídeo (LCR) y pruebas de imagen (TAC).

Resultados: De los 247 pacientes tratados con CAR-T desde el inicio del programa, un 25% (62) requirieron ingreso en UCI, de los cuales un 74% (45) fueron por ICANS. De estos, un 47% (21) fueron hombres y un 53% (24) mujeres. El intervalo promedio desde la infusión hasta el inicio de los síntomas fue de 8 días. En cuanto al grado de ICANS, un 6% (3) ingresó con grado 1, un 11% (5) con grado 2, un 58% (26) con grado 3 y un 25% (11) con grado 4. Todos los pacientes recibieron profilaxis anticomicrobial con levetiracetam. Todos precisaron corticoterapia y un 47% (21) añadir Anakinra al tratamiento. Un 22% (9) requirió intubación orotraqueal por bajo nivel de conciencia con una media de 11 días de ventilación mecánica. De las punciones lumbares realizadas (38), solo 1 caso mostró aislamiento microbiológico positivo (virus herpes humano 6). Se observó hiperproteínoorraquia en LCR en la mayoría de los casos evaluados. Solo se evidenciaron dos casos de complicaciones hemorrágicas (hemorragia subaracnoidea y colección hemática frontoparietal) del total de TACs realizados (43). La mortalidad en UCI fue del 11% y la estancia media de 7 días.

Conclusiones: El manejo de ICANS en pacientes tratados con CAR-T implica un abordaje multidisciplinario y el uso de terapias específicas. Las pruebas complementarias, como el análisis del LCR y las pruebas de imagen, resultan herramientas clave para el diagnóstico diferencial, aunque los hallazgos microbiológicos son muy infrecuentes.

16:35-18:05 h

AUDITORIO 3

PÓSTERES ORALES

CIRUGÍA CARDIACA 2

Moderadores: José Luis Pérez Vela, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid/
Rocío Amézaga Menéndez, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca

183. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CON ECMO POSCARDIOTOMÍA

Sánchez Martín L¹, Fernández Zamora MD¹, García Delgado M², Herruzo Avilés A³, Torres Delgado EM⁴ y Curiel Balsea E¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

²Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C.H.U. Virgen de la Nieves), Granada.

³Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

⁴Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: Analizar los pacientes que han precisado asistencia mecánica de VI tras cirugía cardiovascular y los factores relacionados con la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de todos los pacientes incluidos en el registro ARIAM de cirugía cardíaca desde 2009 hasta noviembre 2023 que fueron tratados con dispositivos de asistencia mecánica tras someterse a cirugía cardíaca. Las variables cualitativas se expresan como número y porcentaje y las cuantitativas como media y desviación típica. Para el análisis bivariante se han utilizado los test de chi-cuadrado y t de Student según necesidad con un error alfa máximo del 5%. Para el análisis multivariante se ha empleado regresión logística binaria. Para la calibración del modelo se ha empleado el test de Hosmer Lemeshow y para la discriminación, el análisis de la curva ROC.

Resultados: Se han analizado 239 pacientes, un 65,3% hombres, con una edad media de 55 ± 14 años. El 10% fue cirugía de revascularización, 38,5% valvulares y el 7,1% cirugías combinadas, siendo el resto cirugías sobre la aorta torácica, congénitas, complicaciones del infarto o trasplante cardíaco. La mortalidad en UCI fue del 50,2% (120 pacientes). Un 12,1% precisó BClAo concomitantemente, el 28,5% desarrolló fracaso renal que precisó HDFVVC, el 33,5% precisó reintervención quirúrgica, el 49% politransfusión. Encontramos relación con la mortalidad en el tipo de cirugía

valvular OR 2, 01 (IC95% 1,1-3,4), o mixta OR 3,49 (IC95% 1,1-11,04) así como el fallo renal con necesidad de reemplazo renal OR 2,1 (IC95% 1,17-3,74), necesidad de BClAo OR 3,59 (IC. 95% 1,4-8,77), la necesidad de politransfusión OR 4,4 (IC95% 2,5-7,6), la polineuropatía OR 2,08 (IC95% 1,11-4,34) junto con la edad (p = 0,015), la FEVI preoperatoria (p = 0,018) y el SAPS III al ingreso (p = 0,0001). No encontramos relación con la mortalidad el taponamiento, accidente cerebrovascular, necesidad de reintervención o scores específicos de cirugía cardíaca como el EuroSCORE 1 o 2 (p > 0,05). El análisis multivariante mostró como predictores de mortalidad independiente a la edad, el tipo de cirugía valvular o mixta, la politransfusión y la polineuropatía. La calibración del modelo fue buena y la discriminación con AUC ROC de 0,82.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con *shock* poscardiotomía que requieren dispositivos de asistencia ventricular es del 50,2%. La mortalidad está relacionada con la edad, la gravedad al ingreso en UCI medida mediante SAPS score y complicaciones como la polineuropatía o la politransfusión.

184. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA MANIOBRA DE DECÚBITO PRONO EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDIACA EN ADULTOS

Prieto Cabrera A¹, Cantor García AV¹, Palazón Blanco A¹, Morales Sorribas E², Solís Chávez MB¹, Janeiro Lumberras D¹, Castrillo Cortecedo L¹, García-Perrote SC¹, Galbán Malagón MC¹ y Martín Benítez JC¹

¹Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La maniobra de decúbito prono (DP) es efectiva en el manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), pero la evidencia de su uso en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca es limitada. El objetivo del trabajo es analizar la eficacia de la maniobra de DP y sus complicaciones.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que precisaron DP en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca entre 2004 y 2024. Estadística descriptiva y comparación de valores numéricos pareados mediante t de Student, análisis multivariante mediante regresión logística y modelos lineales generalizados. Análisis estadístico realizado con JASP.

Resultados: Se analizaron 39 pacientes. La edad media fue 68 años, 77% fueron varones. El principal motivo de cirugía fue la disección de aorta (31%), seguido de cirugía valvular (23%), cirugía mixta (21%), revascularización coronaria (15%) y endocarditis (8%). El 51% fueron cirugías programadas y 9 pacientes precisaron reintervención, 5 en las primeras 24 h. El tiempo medio de circulación extracorpórea fue 101,6 minutos, el de clampaje aórtico 64 minutos. La causa más frecuente de SDRA fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (49%), seguida del SDRA de causa desconocida (23%), el *shock* cardiogénico (17%) y el SDRA asociado a transfusión (11%). La mediana de ciclos de DP fue uno, con duración media de 24 h. La PaO₂/FiO₂ previa al DP fue 75, a las 4 h, 174 y al final 185 (p < 0,001). La paCO₂ inicial fue 47 mmHg y a las 6 h 45 mmHg (p0,25). No hubo diferencias en la dosis de soporte vasoaditivo e inotrópico antes y después del DP. El riesgo previo de mediastinitis fue moderado, con una puntuación mediana Med-Score 24 de 8 (RIQ 6-10). Un paciente desarrolló mediastinitis y dehiscencia esternal (2,56%) tras DP. La mortalidad fue 46%, sin diferencias por causa (p 0,068); la estancia media en UCI fue 44 días, la hospitalaria 57 días. En el análisis multivariante, mayor edad y paCO₂ al inicio del DP se asociaron con mayor mortalidad (p 0,016 y p 0,032).

Conclusiones: El DP en el posoperatorio de cirugía cardíaca es una maniobra efectiva y segura, con una incidencia de mediastinitis menor a la prevista para el grupo de riesgo. La mortalidad se asoció con mayor edad y paCO₂ al inicio del DP.

185. IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA MORTALIDAD DE LA CIRUGÍA CARDIACA

Sánchez Gutiérrez A, Martín-Jordán García E, Blanco Aguilar V, Ballesteros Saavedra V, Domínguez de la Cruz I, Ruiz Echevarría C, Martínez Rodríguez L, Miravete Lagunes K, Amado Rodríguez L y Muñiz Albaiceta G

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Estudiar la asociación entre las concentraciones de partículas en el aire y la mortalidad en el posoperatorio inmediato tras cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca en una población de referencia de 1 millón de habitantes entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Para cada paciente se registraron variables epidemiológicas y clínicas. Se calculó la exposición a partículas como el promedio de las concentraciones de partículas menores de 2,5 micras (PM_{2,5}) o 10 micras (PM₁₀) en las dos semanas previas a su admisión en el hospital, en la estación de medida más cercana al código postal de la residencia de cada paciente. Los datos clínicos se compararon entre los terciles de exposición usando un análisis de la varianza. El impacto de PM_{2,5} y PM₁₀ se estimó con un modelo de Cox, incluyendo las concentraciones de partículas como variables cuantitativas, estratificado para el tipo de cirugía. Adicionalmente, en 16 pacientes se estudió la expresión génica en sangre periférica en las primeras 24 horas tras la cirugía mediante secuenciación masiva, y se compararon dos grupos de alta y baja exposición a PM_{2,5} usando la mediana como valor de corte.

Resultados: De los 4.538 pacientes intervenidos en el periodo de estudio, se obtuvieron datos de contaminación en 1.876 (edad 71 [63-77] años, 32% mujeres). Las concentraciones de PM_{2,5} y PM₁₀ fueron 10,2 (7,9-12,4) y 21,2 (17,2-27,2) µg/m³, respectivamente. En el modelo de Cox, cada incremento de una unidad en la concentración de PM_{2,5} se asoció a un incremento en la mortalidad (HR 1,09 [1,01-1,18], p = 0,03). No hubo diferencias clínicas relevantes entre los pacientes incluidos en los diferentes terciles de exposición. El grupo de mayor exposición presentó un enriquecimiento específico en la expresión de genes relacionados con la respuesta inmune mediada por linfocitos T y NK, y un descenso de genes implicados en hemostasia.

Conclusiones: La exposición a partículas se asocia a una mayor mortalidad tras cirugía cardíaca. Este incremento en la mortalidad podría explicarse por una activación de la respuesta inmune y un descenso de la expresión de genes relacionados con la hemostasia.

186. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON NEOPLASIA EN CIRUGÍA CARDÍACA

Martín-Jordán García E, Sánchez Gutiérrez A, Blanco Aguilar V, Ballesteros Saavedra V, Domínguez de la Cruz I, Ruiz Echevarría C, Parra Ruiz D, Rodríguez Yago MA, Martínez Rodríguez L y Muñiz Albaiceta G

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Estudiar el impacto de un diagnóstico previo de cáncer en la evolución en UCI tras cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio prospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía cardíaca entre enero de 2018 y diciembre de 2023 en una población de referencia de 1 millón de habitantes. Los pacientes se agruparon según la presencia o no de un diagnóstico previo de neoplasia. Los datos cuantitativos se muestran como mediana (rango intercuartílico) y se comparan usando una prueba t. Los datos cualitativos se presentan como frecuencias absolutas y relativas. La supervivencia se analiza mediante un modelo multivariable de Cox de riesgos competitivos, calculando el Hazard ratio (HR) con su intervalo de confianza del 95%. Se realizó además un estudio en población balanceada mediante el cálculo de un *propensity score* para la presencia de tumor y la selección de 2 controles por cada caso.

Resultados: De las 4.538 cirugías realizadas, 330 pacientes presentaban diagnóstico previo de neoplasia (67,3% varones). Los pacientes con historia de neoplasia presentaron mayor edad (73 [67-78] vs. 71 [63-77] años, p < 0,01), un SAPS-3 (49 [43-57] vs. 43 [38-50], p < 0,01) y Euroscore-2 (2,3 [1,3-5,1] vs. 2 [1,1-4], p < 0,01). Así mismo, presentaron una mayor incidencia de fallo renal con necesidad de sustitución renal (19/330 vs. 120/4.208, p < 0,01), de convulsiones (6/330 vs. 47/4.208, p = 0,04) y de delirio (38/330 vs. 320/4.208, p = 0,02). La presencia de una neoplasia no aumentó de forma significativa la mortalidad en UCI (HR 1,33 [0,73-2,42], p = 0,36). En el estudio sobre una población ajustada (251 casos y 502 controles), la presencia de una neoplasia se asoció a una mayor estancia en UCI (HR 1,17 [1-1,38], p = 0,05) pero no a mayor mortalidad (HR 1,61 [0,75-3,49], p = 0,22).

Conclusiones: El antecedente de neoplasia supone un aumento de las complicaciones durante la estancia en UCI, lo que parece relacionarse con el aumento de la duración del ingreso. No obstante, estas complicaciones no se relacionaron con un aumento de la mortalidad.

187. IMPACTO DE LOS TIEMPOS DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA E ISQUEMIA EN LA LESIÓN RENAL AGUDA POSOPERATORIA

Carrapiso Galán P, Magaña Bru I, Alvargonzález Riera C, Delgado Arroyo A, Gállego Villar M, Canabal Berlanga A, Sánchez Prats M y Mejías Heras A

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: El Hospital Universitario de La Princesa cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médico-quirúrgica con una elevada presión de ingresos procedentes del quirófano de Cirugía Cardíaca (una media de 230 ingresos/año). Dado que el desarrollo de insuficiencia renal posoperatoria es uno de los indicadores de calidad en CCA, nuestro objetivo es analizar si existe relación entre el desarrollo de lesión renal aguda (LRA) posoperatoria y el tipo de cirugía, el tiempo de circulación extracorpórea (CEC) o el tiempo de isquemia.

Métodos: Se hizo un análisis retrospectivo descriptivo de los adultos ingresados en UCI en el posoperatorio de CCA programada durante 1 año (junio 2023-junio 2024). Se recogieron datos epidemiológicos, tipo de cirugía, tiempos de CEC e isquemia, presencia de LRA previa y desarrollo de LRA pos-CCA. Se analizaron los datos empleando la prueba de chi cuadrado. Para evaluar la magnitud de la asociación entre los factores y la LRA, se calcularon las *odds ratios* (OR) mediante análisis de regresión logística. Se utilizó una p < 0,05 como estadísticamente significativa.

Resultados: Se analizaron 253 pacientes, en su mayoría varones con edad media de 68 años (68 ± 10 años) y con fracaso renal agudo previo en el 11,5% de la muestra. El tipo de cirugía más frecuente fue la valvular (54,2%), seguida de la cirugía de revascularización (25,3%). El tiempo medio de CEC fue de 101,53 minutos (101,51 ± 35,68) y el tiempo medio de isquemia de 79,56 minutos (79,56 ± 32,7 minutos). El 12,3% de los pacientes desarrolló LRA pos-CCA, siendo la presencia de LRA previa un

Figura Póster 187

Tiempos		Desarrollo de LRA post CCA		Significación estadística (χ²)	Regresión logística (OR)
		NO	SI		
T CEC ≤ 101 min	Recuento	144	14	p = 0,031	OR 2,27 (IC 95% 1,062 – 4,854)
	% de CEC ≤ 101 min	91,1%	8,9%		
	% de LRA post CCA	65,2%	45,2%		
T CEC >101 min	Recuento	77	17	p = 0,039	OR 2,21 (IC 95% 1,026 – 4,758)
	% de CEC >101 min	81,9%	18,1%		
	% de LRA post CCA	34,8%	54,8%		
T isquemia ≤ 87 min	Recuento	161	17	p = 0,039	OR 2,21 (IC 95% 1,026 – 4,758)
	% de CEC ≤ 101 min	90,4%	9,6%		
	% de LRA post CCA	72,9%	54,8%		
T isquemia > 87 min	Recuento	60	14	p = 0,039	OR 2,21 (IC 95% 1,026 – 4,758)
	% de CEC >101 min	81,8%	18,9%		
	% de LRA post CCA	27,1%	45,2%		

factor predisponente con significación estadística ($p < 0,001$ según el test exacto de Fisher). El tiempo de CEC > 101 minutos y el tiempo de isquemia > 87 minutos se relacionaron de forma significativa con mayor riesgo de LRA pos-CCA con un OR > 2 en ambos casos (tabla). No se observó relación significativa entre el tipo de cirugía y el desarrollo de LRA pos-CCA.

Conclusiones: Conocer aquellos factores que en nuestra muestra se relacionan con una mayor predisposición al desarrollo de LRA pos-CCA nos permitirá llevar a cabo medidas preventivas de nefroprotección.

188. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EXTUBACIÓN TEMPRANA Y TARDÍA EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA EN LA RIOJA

Corta Iriarte L, Abril JM, Valero M, Chicote E, Pavia MC, Gómez S, Arlabán M, Mainar I, Monfort E e Íñiguez A

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

Objetivos: Comparar estancia en UCI, hospital y mortalidad entre pacientes con extubación temprana y tardía tras cirugía cardíaca. Evaluar complicaciones posoperatorias (*delirium*, daño renal, infecciones) considerando SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II), EUROSCORE (European System for Cardiac Operative Risk Evaluation) y uso de vasopresores. Analizar el impacto de movilización y nutrición precoz en la evolución posoperatoria.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes posoperados de cirugía cardíaca, clasificados por extubación: temprana (6-12 h) y tardía (> 12 h), durante 12 meses. Se excluyeron pacientes con intervenciones urgentes, procedimientos pericárdicos, extracción de dispositivos y soporte mecánico circulatorio. Variables analizadas: complicaciones, estancias en UCI/hospital, mortalidad, SAPS II, EUROSCORE, vasopresores y movilización temprana. Estadísticas descriptivas compararon ambos grupos.

Resultados: 119 pacientes: 96 con extubación temprana y 23 tardía. La edad promedio y el EUROSCORE fueron similares (72 vs. 71 años y 1,61 vs. 1,53 respectivamente). En el grupo temprano predominó el sexo masculino (79 vs. 70%) y menor SAPS II (29 vs. 33). Cirugías valvulares y revascularización coronaria fueron más frecuentes en este grupo, mientras que la cirugía combinada predominó en el tardío. El grupo tardío tuvo mayores estancias en UCI (7 vs. 5 días) y hospital (14 vs. 9 días), mayor uso de vasopresores (73 vs. 67%) y complicaciones como *delirium* (39 vs. 4%), daño renal (56 vs. 7,2%) e infecciones (21 vs. 6,25%). La movilización precoz (< 24 h) y nutrición temprana fueron más comunes en el grupo temprano (85 vs. 17% y 87 vs. 17%, respectivamente). Midazolam fue más utilizado en el grupo tardío (47 vs. 7,2%), con mayor mortalidad (17 vs. 5%).

Conclusiones: El grupo tardío presentó mayor gravedad, complicaciones y mortalidad, con estancias más largas y mayor sedación. El grupo temprano mostró mejores resultados, con mayor movilización y nutrición tempranas, menos complicaciones y menor mortalidad. Estos hallazgos resaltan la relevancia de protocolos ERAC (recuperación mejorada tras cirugía cardíaca) para optimizar recuperación, sedación y resultados clínicos.

189. PRINCIPALES COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES CON ECMO VA. SERIE DE CASOS DE NUESTRO HOSPITAL

Escriche Martín L, Morillo Muela B, León Moya C y Cantón Bulnes ML

Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Identificar las principales complicaciones asociadas al uso de ECMO VA en una UCI polivalente con cirugía cardíaca y sin trasplante, y analizar las causas de *exitus*. Además, evaluar la supervivencia a los 3, 6 y 12 meses.

Métodos: Estudio observacional descriptivo con carácter retrospectivo en una UCI polivalente con cirugía cardíaca. Se incluyeron 41 pacientes entre 2015-2022 que precisaron ECMO venoarterial. Se registraron variables clínicas y perioperatorias, incluyendo comorbilidades, aspectos quirúrgicos, escalas de gravedad (APACHE II y SOFA), características relacionadas con el uso de ECMO, complicaciones, causa de *exitus* y supervivencia. Las variables cualitativas se expresan como número/porcentaje y las continuas como mediana y rangos intercuartílicos con intervalos de confianza al 95%. Las diferencias se calcularon con chi cuadrado o U de Mann-Whitney, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes con ECMO VA, de los cuales 63,4% ($n = 26$) fallecieron con una mediana de edad de 67,5 (58,7-76), de APACHE II 18 (17-23) y SOFA de 9 (8-10). La mediana de días con ECMO VA fue de 6 (5,25-7) entre los pacientes que sobrevivieron, con 21 días de mediana (12-33) de estancia en UCI. En cuanto a las complicaciones registradas (tabla), las más prevalentes fueron la politransfusión de hemoderivados (48,8%) y la reintervención (41,5%). En nuestra serie, 9 pacientes presentaron accidente vasculocerebral (AVC) hemorrágico y todos fallecieron. Esta es la única complicación en la que encontramos diferencias estadísticamente significativas con $p < 0,05$. La causa principal de *exitus* fue de origen cardiológico (29,3%), seguida por fallo multiorgánico y limitación del esfuerzo terapéutico (ambos en un 12,2%). Además, el 9,8% ($n = 4$), de los pacientes fallecieron debido a causas neurológicas. De los pacientes que fueron dados de alta a planta, todos estuvieron vivos al año de evolución.

Variables	Total cohorte	Vivos	Fallecidos	OR
Nº total pacientes, n (%)	41	15 (36,6)	26 (63,4)	
Días de ECMO VA:	5 (3-7)	6 (5,25-7)	3 (1-5)	
Días de estancia en UCI:	8 (16,48 – 22,75)	21 (12-33)	5 (1,75–13,75)	
Días estancia hospitalaria:	13 (23,55 – 38)	38 (27-55)	7 (3-18,50)	
Escalas de gravedad:				
APACHE II, mediana (p25-p75)	18 (15-21,75)	15 (12-19)	18 (17-23)	
SOFA ingreso, mediana(p25-p75)	9(8-10)	9(7-10)	9(8-10)	
Complicaciones y evolución en UCI				
• Politransfusión de hemoderivados	20 (48,8)	7 (46,7)	13 (57,7)	1,55 (0,43-5,59)
• Traqueostomía	5 (12,2)	2 (13,3)	3 (11,5)	0,84 (0,12-5,78)
• Accidente cerebrovascular isquémico	4 (9,8)	0 (0)	4 (15,4)	0,59 (0,45-0,77)
• Accidente cerebrovascular hemorrágico	9 (22)	0 (0)	9 (34,6)	0,53 (0,38-0,73)*
• Shock séptico	11 (26,8)	5 (33,3)	6 (23,1)	0,6 (0,14-2,45)
• Bacteriemia	7 (17,1)	4 (26,7)	3 (11,5)	0,36 (0,07-1,88)
• Neumonía asociada a ventilación mecánica	11 (26,8)	5 (33,3)	6 (23,1)	0,6 (0,14-2,45)
• Técnica continua de reemplazo renal	19 (46,3)	8 (53,3)	11 (42,3)	0,64 (0,18-2,30)
• Sangrado cánula	11 (26,8)	3 (20)	8 (30,8)	1,77 (0,39-8,08)
• Isquemia del miembro canalado	3 (7,3)	1 (6,7)	2 (7,7)	1,1 (0,97-14,06)
• Polineuropatía	13 (31,7)	9 (60)	4 (15,4)	0,12 (0,02-0,53)
• Reintervención	17 (41,5)	8 (53,3)	9 (34,6)	0,46 (0,12-1,69)
Mortalidad: 26 (63,4%)				
• Cardiológica	12 (29,3)	0	12 (29,3)	
• Neurológica	4 (9,8)	0	4 (9,8)	
• Fallo multiorgánico	5 (12,2)	0	5 (12,2)	
• Limitación esfuerzo terapéutico	5 (12,2)	0	5 (12,2)	
Supervivencia				
• Supervivencia a los 3 meses	15 (36,6)			
• Supervivencia a los 6 meses	15 (36,6)			
• Supervivencia a los 12 meses	15 (36,6)			

* $p < 0,05$

Conclusiones: Las puntuaciones en las escalas de gravedad (APACHE II y SOFA) fueron elevadas tanto en los pacientes sobrevivientes como en los fallecidos, lo que refleja la severidad clínica asociada al uso de ECMO venoarterial. Las complicaciones asociadas al uso de ECMO son frecuentes y potencialmente graves, destacando en nuestra serie especialmente el ACV.

190. FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES PARA DESARROLLAR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES POSOPERADOS CARDÍACOS

Estupiñán Díaz A, Romero Luján JL, Roldán Furelos L, González Morales LM, San Martín Bragado M, Sosa Domínguez Y, Hipola Escalada S, Padrón Mújica AO, Gómez-Lama Revilla JM y Rivero Perdomo YM

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

Objetivos: Determinar los factores de riesgo independientes para insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en una cohorte de pacientes posoperados de cirugía cardíaca en una UCI coronaria.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes sometidos a cirugía cardíaca entre 2017 y 2023, realizado en una

UCI cardiovascular, de 10 camas en un hospital terciario. Se recogieron variables demográficas, clínicas, comorbilidades, escalas pronósticas, tipo de cirugía realizada, necesidad de amins vasoactivas u otros dispositivos de asistencia cardíaca, necesidad de ventilación mecánica o técnica continua de depuración extrarrenal y otros factores de riesgo de desarrollo de IRA, como complicaciones posoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad. Se realizaron análisis univariado y multivariado, utilizando regresión logística para identificar asociaciones significativas entre dichas variables y el desarrollo de IRA. Los resultados se expresaron como *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Tras analizar 2,458 casos, se observa que el 15,1% de los pacientes (n = 370) presentó IRA posoperatoria. De todas las variables analizadas, solamente un valor de APACHE-II elevado (OR: 1,10; IC95%: 1,08-1,13; p < 0,001), el antecedente de tabaquismo (OR: 1,56; IC95%: 1,16-2,10; p = 0,004) y la cirugía combinada (OR: 1,73; IC95%: 1,26-2,36; p < 0,001) se consideraron factores independientes para el desarrollo de IRA. Otros factores asociados incluyeron obesidad (16,2%; p < 0,001), insuficiencia renal crónica prequirúrgica (17%; p = 0,015) y complicaciones posquirúrgicas específicas como el neumotórax (7,6%; p < 0,001), hemotórax (4,9%; p < 0,001), la necesidad de politransfusión (19,5%; p > 0,001), el delirio (12,7%; p > 0,001), el fracaso renal agudo (43,5%; p > 0,001) y las complicaciones infecciosas (siendo las más relevantes la bacteriemia (8,4%; p > 0,001), neumonía (8,1%; p > 0,001), infección de herida quirúrgica (4,3%; p > 0,001), la infección urinaria (2,7%; p > 0,001) y la mediastinitis posoperatoria 2,4%; p > 0,001). Asimismo, en la cirugía de disección de aorta se objetiva IRA más frecuentemente (6,2%; p < 0,001), con origen multifactorial.

Conclusiones: De acuerdo con los resultados obtenidos, los principales factores de riesgo independientes asociados a IRA posexplantación incluyen un mayor puntaje APACHE II, tabaquismo y cirugías combinadas. Identificar y monitorizar a los pacientes con estos factores de riesgo permitirá un manejo más adecuado y personalizado, lo que podría reducir la incidencia de IRA y mejorar los resultados.

191. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDÍACA EN LA UCI CORONARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Estupiñán Díaz A¹, Romero Luján JL¹, González Morales LM¹,
Sosa Domínguez Y¹, San Martín Bragado M¹, Roldán Furelos L¹,
Saavedra Santana P², Padrón Mújica AO¹, Hípola Escalada S¹
y Medina Cárdenes M¹

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: Las cirugías cardíacas constituyen procedimientos complejos que involucran diversos perfiles clínicos y quirúrgicos. Este estudio tiene como objetivo describir las características demográficas, clínicas, quirúrgicas y posoperatorias de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca entre 2017 y 2023 en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de pacientes tras ser intervenidos de cirugía cardíaca, entre 2017 y 2023. Se evaluaron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (comorbilidades, diagnósticos preoperatorios), quirúrgicas (duración de la cirugía, tiempos de circulación extracorpórea y clampaje aórtico) y posoperatorias (complicaciones, mortalidad, reingresos). Las variables cuantitativas se expresaron como medias y desviación estándar ($\pm$ DE), o mediana con su rango intercuartílico (IQR) y las cualitativas mediante frecuencias.

Resultados: Se analizaron 2.459 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 64 ± 12 años, siendo un 72,3% hombres. Las comorbilidades más frecuentes incluyeron HTA (68,5%), diabetes mellitus (36,4%) y la FA (19,2%). El diagnóstico preoperatorio predominante fue la afectación valvular (63,7%) seguido de la cardiopatía isquémica (41,7%). Del total de procedimientos, el más frecuente fue la cirugía valvular (43,7%) destacando el reemplazo valvular aórtico biológico (16,9%), seguido de la cirugía coronaria (36,9%) y la cirugía combinada (11,3%). Los casos urgentes representaron el 38%, los emergentes el 13%, siendo la mayoría cirugías programadas (49%). Desde un punto de vista quirúrgico, la mediana de duración de la cirugía fue de 180 minutos (IQR: 150-210), con tiempos medios de circulación extracorpórea de 91 ± 28 minutos y clamping aórtico de 63 ± 19 minutos. En el posoperatorio, las complicaciones más comunes incluyeron arritmias (15%), trombopenia (10%), necesidad de politransfusión (16%) y reintubación (4%). La mortalidad hospitalaria

fue del 4,3%, mientras que los reingresos al hospital ocurrieron en el 3,5% de los casos.

Conclusiones: Nuestro paciente tipo es un varón de 64 ± 12 años, hipertenso (68,5%) que se somete mayoritariamente a cirugía valvular (43,7%) seguida de cirugía coronaria (36,9%), siendo el reemplazo valvular aórtico biológico el más frecuente (16,9%). Nuestras complicaciones más frecuentes son las arritmias y la politransfusión, con una tasa de reingreso de un 3,5% de los casos y una mortalidad del 4,3%. Estos datos son comparables a otras series, destacando un manejo perioperatorio adecuado y resultados consistentes con estándares nacionales.

192. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CIRUGÍA DE SUSTITUCIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA: EN BÚSQUEDA DE FACTORES DE RIESGO

González Ogallar FJ, De la Montaña Díaz P, Moro Punset CM, Castrillo Cortecedo L, Valdés Francis E, Prieto Cabrera A, Cantor García AV, Palazón Blanco A, García Perrote SC y Duerto Álvarez J

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La insuficiencia tricúspide (IT) tiene gran repercusión en la morbilidad y mortalidad pero ha recibido escasa atención. Lo que provoca controversia a la hora de elegir el momento y el tipo de paciente óptimo. La sustitución tricúspide (TVR) es una cirugía poco frecuente donde se desconoce los factores de riesgo asociados a sus complicaciones. Nuestro objetivo es realizar un análisis descriptivo de las TVR y conocer que factores de riesgo se asocian a la mortalidad y fracaso del ventrículo derecho.

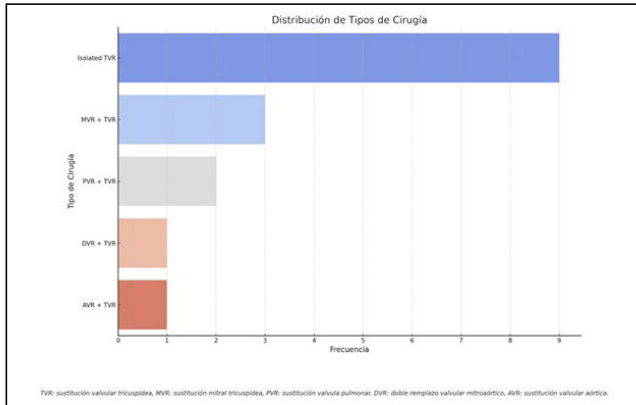
Métodos: Se revisaron los pacientes sometidos a TVR desde el 1/1/2020 al 1/1/2025. El Síndrome de bajo gasto (SBG) se definió como índice cardíaco $< 2,2$ l/min sin hipovolemia relativa o un cuadro clínico compatible con oliguria, $\text{SVO}_2 < 60\%$ o lactato mayor de 3. La disfunción del ventrículo derecho se definió como la asociación de SBG junto con datos ecocardiográficos ($\text{TAPSE} < 17$ mm y/o CAF 35%). El fracaso renal se definió como; creatinina (Cr) posquirúrgica 1,5 veces la Cr basal o mayor. Test estadísticos utilizados; Shapiro-Wilk, U de Mann-Whitney y t-test.

Resultados: El análisis descriptivo se muestra en la tabla. El número y tipo de cirugía se muestra en la figura. El 55% de las cirugías de sustitución valvular tricuspídea aislada se realizó sin isquemia. Se observó que el fracaso renal ($p = 0,004$) y el Índice de Mortalidad de Charlson (MC) ($p < 0,01$) se asociaron con la mortalidad en UCI. Ambas variables se asociaron además a la mortalidad a los 6 meses junto con la bilirrubina prequirúrgica ($p = 0,009$), creatinina prequirúrgica ($p = 0,02$) y FEV1 posquirúrgica ($p = 0,04$). El tiempo de isquemia ($p = 0,02$), la duración de la circulación extracorpórea (CEC) ($p = 0,03$) y la creatinina prequirúrgica ($p = 0,04$) se asociaron con disfunción del ventrículo derecho.

Conclusiones: La creatinina y bilirrubina prequirúrgica junto con el tiempo de isquemia y duración de la CEC podrían considerarse marcadores de mal pronóstico asociados a mortalidad y disfunción del ventrículo derecho. Se necesitan más estudios para identificar los factores de riesgo que indiquen mal pronóstico.

Categoría	Variable	Media $\pm$ Desviación estándar	Porcentaje
Frequiurgica	EDAD	64.94 $\pm$ 13	
Frequiurgica	HEPÁTICAS		75%
Frequiurgica	HIPERTENSIONES ARTERIAL		43.74%
Frequiurgica	DIABETES MELLITUS		25.00%
Frequiurgica	DISLIPEMIA		43.75%
Frequiurgica	QUE SORDO		37.50%
Frequiurgica	INDICE DE MORTALIDAD DE CHARLSON	2.69 $\pm$ 1.9	
Frequiurgica	EPOC		6.25%
Frequiurgica	EUROSCORE	17.22 $\pm$ 14	
Frequiurgica	ASCITES		25.00%
Frequiurgica	HEPATOREGALIA		37.50%
Frequiurgica	ARITMIA PREQUIRURGICA		43.74%
Frequiurgica	CRUCIA CARDIACA PREVIA		68.75%
Frequiurgica	FEVI PREQUIRURGICA	60.69 $\pm$ 7	
Frequiurgica	TAPSE PREQUIRURGICO	18.35 $\pm$ 4	
Frequiurgica	CAP PREQUIRURGICO	37.93 $\pm$ 17	
Frequiurgica	PREION ARTERIA PULMONAR PREQUIRURGICA	41.50 $\pm$ 14	
Frequiurgica	DIAMETRO DEL ANILO TRICUSPOIDE	43.06 $\pm$ 6	
Frequiurgica	PLAQUETAS PREQUIRURGICA	154.44 $\pm$ 20	
Frequiurgica	HEMOGLOBINA PREQUIRURGICA	10.03 $\pm$ 1.6	
Frequiurgica	ALBUMINA PREQUIRURGICA	3.86 $\pm$ 1.14	
Frequiurgica	LEUCOCITOS PREQUIRURGICA	1.59 $\pm$ 0.8	
Frequiurgica	CREATININA PREQUIRURGICA	1.07 $\pm$ 1.1	
Intraquirurgica	DURACION CIRCULACION EXTRACORPORA	84.38 $\pm$ 36	
Intraquirurgica	HEMOTECNOLOGIA	43.50 $\pm$ 45	
Intraquirurgica	HEMOCONCENTRACIONES INTRAQUIRURGICOS	1.81 $\pm$ 1.5	
Postquirurgica	DIAGNOSIS VASCULARES TRAS CIRCULACION EXTRACORPORA		56.25%
Postquirurgica	BALON DE CONTRAPULSACION TRAS CIRCULACION EXTRACORPORA		0.00%
Postquirurgica	INFECCION POR CUERPO CAUSA		38.75%
Postquirurgica	FRACASO RENAL		25.00%
Postquirurgica	REINTERVENCIÓN POR SANGRADO		18.75%
Postquirurgica	COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS		6.25%
Postquirurgica	MIODISTONIAS		12.50%
Postquirurgica	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y MULTICENTRAL		31.25%
Postquirurgica	NEUMONIA		6.25%
Postquirurgica	INFARTO DE MIOCARDIO PREOPERATORIO		0.00%
Postquirurgica	SINDROME DE BADO GASTO	55.88 $\pm$ 16	47.50%
Postquirurgica	FEVI POSTQUIRURGICA		
Postquirurgica	DISFAGIA VERIFICADA DESPUES		43.75%
Postquirurgica	ASISTENCIA MECANICA		0.00%
Postquirurgica	ARRITMIAS		56.25%
Postquirurgica	FALLECIMIENTO UCI		12.50%
Postquirurgica	FALLECIMIENTO A LOS 6 MESES		31.25%

Tabla 1. Variables categorizadas por fases quirúrgicas



193. ¿ES DIFERENTE LA EVOLUCIÓN DE LOS SHOCK POSCARDIOTOMÍA QUE REQUIEREN ECMO VA RESPECTO DEL RESTO DE SHOCKS CARDIOGÉNICOS?

Solano Lorente E, Pérez Vela JL, Montalbán Sánchez A, Risco Torres P, Quílez Trasobares N, Ashbaugh Lavesiera R, Terceros L, Domínguez H, Flordelis Lasiera JL y Martín Badía I

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar las diferencias evolutivas y resultados en los pacientes con shock poscardiotomía (SCP) con necesidad de ECMO VA comparando con el resto de etiologías de shock cardiogénico (SC) en una UCI Cardiológica de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con SC con ECMO VA entre 2010 y 2024. Se compara a los pacientes con SCP frente al resto de etiologías analizando variables demográficas, lugar de colocación, variables evolutivas, horas de ventilación mecánica y con ECMO, destete, complicaciones, supervivencia en UCI y al alta hospitalaria. Los datos se analizan con SPSS con t de Student y chi cuadrado, expresándose las variables cuantitativas con media y desviación estándar y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se analizan 137 pacientes con SC y ECMO VA, 27 (20%) con SCP frente a 110 (80%) del resto de etiologías (Post IAM, miocardiopatías, pre/posttrasplante, etc.). Los pacientes fueron más añosos en el grupo de SCP (61 años vs. 51, $p = 0,04$), con porcentaje similar de mujeres (26 vs. 37%, $p = 0,26$). Mayor tasa de colocación del ECMO en quirófano en el SCP (63 vs. 33%, $p = 0,01$) con similar tasa de configuración periférica (81% SCP vs. 89%, $p = 0,35$). En el SCP se colocó en más casos como puente a recuperación (89 vs. 25%, $p = 0,001$). En cuanto a la evolución, se realizó descarga de VI con BCIAo en una proporción similar (52%). Tuvieron una estancia similar en días (22,7 SCP vs. 21,7, $p = 0,8$), con un número de horas de ECMO (173 SCP vs. 217, $p = 0,2$) y ventilación mecánica (407 SCP vs. 387, $p = 0,8$) similares. En cuanto a las complicaciones, de forma global, ambos grupos tuvieron una tasa similar (70% SCP vs. 63%, $p = 0,36$), destacando menor tasa de sangrado pericánulas en SCP (15 vs. 35%, $p = 0,04$) aunque mayor sangrado en otras localizaciones (37% SCP vs. 18%, $p = 0,03$), mayor incidencia de trombosis (37% SCP vs. 6%, $p = 0,03$), similar tasa de ictus (4% SCP vs. 7%, $p = 0,45$); isquemia (22% SCP vs. 21%, $p = 0,9$) y de fallo multiorgánico (18% SCP vs. 20%, $p = 0,69$). Se consiguió el destete de la ECMO en una proporción similar de pacientes (59% SCP vs. 59%), aunque con una tendencia a una mayor supervivencia al alta de UCI (48% SCP vs. 37%, $p = 0,25$) y al alta hospitalaria (44% SCP vs. 30%, $p = 0,16$) en el grupo SCP; pero sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones: Los resultados con ECMO VA en el contexto de SCP presentan una evolución clínica y resultados similar al resto de etiologías del SC. En nuestra serie observamos tasas de complicaciones distintas (mayor trombosis, y sangrado en otras localizaciones, menos sangrado vascular) y una tendencia a mayor supervivencia al alta hospitalaria y de UCI.

194. DISECCIÓN AÓRTICA TIPO A. ESTUDIO SOBRE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA PERFUSIÓN A TRAVÉS DE LA LUZ FALSA Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA

Izquierdo Sánchez L

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal fue determinar si la perfusión de órganos a través de la luz falsa en una disección de aorta se asocia con mayor disfunción orgánica. Los objetivos secundarios fueron el análisis de las complicaciones y la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes ingresados por disección aórtica tipo A en una UCI de 2013 a 2024. Las variables principales fueron: factores demográficos, el origen desde la luz falsa de las diferentes arterias, complicaciones y mortalidad. Análisis descriptivo y comparativo bivalente con un nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes, el 68% hombres, con una edad de 63 años $\pm$ 13. El APACHE fue de 11 puntos $\pm$ 9. Estancia en UCI de 7 días $\pm$ 28 y hospitalaria de 16 días $\pm$ 35. El origen de los troncos supraaórticos en luz falsa se relacionó con ictus isquémico ($p = 0,05$). La salida de las coronarias por luz falsa se relacionó con más complicaciones hemorrágicas ($p = 0,04$), pero no con otras complicaciones cardíacas. La perfusión renal por luz falsa se relacionó con fracaso renal agudo (FRA) ($p = 0,01$) y necesidad de terapia de reemplazo renal continua (TRRC) ($p = 0,04$), no con diálisis crónica. La salida de arterias ilíacas por luz falsa se relacionó con isquemia de miembros ($p = 0,04$), pero no con plejías ni amputaciones. La disfunción ventricular mostró relación con arritmias ($p = 0,02$) y complicaciones hemorrágicas ($p = 0,04$). Las crisis convulsivas se relacionaron con coma ($p = 0,03$), ictus isquémico ($p = 0,04$) y hemorrágico ($p < 0,001$). No se ha encontrado relación entre la perfusión a través de la luz falsa con la mortalidad. La mortalidad únicamente se relacionó con la escala APACHE ($p = 0,05$) y la estancia tanto en UCI ($p = 0,05$) como hospitalaria ($p = 0,03$).

Conclusiones: En una disección de aorta, el origen en la luz falsa de ciertas arterias está relacionado con complicaciones específicas, como son el FRA y la necesidad de TRRC en paciente con afectación de la arteria renal. También la isquemia de miembros con afectación ilíaca. Sin embargo, no hemos encontrado una relación entre la perfusión a través de la luz falsa con un aumento de la mortalidad.

Categoría	Luz verdadera	Luz falsa	Total (n=66)
Sin FRA	23	5	28 (42%)
Con FRA	16	22	38 (58%)
Total	39 (59%)	27 (41%)	66 (100%)
Sin TRRC	34	18	52 (79%)
Con TRRC	5	9	14 (21%)
Total	39 (59%)	27 (41%)	66 (100%)
Sin HD crónica	38	26	64 (97%)
Con HD crónica	1	1	2 (3%)
Total	39 (59%)	27 (41%)	66 (100%)
Sin ictus isquémico	19	28	47 (71%)
Con ictus isquémico	3	16	19 (29%)
Total	22 (33%)	44 (67%)	66 (100%)
Sin ictus hemorrágico	22	43	65 (98%)
Con ictus hemorrágico	0	1	1 (2%)
Total	22 (33%)	44 (67%)	66 (100%)
Sin crisis convulsiva	21	41	62 (94%)
Con crisis convulsiva	1	3	4 (6%)
Total	22 (33%)	44 (67%)	66 (100%)
Sin coma	20	37	57 (86%)
Con coma	2	7	9 (14%)
Total	22 (33%)	44 (67%)	66 (100%)
Sin disfunción ventricular	41	4	45 (68%)
Con disfunción ventricular	19	2	21 (32%)
Total	60 (91%)	6 (9%)	66 (100%)
Sin arritmias	36	3	39 (59%)
Con arritmias	24	3	27 (41%)
Total	60 (91%)	6 (9%)	66 (100%)
Sin asistencias	57	5	62 (94%)
Con asistencias	3	1	4 (6%)
Total	60 (91%)	6 (9%)	66 (100%)
Sin marcapasos	59	6	65 (98%)
Con marcapasos	1	0	1 (2%)
Total	60 (91%)	6 (9%)	66 (100%)

Categoría	Luz verdadera	Luz falsa	Total (n=66)
Sin sangrado	44	2	46 (70%)
Con sangrado	16	4	20 (30%)
Total	60 (91%)	6 (9%)	66 (100%)
Sin isquemia intestinal	49	12	61 (92%)
Con isquemia intestinal	3	2	5 (8%)
Total	52 (79%)	14 (21%)	66 (%)
Sin plejía MMII	52	9	61 (%)
Con plejía MMII	3	2	5 (%)
Total	55 (83%)	11 (17%)	66 (100%)
Sin amputación MMII	54	11	65 (98%)
Con amputación MMII	1	0	1 (2%)
Total	55 (83%)	11 (17%)	66 (100%)

195. CREATININA VS. DIURESIS: PREDICTORES DEL FRACASO RENAL AGUDO OLIGÚRICO TRAS LA CIRUGÍA CARDIACA. UN MODELO PREDICTIVO

Fernández Martín Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, García Pastor S, Fernández Muñoz I, Muñoz Varea M, López Cuenca S, Vasco Castaño D y Garrido Callen A

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: El fracaso renal agudo (FRA) se diagnostica como un incremento de la creatinina sérica (FRA-ACr) o como una reducción en la diuresis (FRA-RD), clasificándose en diferentes estadios a través de la KDIGO 2012. El uso de uno u otro para la monitorización del FRA en los pacientes tras intervención por cirugía cardíaca, ha mostrado resultados dispares con anterioridad. Analizamos la precocidad diagnóstica de la diuresis en el posoperatorio de cirugía cardíaca y analizar factores de riesgo para el FRA oligúrico.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional de pacientes intervenidos de diciembre de 2021-diciembre 2023 en el HURJC. Se recogió momento realización de FRA según sus criterios y estadiaje realizándose curvas clusterizadas de supervivencia para eventos múltiples. Análisis univariante de regresión de Cox y posteriormente formalización de uno multivariante para el FRA-RD independientemente del estadio.

Resultados: n = 197. 60,9% FRA y FRA-RD total 34% [KDIGO I 59,9%, II 27,9% y III 9,64%]. Comparando qué evento ocurrió antes para definir FRA: KDIGO I: RD vs. ACr HR 1,50 (1,05-2,15); KDIGO II: RD vs. ACr HR 3,37 (1,85-6,14). En el análisis de Cox univariante respecto al riesgo de realizar FRA-RD independientemente del estadio obtuvimos un aumento de riesgo en: cirugía valvular aórtica, uso levosimendán, asistencia mecánica posbomba, disfunción derecha, antecedente cardiopatía isquémica o insuficiencia cardíaca. En el modelo predictivo multivariante fueron factores independientes para el desarrollo del mismo: la disección aórtica, la sustitución valvular aórtica y la necesidad de levosimendán, mientras que el número de desfibrilaciones y el no realizar disfunción derecha factores protectores. Concordancia 0,71.

Conclusiones: La reducción en la diuresis es un marcador precoz de fracaso renal en el posoperatorio de cirugía cardíaca, siendo factores de riesgo del FRA únicamente oligúrico la disección aórtica, la sustitución valvular aórtica y la necesidad de levosimendán, mientras que el número de desfibrilaciones y el no realizar disfunción derecha factores protectores.

196. FRACASO RENAL AGUDO TRAS LA CIRUGÍA CARDIACA: UN ANÁLISIS REVELADOR SOBRE SU PREVALENCIA Y CAUSAS

Martín Muñoz M, García Pastor S, Fernández Muñoz I, Fernández Martín Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Pellicer A, Pérez Torres M y Garrido Callen A

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: El fracaso renal agudo (FRA), definido según los criterios de la KDIGO y acorde con la literatura vigente, se presenta entre un 5 y un 42% de las cirugías cardíacas, con un impacto negativo sobre la estancia hospitalaria, la comorbilidad y la mortalidad. Nuestro objetivo es describir la prevalencia y características de los pacientes que desarrollaron FRA en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca con bomba extracorpórea.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional de pacientes intervenidos de diciembre de 2021-diciembre 2023 en el HURJC. Se recogieron comorbilidades, escalas, características quirúrgicas y desenlaces. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana con rango intercuartílico (IQR), y las cualitativas como número y porcentaje. La inferencia estadística se realizó mediante chi-cuadrado o test exacto Fisher para las variables categóricas y mediante el test de suma de rangos para las cuantitativas.

Resultados: Analizados 197 pacientes: 67% hombres, 67 años (60-73), clase funcional CFS 2 (1-2), Charlson 2 (1-3). Antecedentes: hipertensión arterial (HTA) 69%, diabetes mellitus 26,6%, enfermedad renal crónica (ERC) 64%, cardiopatía isquémica 33%, cirugía cardíaca previa 7,6%. Características quirúrgicas: 92% cirugías electivas, 65% valvulares, 35% revascularización coronaria, tiempo de bomba y clampaje 104 (90-131) y 79 (61-96) minutos. Desenlaces: Algún grado FRA 60,9%: 58,9% KDIGO I, 27,9% KDIGO II, 9,64% KDIGO III. Mortalidad 6,6%, reintervención quirúrgica 8,1%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el desarrollo de algún grado de FRA y edad, presencia de ERC, HTA, urgencia quirúrgica, endocarditis, mayores tiempos de bomba y clampaje, y una peor situación hemodinámica antes y después del uso de bomba extracorpórea.

Conclusiones: El fracaso renal agudo fue una complicación frecuente en el posoperatorio de cirugía cardíaca, asociada a pacientes frágiles, añosos, con ERC e HTA, con una situación hemodinámica deteriorada tanto antes como después de la bomba extracorpórea.

16:35-18:05 h

SALA MULTIUSOS 2

PÓSTERES ORALES

HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA CRÍTICA 1

Moderadores: Ainhoa Serrano Lázaro, Hospital Universitario Clínico, Valencia/Kapil Nanwani Nanwani, Hospital Universitario La Paz, Madrid

197. IMPACTO DEL ESTADIO TUMORAL EN LA MORBIMORTALIDAD Y EL USO DE SOPORTE AVANZADO EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CRÍTICOS

Martínez Ordás S, Sánchez-Bayton Griffith M, Iriondo Irigoras I y Corera Cía C

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Objetivos: Evaluar la morbilidad, la estancia hospitalaria y la necesidad de soporte avanzado en pacientes oncohematológicos ingresados en UCI, analizando las diferencias según el estadio tumoral al ingreso.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 50 pacientes oncohematológicos ingresados en UCI desde enero de 2022 hasta octubre de 2024. Los pacientes fueron clasificados en cinco estadios tumorales: diagnóstico reciente (< 4 semanas), en tratamiento activo, mantenimiento, recaída/refractario y remisión completa. Se recogieron datos demográficos, escalas de gravedad (APACHE II), morbilidad, días de estancia en UCI y hospital, y necesidad de soporte avanzado (ventilación mecánica y drogas vasoactivas). Los datos se analizaron mediante ANOVA para variables continuas y chi-cuadrado para variables categóricas. Se consideró significativo un p < 0,05.

Resultados: Mortalidad: pacientes con diagnóstico reciente presentaron una mortalidad significativamente mayor (40%) en comparación con los de remisión completa (20%) y en tratamiento activo (0%) (p = 0,0475). Días de estancia en UCI: sin significancia estadística (p = 0,3574). Días totales de hospitalización: Los pacientes en diagnóstico reciente tuvieron una estancia hospitalaria total mayor (27,7 días) frente a los de tratamiento activo (19 días), sin diferencias significativas (p = 0,1905). Soporte avanzado: VMI: mayor frecuencia en remisión

completa (30%), seguida de diagnóstico reciente (25%) y recaída/refractario (20%). Vasoactivos: Uso mayor en diagnóstico reciente (70%) ($p = 0,0475$). APACHE II: no significativo estadísticamente ($p = 0,2547$), como es esperable los pacientes en mantenimiento tuvieron los valores promedio más altos (27,7).

Conclusiones: Los pacientes oncohematológicos en estadios tumorales más complejos (recaída/refractario y diagnóstico reciente) presentan mayores tasas de mortalidad y una mayor necesidad de soporte avanzado. Por el contrario, los pacientes en remisión completa o mantenimiento tienden a tener mejores desenlaces y menores requerimientos de recursos. Este análisis destaca la heterogeneidad de los pacientes oncohematológicos críticos según su estadio tumoral y subraya la importancia de estrategias terapéuticas personalizadas para optimizar los desenlaces clínicos. Esto podría incluir intervenciones más agresivas en etapas tempranas del ingreso en pacientes con diagnóstico reciente o recaída precoz y protocolos ajustados para minimizar complicaciones.

198. AVANZANDO EN EL MANEJO DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS CRÍTICOS: EVIDENCIA DEL TRATAMIENTO ACTIVO EN UCI

Martínez Ordás S, Sánchez-Bayton Griffith M, Iriondo Irigoras I y Corera Cía C

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Objetivos: Comparar las complicaciones, mortalidad y desenlaces clínicos entre pacientes hematológicos con y sin tratamiento activo en UCI. Analizar las diferencias en complicaciones, soporte avanzado y desenlaces según los subgrupos de tratamiento activo (quimioterapia, trasplante, inmunoterapia).

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes hematológicos ingresados en UCI entre enero de 2022 y octubre de 2024 ($n = 45$). Fueron clasificados según si recibían tratamiento activo en UCI/durante ese ingreso hospitalario o no. Tipo de tratamiento activo (quimioterapia-QT, trasplante-Tx, inmunoterapia-IT). Se recogieron datos sobre complicaciones (NAVM, infecciones por catéter, fallo renal agudo), soporte avanzado (vasoactivos, soporte respiratorio), comorbilidades (Charlson), severidad al ingreso (APACHE II), estadio tumoral, estancias hospitalarias y mortalidad. Las diferencias entre grupos se analizaron mediante pruebas chi-cuadrado para variables categóricas y ANOVA para variables continuas, considerando significativo un $p < 0,05$.

Resultados: Complicaciones: infecciones por catéter: más frecuentes en el grupo con tratamiento activo (19 vs. 4%, $p = 0,02$). Por subgrupos en QT (27%) en comparación con TX (15%) e IT (8%, $p = 0,01$). Probablemente relacionado con neutropenia/pancitopenia. NAVM y FRA/TRR: Sin diferencias. Soporte avanzado: vasoactivos: Mayor uso en el grupo con tratamiento activo (51 vs. 32%, $p = 0,03$). Habiendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) en quimioterapia (54%) - trasplante (40%) e inmunoterapia (30%). Soporte respiratorio: requerido con mayor frecuencia en el grupo con tratamiento activo (71 vs. 42%, $p < 0,01$). QT (72%) en comparación con Tx (65%) e IT (50%, $p < 0,05$). Mortalidad y estancia en UCI: no se observaron diferencias significativas entre tratamiento activo o no, pero si se vio una mortalidad más alta en QT (18%) $p = 0,08$. Estadio tumoral: la mayoría de los pacientes que recibieron tratamiento activo se encontraban en estadio de diagnóstico reciente (< 4 semanas), predominando la QT (11 pacientes). La IT tuvo una baja representación en nuestra serie.

Conclusiones: El tratamiento activo en UCI, aunque implica mayor incidencia de complicaciones y necesidad de soporte avanzado, no incrementa significativamente la mortalidad. Esto evidencia que este enfoque puede ser seguro y efectivo si se aplica en casos seleccionados y bajo una monitorización estricta, importante a tener en cuenta en pacientes con diagnósticos recientes.

199. IMPACTO DEL ESTADO FUNCIONAL BASAL Y EL SOPORTE INVASIVO EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO CRÍTICO

Íñigo Morras E, Kadi Ayad S, Rubio Gaztelu M, Jimeno A, Fernández Rodríguez A, Seijas Betolaza I, Hoya González C e Higuera Lucas J

Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: El manejo del paciente crítico con cáncer es un reto debido a las complicaciones graves derivadas del cáncer, sus trata-

mientos y su estado funcional previo al ingreso. Un enfoque multidisciplinar basado en evidencia científica es esencial. Este estudio analiza las características clínicas, los tratamientos, el soporte recibido y los resultados de mortalidad y supervivencia a tres meses en un hospital terciario.

Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva y prospectiva todos los pacientes con antecedentes oncohematológicos ingresados en la Unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario universitario durante 9 meses. Se evaluaron variables demográficas, tipo de neoplasia, antecedentes médicos, estado funcional basal (ECOG y Karnofsky), soporte intensivo (respiratorio, hemodinámico y renal), puntuaciones SOFA y APACHE, y mortalidad hospitalaria y a tres meses. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics 23, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se recogieron un total de 115 pacientes, el 66,1% eran hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (54,8%), dislipemia (37,4%) y diabetes (19,1%). El estado funcional basal promedio fue ECOG 1,16, Karnofsky 78,3 y Charlson 5,37. El 74,8% presentaba tumores sólidos y el 83,5% tenía tumores activos, con un 60,86% diagnosticado o tratado en los últimos tres meses. Las puntuaciones medias fueron APACHE II 22,2 y SOFA 7,6. Los principales motivos de ingreso fueron shock (53,9%), insuficiencia respiratoria (14,8%) y cirugía (15,7%). El soporte incluyó ventilación mecánica (37,4%), vasoactivos (67%), hemoderivados (48,7%) y terapia renal sustitutiva (25,2%). La mortalidad fue del 7,8% durante el ingreso, 14,8% tras el alta a los tres meses y 22,6% global. La mortalidad intra-UCI se asoció significativamente al uso de soporte invasivo, vasoactivos, ventilación mecánica, hemoderivados, terapia de reemplazo renal, y puntuaciones elevadas de SOFA y APACHE II. La mortalidad a los tres meses del alta se relacionó con un estado funcional basal más deteriorado: ECOG (1,11 vs. 1,47), Karnofsky (79,5 vs. 71,1) y Charlson (5 vs. 7).

Conclusiones: La gravedad inicial del cuadro clínico y el soporte invasivo determinan el pronóstico a corto plazo, mientras que el estado funcional basal es clave en la supervivencia a medio plazo. Este estudio destaca la importancia de conocer las características del paciente crítico oncohematológico para mejorar su pronóstico.

200. PRONÓSTICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias Á, Sánchez Ruiz P, Marco Ríos J, Álvarez Macías A, García Cobo J y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar las características clínicas y pronóstico de los pacientes con antecedentes oncológicos (AO) con ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Punta de Europa, así como los factores asociados a mortalidad.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 12 camas entre 2019-2024. Variables demográficas, comorbilidades, escalas de gravedad, tratamiento recibido, ventilación mecánica (VM), factores de riesgo, infecciones en UCI, antibioterapia, estancia en UCI y hospitalaria. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de χ^2 (porcentajes), t de Student (medias) y U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante.

Resultados: Se incluyeron 2.303 pacientes. AO ($n = 333$) vs. no AO ($n = 1.970$). Edad (68 [58; 76] vs. 64 [53; 75], $p < 0,001$). APACHE II (13 [8; 18] vs. 9 [5; 15], $p = 0,001$), SAPS II (35 [23; 47] vs. 27 [18; 40], $p = 0,001$). ATB 48h previas (38,7 vs. 17,7%, $p < 0,001$), NPT (28,8 vs. 10,5%, $p < 0,001$), neutropenia (5,1 vs. 1,4%, $p < 0,001$), CVC (81,7 vs. 47,2%, $p < 0,001$), VM (51 vs. 33,2%, $p < 0,001$), SU (88,3 vs. 60,3%, $p < 0,001$). Tiempo VM 1 [0; 3] vs. 0 [0; 1], $p < 0,001$. Estancia: UCI (4 [2; 7,2] vs. 3 [2; 6]), hospital (13 [7; 24] vs. 8 [4; 15]), $p < 0,001$. Mortalidad hospitalaria 105 (31,5) vs. 437 (22,2), $p < 0,001$. Análisis de mortalidad (paciente AO): vivos ($n = 228$) vs. *exitus* ($n = 105$). APACHE II (12 [7; 16] vs. 16 [11; 21], $p < 0,001$), SAPS II (31 [21; 44] vs. 45 [32; 56], $p < 0,001$). GCS (15 [15; 15] vs. 15 [12; 15], $p < 0,001$). Inmunodepresión 5,7 vs. 21,9%, $p < 0,001$. ATB 48 h previas (34,6 vs. 47,6%, $p = 0,033$), neutropenia (1,7 vs. 12,4%, $p < 0,001$), TDE (2,6 vs. 3,8%, $p < 0,001$), VM (41,7 vs. 71,4%, $p < 0,001$), SU (84,2 vs. 97,1%, $p < 0,001$), CVC (76,7 vs. 92,4%, $p = 0,001$). Infección intra-UCI 9,6 vs. 24,8%, $p < 0,001$. Tiempo VM 0 [0; 1] vs. 2 [1; 7,5], $p < 0,001$. Estancia hospital 14 [8; 25] vs. 11 [4; 23], $p = 0,009$. Regresión logística multivariante: TDE (OR 5,99 [2,21-

18,27], $p < 0,001$), SAPS II (OR 1,04 [1,02-1,05]), inmunodepresión (OR 3,13 [1,33-7,57], $p = 0,009$), tiempo VM (OR 1,06 [1,02-1,10], $p = 0,001$), paciente quirúrgico (OR 0,48 [0,26-0,87], $p = 0,017$).

Conclusiones: Los pacientes con AO que ingresan en UCI tienen mayor severidad, factores de riesgo infecciosos, comorbilidades, mayor uso de recursos y mayor incidencia de infecciones. El uso de depuración extrarrenal, el SAPS II al ingreso, la inmunodepresión, el tiempo de VM y el ingreso postcirugía se comportaron como predictores de mortalidad.

201. VALORACIÓN INICIAL Y DECISIONES DE INGRESO EN UCI EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS: IMPACTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

Avilés Parra JP, Manzano Moratinos D, Manteiga Riestra EM y Amor García MÁ
Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid.

Objetivos: El desarrollo de nuevas y mejores dianas terapéuticas para el tratamiento de las enfermedades oncológicas conlleva a un incremento de enfermos con neoplasias activas que precisen de valoración y puedan beneficiarse de soporte orgánico en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Este estudio tiene como objetivo describir las características clínicas, el estadio oncológico, la situación funcional previa valoración de ingreso en UCI y los desenlaces clínicos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes oncológicos valorados para ingreso en la UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina entre enero y diciembre del 2024, incluyendo variables como sexo, edad, motivo de valoración, índice APACHE II, tipo y estadio tumoral, estado funcional (ECOG), tratamiento activo (quimioterapia), decisiones de ingreso/no ingreso, y mortalidad a 28 días y a 6 meses. Se recolectaron datos de historias clínicas electrónicas y registros, siendo codificados y anonimizados para su análisis.

Resultados: De los 28 pacientes evaluados, el 78,6% (22) eran hombres y la edad media fue de 69 años (41-83). Los principales motivos de valoración fueron insuficiencia respiratoria aguda 46% (13), hipotensión 30% (8) y parada cardiorrespiratoria 4% (1). El 68% de los enfermos (19) presentaron un estadio tumoral IV y el 21% (6) tuvieron un estado funcional ECOG ≥ 2 . El 71% de los pacientes (20) recibía quimioterapia activa al momento de la valoración. La tasa de ingreso en UCI fue del 68% (19) con un APACHE II 20,6 (10-38). De los cuales la mortalidad en UCI 47% (9) Mortalidad predicha (35-50%). La mortalidad global a los 28 días fue 60% (18) y a los 6 meses alcanzó el 71% (20).

Conclusiones: El estadio tumoral avanzado, el mal estado funcional previo (ECOG ≥ 2) y mayor disfunción orgánica (APACHE) al ingreso en UCI parecen asociar peores desenlaces clínicos a corto y medio plazo. Lo que denota la necesidad de establecer criterios para la toma de decisiones en pacientes oncológicos críticos, así como estrategias para optimizar su manejo integral y la planificación de cuidados paliativos.

202. CARACTERÍSTICAS AL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE PREDICTORAS DE INGRESO EN UCI

Urquía Sánchez N

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: El mieloma múltiple (MM) representa aproximadamente el 15% de los cánceres hematológicos. Se estima que un 15% de los pacientes afectados requerirán ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el primer año tras el diagnóstico. Se desconoce si existen características al diagnóstico que permitan predecir el riesgo de ingreso en UCI. **Objetivos:** 1. Caracterizar a pacientes diagnosticados de MM que requieren ingreso en UCI. 2. Analizar si existen factores de riesgo de ingreso en UCI presentes en el momento del diagnóstico del MM.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos diagnosticados de MM en el Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2016 y junio de 2022, dividiendo dicha muestra en los pacientes que han requerido ingreso en UCI y los que no. Se recogen variables demográficas, de estadificación de la enfermedad, terapéuticas y analíticas al momento del diagnóstico y se comparan entre grupos. Las variables categóricas se expresan como frecuencia (porcentaje) y se comparan mediante chi cuadrado y test de Fisher y las cuantitativas como mediana (rango intercuartílico) y se comparan mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Se incluyeron un total de 294 pacientes, de los cuales 44 (14,96%) ingresaron en UCI, con una mediana de tiempo entre el diagnóstico de MM y su ingreso en UCI de 543 días. La mediana de edad fue 65 (p 0,961) años y el 43,2% eran hombres. Al comparar con los pacientes que no ingresaron en UCI, tenían un peor estado funcional basal (WHOECOG 2 vs. WHO-ECOG 1, $p = 0,006$) y un estadije de Durie-Salmon superior (5 vs. 3, $p = 0,008$). Asimismo, los pacientes receptores de un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) precisaron en menor medida ingreso en UCI (43,18 vs. 51,60%, $p = 0,024$). Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad, estadije ISS, presencia de amiloidosis al diagnóstico, calcemia o valores de creatinina sérica o porcentaje de infiltración en médula ósea o sangre periférica.

	No ingreso en UCI (N = 250)	Ingreso en UCI (N = 44)	P
Características demográficas			
Edad (años)	66 [58-75]	65 [58-72,25]	0,961
Sexo (mujeres)	125 (50%)	25 (56,8%)	0,502
Parámetros al diagnóstico de MM			
International Staging System (puntos)	2 [1-3]	2 [1-3]	0,570
Durie Salmon (puntos)	3 [3-5]	5 [3-5]	0,008
WHO-ECOG (puntos)	1 [0-3]	2 [1-3]	0,006
Infiltración en sangre periférica (%)	0 [0-0]	0 [0-0]	0,644
Infiltración en médula ósea (%)	37 [22-61]	43 [27-59,5]	0,341
Creatinina sérica (mg/dl)	0,94 [0,74-1,36]	1,02 [0,82-1,175]	0,109
Calcio sérico (mg/dl)	9,3 [8,8-10,1]	9,2 [8,5-10,3]	0,395
Presencia de amiloidosis	3 (0,01%)	1 (0,02%)	0,479
Receptor de TPH	129 (51,60%)	19 (43,18%)	0,024

Tabla 1 – Características al diagnóstico de los pacientes afectados de mieloma múltiple en función de si han requerido ingreso en UCI o no (2016-2022).

Conclusiones: Entre los pacientes con diagnóstico reciente de MM, su estado funcional (WHO-ECOG) y el estadije de Durie-Salmon se asocian a un mayor riesgo de ingreso en UCI.

203. MOTIVOS DE INGRESO EN UCI DE LOS PACIENTES AFECTOS DE MIELOMA MÚLTIPLE

Urquía Sánchez N

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: El mieloma múltiple (MM) representa aproximadamente el 15% de los cánceres hematológicos. Se estima que un 15% de los pacientes afectados requerirán ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el primer año tras el diagnóstico. Aunque existen unas causas de ingreso clásicas como la hipercalcemia o la insuficiencia renal aguda, se desconoce su actual prevalencia o la de otras causas de ingreso. **Objetivos:** 1. Caracterizar a pacientes diagnosticados de MM que requieren ingreso en UCI. 2. Analizar los motivos de ingreso de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes adultos diagnosticados de MM en el Hospital Clínic de Barcelona entre enero de 2016 y junio de 2022 que requirieron ingreso en UCI (hasta diciembre 2024). Se recogen variables demográficas y relacionadas con el ingreso en UCI. Las variables categóricas se expresan como frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas como media (desviación estándar).

Resultados: Del total de 294 pacientes diagnosticados de MM en el periodo de estudio, 44 (14,96%) requirieron ingreso en UCI (tabla). Estos tenían una edad media de 66,9 ($\pm 11,32$) años y el 49% eran hombres. El APACHE-II y SOFA al ingreso fueron de 16 ($\pm 6,92$) y 5 ($\pm 3,55$) puntos, respectivamente. Hasta 37 (84,7%) habían recibido tratamiento oncoespecífico de inducción previo al ingreso y 14 (31%) habían recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos. La causa de ingreso más frecuente fue la sepsis o shock séptico ($n = 28$, 63%), siendo el foco infeccioso más habitual el respiratorio (17, 60,7% de los casos). Otra causa frecuente de ingreso fueron diferentes toxicidades al tratamiento oncoespecífico (7, 15,9%). Las causas de ingreso clásicas como la hipercalcemia o el síndrome de lisis tumoral representaron el 9% y el 2%, respectivamente. Por lo que respecta a disfunciones orgánicas al ingreso en UCI, la más habitual fue la insuficiencia respiratoria aguda (24, 54,5%), seguida de la insuficiencia renal aguda (19, 43,2%) y el shock (11, 25%).

Características demográficas	
Edad (años)	66,9 ($\pm$ 11,32)
Sexo femenino	25 (51%)
Características al ingreso en UCI	
APACHE-II (puntos)	16 ($\pm$ 6,92)
SOFA-Score (puntos)	5 ($\pm$ 3,55)
Tratamiento oncoespecífico previo	37 (84,7%)
Motivo de ingreso (pacientes)	
Sepsis o shock séptico	28 (63%)
Toxicidad del tratamiento oncoespecífico	7 (15,9%)
Hipercalcemia	4 (9%)
Broncoespasmo grave	1 (2%)
Síndrome de lisis tumoral	1 (2%)
Shock hipovolémico	1 (2%)
Compresión medular por plasmocitoma	1 (2%)
Hemorragia cerebral	1 (2%)
Disfunción orgánica al ingreso	
Insuficiencia respiratoria	24 (54,55%)
Fracaso renal agudo	19 (43,2%)
Shock	11 (25%)

Tabla 1 – Características de los pacientes con mieloma múltiple a su ingreso en UCI

Conclusiones: El 15% de los pacientes con MM necesitan ingreso en UCI. La causa más frecuente de ingreso es la sepsis/shock séptico, y la disfunción orgánica más frecuente la insuficiencia respiratoria, seguida de la insuficiencia renal.

204. RELACIÓN ENTRE EL MOTIVO DE INGRESO EN UCI Y EL DESENLACE CLÍNICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Mateo Álvarez M, Pérez Cárdenes M y Martínez Cuéllar S

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Determinar si el motivo de ingreso en UMI (shock séptico, insuficiencia respiratoria, posoperatorio, etc.) tiene impacto en el desenlace (alta o fallecimiento). Clasificar a los pacientes según el motivo de ingreso y analizar tasas de mortalidad y estancia. Identificar qué motivos de ingreso están asociados a peor pronóstico.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva los pacientes oncológicos que ingresaron en una UCI polivalente de 32 camas, durante los años 2022, 2023 y 2024. Se recogieron un total de 122 pacientes, de los cuales se estudiaron las siguientes variables: tipo de cáncer, grado de extensión de la enfermedad, tiempo de evolución de la misma, tratamiento recibido previo al ingreso en nuestra unidad, motivo de ingreso en UCI, tiempo de estancia en la misma y el final al alta de UCI. Para evaluar si las diferencias en mortalidad entre los grupos fueron estadísticamente significativa se utilizó la prueba exacta de Fisher.

Resultados: Las tasas de mortalidad más altas se objetivaron en pacientes cuyo motivo de ingreso fue insuficiencia respiratoria aguda con una tasa de 41,67%, seguido de la parada cardiorrespiratoria con 50% y en tercer lugar el shock mixto con un 50% de tasa de mortalidad. El motivo de ingreso más frecuente fue insuficiencia respiratoria aguda con un 42,11% del total, seguido del shock séptico con un 22,81% del total. Para evaluar si las diferencias en mortalidad entre los grupos fueron estadísticamente significativa se utilizó la prueba exacta de Fisher. Insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso tiene un valor de p de 0,011 lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre este motivo de ingreso y la mortalidad. En cuanto a la monitorización neurológica tiene un valor p de 0,056, cercano al umbral de significancia (0,05), lo que sugiere una tendencia que podría investigarse con más datos. El resto de motivos de ingreso no muestran una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad en este análisis.

Conclusiones: La insuficiencia respiratoria aguda, el shock mixto y la parada cardiorrespiratoria se asocian con las tasas de mortalidad más altas en pacientes oncológicos ingresados en UCI. Insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso mostró una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad. Identificar motivos de ingreso asociados a alta mortalidad, es crucial para priorizar estrategias de manejo precoz e intensivo en pacientes oncológicos críticos. Los motivos de ingreso con baja mortalidad podrían señalar escenarios en los que la UCI proporciona un alto beneficio terapéutico o diagnóstico.

205. COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMORES HEMATOLÓGICOS Y SÓLIDOS ATENDIDOS EN UCI

Mateo Álvarez M, Pérez Cárdenes M y Martínez Cuéllar S

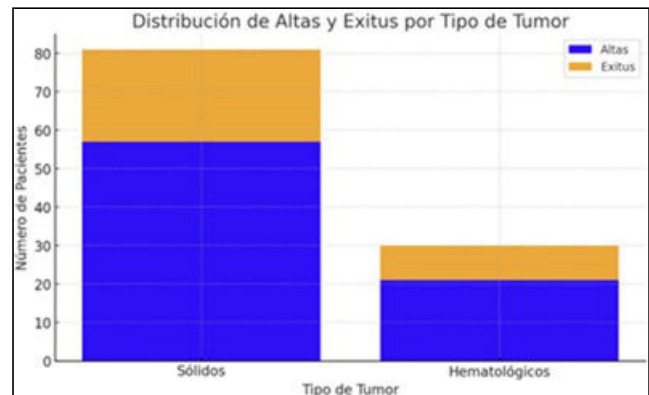
Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Comparar la evolución clínica y la mortalidad entre pacientes con cáncer sólido y aquellos con neoplasias hematológicas.

Métodos: En este estudio observacional descriptivo y analítico se recogieron de manera retrospectiva, los pacientes atendidos en nuestra unidad de cuidados intensivos (una UCI de 32 camas polivalente) durante los años 2022, 2023 y 2024. Se recogieron un total de 111 pacientes, que se dividieron en dos grupos en función del cáncer (sólido o hematológico). En cada paciente se registraron el tipo de cáncer (extensión y tratamiento recibido incluido), motivo de ingreso en la unidad, tiempo de estancia y desenlace. Se analizaron tasas de supervivencia y mortalidad mediante métodos estadísticos descriptivos y comparativos, aplicando pruebas de chi-cuadrado y regresión logística. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: Las tasas de supervivencia fueron similares entre tumores sólidos y hematológicos (70,37% y 70%, respectivamente). La mortalidad general fue del 29,73%, con proporciones similares en ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de mortalidad entre ambos grupos (tumores sólidos vs. hematológicos).

Tipo de tumor	Total	Altas (supervivencia)	Éxitus (mortalidad)
Hematológicos	30	21	9
Sólidos	81	57	24
Total	111	78	33



Conclusiones: Homogeneidad en el pronóstico clínico en la UCI: a pesar de las diferencias inherentes en la naturaleza y tratamiento de los tumores sólidos y hematológicos, los pacientes presentaron tasas de supervivencia y mortalidad comparables, lo que sugiere que la atención en la UCI podría mitigar algunas disparidades asociadas al tipo de cáncer. Impacto potencial del manejo en UCI de un hospital de tercer nivel: los resultados del estudio podrían reflejar la eficacia de los protocolos y recursos disponibles en la UCI analizada, donde un manejo multidisciplinario y especializado podría ser clave para mantener resultados similares entre grupos con condiciones clínicas distintas.

206. ANÁLISIS DEL USO DE ANTIMICROBIANOS Y ANTIFÚNGICOS DE AMPLIO ESPECTRO AL INGRESO EN UCI EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS

Lozano Sutil L, Méndez Hernández I, Cestero Ramírez L, García Ruiz J,

Fernández Ramos A, Patino Martín M, Casquet Gómez AB,

Díaz-Tavora Luque M, Fernández González MDC y Montans Araujo M

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

Objetivos: Evaluar el uso de antibióticos y antifúngicos de amplio espectro al ingreso en UCI de los pacientes hematológicos en el CHUC en los últimos tres años (2022-2024).

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, estudiando la pauta inicial de antibióticos y antifúngicos empleada en los pa-

cientes hematológicos ingresados en UCI. Se analizó el uso de fármacos de amplio espectro y la tasa de aislamiento o colonización de multirresistentes (MR) en estos pacientes.

Resultados: Se identificaron 61 pacientes hematológicos, de los cuales 60,7% presentaron una causa infecciosa como motivo principal de ingreso. En el 67,2% de los casos, la antibioterapia inicial incluyó cobertura de amplio espectro. Se aisló microorganismo multirresistente en el 9,8% de los pacientes, siendo un 3,3% colonización (1 caso de *S. aureus* meticilín resistente y 1 caso de *K. oxytoca* BLEE). Respecto al tratamiento inicial, los antibióticos más frecuentemente pautados fueron las oxazolidinonas (54%), los carbapenémicos (34,4%) y las cefalosporinas de última generación (26,2%) destacando el empleo de ceftazidima-avibactam y cefiderocol. En 10 pacientes se utilizó la sinergia entre ceftazidima-avibactam con aztreonam. En relación al tratamiento antifúngico, los azoles, predominantemente el isavuconazol, fueron utilizados en el 41% de los enfermos, seguidos por las equinocandinas en el 24,6% y la anfotericina B liposomal en el 6,5%. En cuanto a la profilaxis, el 24,6% de los pacientes recibieron clotrimoxazol para la prevención del *Pneumocystis jirovecii*. De igual forma, al 45,9% se administró el aciclovir de forma preventiva frente al virus herpes simple.

Conclusiones: La inmunosupresión severa que presentan los pacientes hematológicos derivada tanto de su patología de base como de los tratamientos administrados, muestra una marcada tendencia a pautar fármacos con cobertura de amplio espectro y de profilaxis de forma rutinaria. Sin embargo, en este estudio se ha observado que la tasa de aislamiento de microorganismos multirresistentes en esta población no es superior a la del resto de los pacientes críticos ingresados en UCI. Estos resultados nos hacen plantearnos la posibilidad de establecer esquemas terapéuticos que no incluyan patógenos multirresistentes con el fin de prevenir la emergencia de nuevos.

207. REGISTRO DE LAS PRINCIPALES INFECCIONES EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS DURANTE SU INGRESO EN LA UCI

Lozano Sutil L, Méndez Hernández I, Cestero Ramírez L, García Ruiz J, Fernández Ramos A, Patino Martin M, Pereira Gama MS, Mancha Salcedo R, Amores Alfonso B y Montans Araujo M

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

Objetivos: Analizar los tipos de infección desarrollados en pacientes hematológicos ingresados en la UCI del CHUC durante el período comprendido entre 2022 y 2024.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para evaluar las principales infecciones que afectan a los pacientes hematológicos durante su estancia en UCI. Las variables analizadas incluyen: incidencia de shock séptico, principales microorganismos aislados, tipo de infección desarrollada y tasa de mortalidad asociada a causas infecciosas.

Resultados: Entre los 61 pacientes incluidos, la patología infecciosa fue el principal motivo de ingreso en el 60,7% de los enfermos. El 49,2% del total cumplía al ingreso, criterios compatibles con shock séptico, definidos por la necesidad de drogas vasoactivas y/o la presencia de signos de hipoperfusión tisular. La tasa de mortalidad global fue del 27,9% en el total de la población, mientras que ascendió al 45,9% de los pacientes cuyo ingreso fue por cuadro infeccioso. En aquellos que se identificaron como shock séptico al ingreso, la mortalidad asociada fue del 45,7%. En 34 pacientes (55,7%) se aisló el patógeno responsable, predominando infecciones bacterianas por bacilos gramnegativos (47%), seguida por cocos grampositivos (23,5%). Las infecciones de etiología viral se identificaron en 11 casos siendo el 45,4% por SARS-CoV-2. En 7 pacientes se evidenció infección fúngica, principalmente por *Aspergillus* spp. en 4 de ellos. Respecto al foco infeccioso, el origen respiratorio fue el más prevalente con el 58,3% de los casos. Este grupo incluyó: 17 episodios de neumonía adquirida en la comunidad, 6 de neumonía nosocomial y 5 de neumonía asociada a ventilación mecánica. Las infecciones relacionadas con el tracto urinario representaron 16,7%, mientras que la bacteriemia primaria y las infecciones de etiología abdominal se desarrollaron en el 10,4% respectivamente. Las infecciones asociadas a piel y partes blandas constituyeron el 4,2% de los casos.

Conclusiones: La patología infecciosa constituye una causa significativa de ingreso en UCI de pacientes hematológicos, frecuentemente asociado a un grado de inmunosupresión severa. En este contexto se observa una alta mortalidad, especialmente en aquellos pacientes más críticos, donde la tasa alcanza cifras cercanas al 50%. En cuanto al origen infeccioso, predomina el foco respiratorio de forma significativa,

destacando la necesidad de aplicar estrategias dirigidas a la prevención y el manejo, especialmente las de origen nosocomial, con el objetivo de reducir la morbimortalidad asociada.

208. TRAVESÍA CRÍTICA: EL CAMINO DE LOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS DESDE LA PLANTA HASTA LA UCI

Ruiz-Oliva Cortés J, Núñez Casco JP, Molina Gómez MF, Cabo Sela AI, Tenorio González M, Febles Díaz FJ, Pérez Álvarez A, Martín García A, Cáceres Barrientos G y Yagüe Zapico R

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes hematológicos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) procedentes de la planta de hospitalización de Hematología y su relación con la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo (enero 2018-julio 2024) que incluye pacientes hematológicos ingresados en UCI de León. Se recogieron variables demográficas, clínicas, de tratamiento y de mortalidad. Se analizaron estadísticamente con RStudio.

Resultados: Se incluyeron un total de 40 pacientes (n = 40), predominantemente hombres (28) con un rango de edad entre 17 y 81 años. El motivo más común de ingreso fue de sepsis en el 50% de los pacientes, seguido de insuficiencia respiratoria (25%). Las patologías hematológicas más frecuentes fueron linfoma no Hodgkin en 11 pacientes y mieloma múltiple (9 pacientes). 22 pacientes al momento del ingreso se encontraban con tratamiento activo para su enfermedad. De los 40 pacientes, 22 presentaron hipotensión persistente durante su ingreso previo a UCI y en 6 de ellos se decidió iniciar tratamiento en planta con perfusión continua de dopamina. A pesar de que el fracaso hemodinámico fue el fracaso orgánico más frecuente que motivó el traslado a UCI, hasta 11 pacientes presentaban insuficiencia respiratoria y 8 fracaso renal agudo. Durante el ingreso en UCI, un 95% de los pacientes requirieron soporte vasopresor y 40% ventilación mecánica invasiva (VMI). La mortalidad durante su ingreso en UCI fue de 52,5%. El análisis estadístico de las variables asociadas con mortalidad evidenció que la mortalidad fue significativamente superior en aquellos pacientes que requirieron VMI frente a los que no la necesitaron (81,25 vs. 33,3% p 0,0039) y también entre los pacientes que requirieron terapias continuas de reemplazo renal frente a los que no (90 vs. 40%). No se evidenciaron diferencias significativas en la mortalidad en los diferentes grupos de edad.

Conclusiones: Los pacientes hematológicos presentan una mortalidad elevada en UCI. Es esencial establecer criterios que permitan conocer el momento más oportuno para el inicio de medidas invasivas, manteniendo la comunicación con el servicio de Hematología y así evitar retrasar el ingreso en UCI en pacientes subsidiarios del mismo.

209. UCI Y LEUCEMIAS AGUDAS EN FASE DE INDUCCIÓN: ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

Creus García M, Chacón Alves S, Molina Collado Z, Aguirre González E, Jiménez Lapastora M, Sáez de la Fuente I, Arribas López P, Galiano Carrilero C y Sánchez-Izquierdo Riera JA

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las leucemias agudas a menudo requieren ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), presumiendo malos desenlaces a corto plazo. Se describe la evolución y supervivencia cuando el ingreso ocurre en fase de inducción (primer mes del diagnóstico).

Métodos: Estudio descriptivo-observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de leucemia aguda entre 2019 y 2024 que ingresan en UCI en fase de inducción. Se extraen variables demográficas y de evolución. Posteriormente, se calcula con SPSS versión 29.1.0.1. frecuencias para variables cualitativas y media $\pm$ desviación estándar (DE) y mediana $\pm$ rango intercuartílico (RIC) para cuantitativas.

Resultados: Se incluyen 28 pacientes, edad media de 55,86 $\pm$ 15,47 (DE) años, 71% varones. El motivo de ingreso más frecuente fue neutropenia febril (82,14%), focos más frecuentes respiratorio y abdominal (34,78% cada uno) y un 43% con confirmación microbiológica. En UCI, 71,43% de los pacientes requieren soporte vasoactivo, un 75% desarrolla fracaso renal agudo (42,86% TDER), un 57,14% precisa ventilación mecánica invasiva con mediana de duración 4 días (RIC 0-15). APACHE medio 19,57 $\pm$ 6,28 (DE). Mediana de estancia en UCI de 6 días (RIC 3,75-

15,25). La mortalidad en UCI fue del 25%. Del resto, se encuentran vivos el 84,21% a los 6 meses y el 72,72% a los 12. De los vivos, remisión completa en 81,25% a los 6 meses y 87,50% a los 12.

Conclusiones: La cohorte estudiada presenta ingresos de alta complejidad, requiriendo elevado soporte orgánico. No obstante, la mortalidad es menor de la esperada dada la situación clínica. Los resultados apoyan el reciente cambio de paradigma en el cuidado crítico del paciente oncohematológico.

210. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UCI: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Pérez Cárdenas M y Mateo Álvarez M

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Describir las características clínicas, el motivo de ingreso y los desenlaces de pacientes oncológicos atendidos en nuestra UCI durante los últimos tres años.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en un hospital de tercer nivel en una UCI de 32 camas polivalentes. Se incluyeron pacientes oncológicos ingresados en la unidad durante los años 2022, 2023 y 2024. Se recogieron un total de 122 pacientes oncológicos. Las variables recogidas fueron las siguientes: tipo de cáncer, extensión, tratamiento oncológico, motivo de ingreso, estancia y desenlace (alta/fallecimiento). Se analizaron las variables mediante estadísticas descriptivas, presentando resultados como frecuencias, porcentajes y medianas.

Resultados: Se incluyeron un total de 116 pacientes oncológicos. Las características generales fueron: Distribución por tipo de cáncer: 81 pacientes (69,8%) con cáncer sólido y 28 pacientes (23,9%) con cáncer hematológico. Extensión: 32 pacientes (27,5%) presentaban enfermedad metastásica. Tratamiento oncológico activo: 97 pacientes (83,6%) habían recibido o estaban recibiendo tratamiento. Los principales motivos de ingreso fueron: Insuficiencia respiratoria aguda. (49 casos, 42,2%). Shock séptico. (13 casos, 11,2%). Monitorización neurológica. (11 casos, 9,5%). La mediana de estancia en la UCI fue de 4,5 días. La estancia media fue de 9,5 días. En cuanto al desenlace 33 pacientes (28,4%) fallecieron y 83 pacientes (71,5%) fueron dados de alta.

Conclusiones: Los resultados reflejan un panorama diverso en la población oncológica ingresada en UCI, con una alta proporción de pacientes con enfermedad metastásica y en tratamiento activo. La insuficiencia respiratoria aguda y el shock séptico fueron los motivos de ingreso más frecuentes, en línea con otros estudios similares. La mortalidad observada es consistente con lo reportado previamente en la literatura para pacientes oncológicos críticos. Las limitaciones principales del estudio incluyen el tamaño reducido de la muestra y su carácter unicéntrico.

211. EVOLUCIÓN DEL POSOPERATORIO DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI

Malingre Gajino M

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la evolución clínica y mortalidad del paciente oncohematológico que ingresa en UCI para control posoperatorio.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo basado en una serie prospectiva analizando todos los pacientes con diagnóstico de tumor sólido o hematológico (no curado) hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para control posoperatorio desde el 1 de enero de 2024 al 30 de junio de 2024. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2,3.28

Resultados: Se trata de una muestra de 94 pacientes, de los cuales 73 (78%) eran posoperatorios programados mientras que 21 (22%) se intervenían de forma urgente. La mayoría de las neoplasias eran de origen gastrointestinal (49, un 52%). En segundo lugar, se encontraban las neoplasias de pulmón (10, un 11%) y en tercero las genitourinarias (9, un 10%) y las de sistema nervioso central (9, un 10%). Tan solo había 4 (4%) pacientes hematológicos en la muestra. Se realizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas, evidenciando una asociación estadística entre el posoperatorio urgente y pacientes con mayor puntuación en la escala ECOG (p 0,001 con OR 2), Karnofsky (p 0,004 con OR 0,9), fragilidad (p 0,016 con OR 1,8), APACHE-II (p < 0,001 con OR 1,4) y SOFA (p < 0,001 con OR 1,4). Para las variables cualitativas se utilizó la

prueba Chi cuadrado, encontrándose asociación estadística entre el posoperatorio urgente y necesidad de soporte ventilatorio (p 0,023 con RR 1,3), fármacos vasoactivos (p 0,06 con RR 1,2), antibioterapia (p < 0,001 con RR 1,5) y nutrición enteral o parenteral (p 0,038 con RR 1,3). La mortalidad durante el ingreso en UCI fue de 7 pacientes (7%), mientras que la mortalidad a los 3 meses fue de 15 pacientes (16%). Se encontró una asociación estadística entre la mortalidad (tanto al ingreso como a los 3 meses) con el posoperatorio urgente (p 0,001 con RR 2,7 y p 0,01 con RR 1,6 respectivamente). También se encontró asociación entre el posoperatorio urgente y la necesidad de reingreso hospitalario a los 3 meses (p 0,03 con RR 1,3).

Conclusiones: El posoperatorio urgente de nuestra muestra es un perfil de paciente con peor clase funcional. Hemos observado una peor evolución del posoperatorio urgente con respecto al programado, con mayor necesidad de soporte orgánico, mayor mortalidad y mayor tasa de reingreso hospitalario.

212. UTILIDAD DE LA PLASMAFÉRESIS COMO FORMA DE TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS GRAVES EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

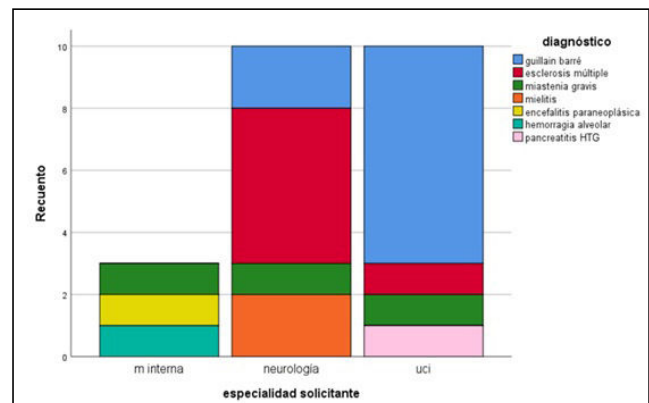
García García MÁ, Ferrando Sánchez C, Calabuig Guillén C, González Díaz A, Company Pont R, Palomo Navarro M, Quinzá Real A, Parreño Rodríguez E, Zaragoza Martínez R y Moreno Clari E

Hospital de Sagunto, Valencia.

Objetivos: Describir la casuística de los pacientes tratados con plasmaféresis (PFE) en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de 12 camas en un hospital de 252 camas durante los años 2023 y 2024.

Métodos: Se analizaron variables categóricas (sexo, enfermedad, necesidad de ingreso en UCI) y continuas (volumen de recambio, estancias en UCI y hospital). Al tratarse de un tamaño muestral pequeño se utilizó mediana y rango intercuartil (percentil 25 y 75). Se emplearon pruebas estadísticas como ji cuadrado para variables categóricas y t de Student/ANOVA para continuas. Los cálculos y gráficos se realizaron con SPSS v25, considerando un nivel de significación de p < 0,05.

Resultados: Se trataron 23 pacientes (11 mujeres, 47,89%), con una mediana de edad de 51,70 años (RIQ 39,77-70,01). El 60,9% requirió ingreso en UCI y el 26,1% ventilación mecánica invasiva. Se realizaron 5 sesiones de PFE por paciente (rango 2-8), con un volumen de recambio de 5.750 ml (RIQ 4.500-6.500). El acceso vascular más frecuente fue el yugular (60,9%), en los restantes se utilizó el femoral. Las patologías más frecuentes fueron neurológicas (91,3%): síndrome de Guillain-Barré (39,1%), esclerosis múltiple (26,1%) y miastenia gravis (13%). La técnica mejoró el estado clínico en el 82,6% de los pacientes (73,9% de forma importante, y 8,7% de forma lenta), mientras que un 17,4% no mostró mejoría. Dos pacientes fallecieron durante su hospitalización (uno en UCI y otro en sala de hospitalización). El porcentaje de complicaciones de la técnica fue bajo y poco relevante, entre ellos problemas con el acceso vascular en 26,1%, hipotensión significativa con necesidad de intensificar fluidos en 8,7% y trombosis precoz del set en 4,3%.



Conclusiones: La plasmaféresis realizada en la UCI demostró ser una técnica útil y segura, con una mejora significativa en la mayoría de los pacientes tratados. Se sugiere considerarla como parte integral de las terapias disponibles en nuestra cartera de servicios.

16:35-18:05 h

SALA C1+C2

PÓSTERES ORALES

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 4

Moderadores: José Luis García Garmendia, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Bormujos/
Mercedes Catalán González, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

213. USO A LARGO PLAZO DE LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UCI EN ZONAS CON MODERADA-ALTA RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

Sánchez Ramírez C¹, López Domínguez A¹, Hípola Escalada S¹, Roldán Furelos L¹, Tout Castellano M¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Hernández Viera MA¹, Marrero Penichet SM¹, 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: Analizar el efecto de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en una UCI durante 13 años en la prevención de infecciones nosocomiales (IN), por gérmenes multirresistentes (GMR) y consumo antibiótico.

Métodos: En una UCI polivalente de 30 camas se compararon dos cohortes 1 año con DDS y 13 años sin DDS del 1 octubre 2010 al 30 septiembre 2024. La DDS se aplicó desde 1 octubre 2011 a los pacientes ingresados que requerían intubación endotraqueal más de 48 horas. Se aplicó 4 días de cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta oral, con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se tomaron muestras orofaríngeas, rectales al ingreso y semanalmente. Se recogieron pacientes con IN: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), infección urinaria, bacteriemia por catéter y secundarias. Se realizó un análisis univariado y de regresión logística de DDS. Se obtuvieron las incidencias de IN y por GMR por 1.000 días de exposición y se compararon mediante el riesgo de incidencias. También se comparó el consumo antibiótico tras DDS (dosis diarias definidas/100 días en UCI).

Resultados: Ingresaron 14.695 pacientes y con DDS tuvieron IN 933 pacientes (6,34%). No se observó diferencias significativas en criterios demográficos o respuesta inflamatoria, pero los pacientes con DDS tuvieron mayor estancia en UCI ($p = 0,007$) (tabla). Las INs por *Acinetobacter*: OR: 0,086 (0,033; 0,220). IN por enterobacterias beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE): OR: 0,528 (0,339; 0,822), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): OR: 2,613 (1,251; 5,456), la insuficiencia renal crónica: OR: 0,376 (0,240; 0,589) y NAVM OR: 0,437 (0,287; 0,666) fueron factores independientes asociados a la DDS. Hubo también disminución significativa de las IN por bacterias Gram negativas multirresistentes (BGNMR) $p = 0,004$, así como de la tasa de NAVM con RR: 0,353 (0,247-0,504), bacteriemia secundaria con RR: 0,438 (0,269-0,712) y por GMR RR: 0,287 (0,201-0,412). Hubo 2 IN por *Clostridioides difficile* y disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.

Conclusiones: Tras 13 años de aplicación de DDS en nuestra UCI disminuyó de forma significativa las INs por *Acinetobacter*, BLEE y de BGNMR, así como la tasa de NAVM, bacteriemias secundarias y por GMRs. Los pacientes con DDS e IN no tuvieron mayor mortalidad. Además, disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.

214. VÍNCULO ENTRE COLONIZACIÓN E INFECCIÓN INVASIVA POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS MEDICOQUIRÚRGICOS

Bangueses Fernández E¹, García Fernández G¹, Bolado López de Andújar D¹, Sánchez Jordán P², Torres Fink I¹, Ferrer J¹, Clari MA¹, Albert E¹, Olea B¹ y Carbonell Monleón N¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ²Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Figura Póster 213

	Pacientes con INs N = 1043	Pacientes con IN y Descontaminación Digestiva Selectiva		P
	No N = 110	Si N = 933		
Edad (años)	61.0 ± 14.2	59.6 ± 15.8	61.1 ± 13.9	0.274
APACHE-II	20.4 ± 7.6	21.2 ± 7.6	20.3 ± 7.6	0.248
Sexo varón	684 (67.3)	75 (68.2)	609 (67.1)	0.827
Trauma	113 (10.8)	17 (15.4)	96 (10.3)	0.1
Coronario	216 (20.7)	19 (17.3)	197 (21.1)	0.344
Cirugía urgente	254 (24.4)	33 (30.0)	221 (23.7)	0.148
Neutropenia	41 (3.9)	3 (2.7)	38 (4.1)	0.794
NP	209 (20.1)	26 (23.6)	183 (19.6)	0.322
TRR	410 (39.4)	34 (30.9)	376 (40.3)	0.055
Desnutrición	112 (10.8)	12 (11.0)	100 (10.7)	0.926
Diabetes	317 (30.4)	34 (30.9)	283 (30.3)	0.901
EPOC	156 (15.0)	9 (8.2)	147 (15.8)	0.035
Insuficiencia renal crónica	206 (19.8)	40 (36.4)	166 (17.8)	< 0.001
Cirrosis	43 (4.1)	6 (5.5)	37 (4.0)	0.442
Neoplasia	101 (9.7)	10 (9.1)	91 (9.8)	0.824
NAVM	370 (35.5)	58 (52.7)	312 (33.4)	< 0.001
BRC	383 (36.8)	27 (24.6)	356 (38.3)	0.005
Bacteriemia secundaria	257 (24.7)	31 (28.2)	226 (24.3)	0.372
Infección de orina	313 (30.1)	29 (26.4)	284 (30.5)	0.37
ATB 48 horas antes ingreso	285 (28.1)	28 (25.4)	257 (28.4)	0.521
Exitus	362 (34.8)	35 (31.8)	327 (35.2)	0.482
<i>Acinetobacter</i>	22 (2.1)	13 (11.8)	9 (1.0)	< 0.001
SAMR	18 (1.7)	4 (3.6)	14 (1.5)	0.112
BLEES	260 (24.9)	38 (35.5)	221 (23.7)	0.007
Pseudomonas MR	91 (8.7)	10 (9.1)	81 (8.7)	0.886
BGN MR	54 (5.2)	12 (10.9)	42 (4.5)	0.004
Tipo paciente				0.231
Médico	758 (72.7)	79 (71.8)	679 (72.9)	
Cirugía programada	119 (11.4)	10 (9.1)	109 (11.7)	
Cirugía urgente	148 (14.2)	21 (19.1)	127 (13.6)	
Respuesta inflamatoria				0.354
No sepsis	39 (3.7)	2 (1.8)	37 (4.0)	
Sepsis	179 (17.2)	23 (20.9)	156 (16.7)	
Shock séptico	376 (36.0)	34 (30.9)	342 (36.7)	
	449 (43.0)	51 (46.4)	398 (42.7)	
Días en UCI	33 (20; 52)	28 (16; 46)	34 (21; 53)	0.007

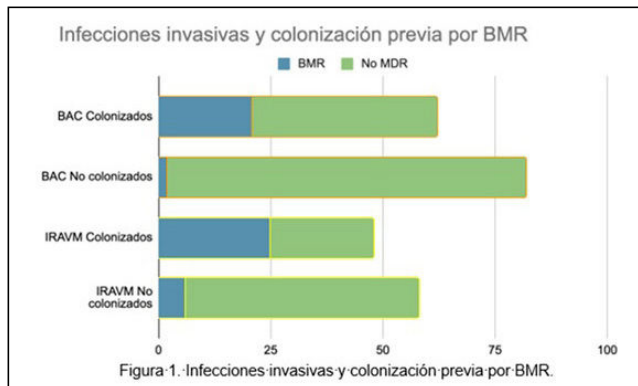
Los datos son: mediana (IQR), frecuencias (%) y mediana (IQR) NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de respiración renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilasa resistente; BLEE: betalactamasas de espectro extendido; BGN MR: Sodio Gram Negativo multirresistente

Objetivos: Analizar el riesgo de bacteriemias e infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica (IRAVM) por bacterias multirresistentes (BMR) en pacientes críticos de perfil médico y quirúrgico, previamente colonizados.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de 585 pacientes (enero 2019-febrero 2023), 329 de área médica y 256 quirúrgica con una estancia mínima de 7 días como criterio de inclusión. Mediana edad 66 (18-85) años, 67% varones, APACHEII: 20 ± 7, 12% inmunodeprimidos. 73,5% requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI). Se realizaron cultivos de vigilancia (nasal, faríngeo y rectal) al ingreso si factores de riesgo de BMR y semanalmente. Ante sospecha de infección nosocomial se extrajeron hemocultivos y muestra respiratoria baja. Se siguieron definiciones de guías de práctica clínica.

Resultados: Se enviaron 3.828 cultivos de vigilancia documentando colonización por BMR en 201 pacientes (34,4%), 100 médicos (30,3%) y 101 quirúrgicos (39,5%) $p = 0,02$. Destacaron enterobacterias productoras de BLEE ($n = 102$), *S. maltophilia* ($n = 45$), enterobacterias productoras de carbapenemasas ($n = 40$), bacterias Gram-positivas-MR ($n = 35$) y *P. aeruginosa*-MR ($n = 28$). En la unidad médica predominaron enterobacterias y no fermentadores en quirúrgica. Se documentaron 144 bacteriemias (24%), 21 originadas por BMR (14,5%). 19/21 (90,4%) presentaban idéntica BMR en colonización previa. Se diagnosticaron 106 IRAVM (18%), 23,5% por BMR. En 12/15 episodios de neumonía AVM se identificó la misma bacteria que colonizaba. En ambas infecciones predominaron Gram-negativos. La colonización por BMR se asoció de forma independiente con el desarrollo posterior tanto de bacteriemia (HR = 14,1; $p < 0,001$) como de IRAVM (HR = 6,59; IC95%: 2,67-16,26; $p < 0,001$) durante el ingreso. La infección invasiva por BMR fue poco prevalente en ausencia de colonización previa (fig.).

Conclusiones: La colonización por BMR es un factor de riesgo para infecciones invasivas por las mismas en el paciente crítico. Resulta razonable utilizar esta información en la elección del tratamiento empírico en la infección nosocomial en UCI.



215. BROTE DE *LEGIONELLA* EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. INGRESOS EN UCI

Fernández Ramos A¹, Delgado Palacios C², Lozano Sutil L¹, Fernández González MDC¹, Amores Alfonso B¹, Casquet Gómez AB³, Moreno Rivero B¹, Patino Martín M³, Cestero Ramírez L³ y Montans Araujo M¹

¹Hospital Universitario de Cáceres (C.H. de Cáceres), Cáceres. ²Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid. ³Hospital San Pedro de Alcántara (C.H. de Cáceres), Cáceres.

Objetivos: Describir y analizar los factores de riesgo, parámetros clínicos, analíticos y tratamiento de los enfermos que requirieron ingreso en UCI del Hospital Universitario de Cáceres, incluidos en el brote de *Legionella pneumophila* (Lp) del verano 2022.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron los pacientes que ingresaron en UCI del total de pacientes asociados al brote por Lp entre los meses de julio y agosto de 2022. Se definieron los posibles factores de riesgo, datos analíticos, clínicos, método de diagnóstico, tratamiento, mortalidad predicha por la escala APACHE II, así como la estancia hospitalaria y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron en el brote 24 pacientes, precisando ingreso en UCI 5. La edad media fue de 64 años, siendo el 80% hombres. Presentaron un APACHE II de 25,4, con una mortalidad predicha del 60%. El factor de riesgo más relevante fue la inmunosupresión, dado que el 80% estaba en tratamiento quimioterápico activo estando el 60% aplásicos. El 80% eran hipertensos, 20% tenían EPOC y 80% fumadores. El 80% había presentado ingreso hospitalario en el último mes. El 100% ingresó en UCI por insuficiencia respiratoria y 1 paciente presentó clínica digestiva concomitante. El 80% presentó coinfección bacteriana, siendo 40% gram +, 40% gram -, 40% hongos y 40% SARS-CoV-2. El 100% recibió fluoroquinolonas; 60% ventilación mecánica (VM) y el resto oxigenoterapia no invasiva de alto flujo (ONAF); el 40% requirió relajación neuromuscular y maniobras de pronó. En el 100% se empleó noradrenalina, 20% cabotamina y 20% vasopresina. Únicamente en 1 paciente se llevó a cabo tratamiento renal sustitutivo (TRS). El 80% de los ingresos fue *exitus*.

Conclusiones: La *Legionella pneumophila* es un patógeno que puede causar neumonía grave, especialmente en poblaciones vulnerables. El brote en el Hospital Universitario de Cáceres durante el verano de 2022 resalta la importancia de identificar factores de riesgo, como la inmunosupresión, que afectaron a la mayoría de los pacientes ingresados en UCI. La alta mortalidad observada, del 80%, contrasta con otros estudios donde la mortalidad fue significativamente menor, lo que sugiere que la gravedad de la enfermedad puede estar relacionada con la condición clínica previa de los pacientes. Además, la coinfección con otros patógenos, incluido SARS-CoV-2, complica el manejo y pronóstico. Este brote subraya la necesidad de vigilancia epidemiológica y protocolos de tratamiento más efectivos, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades, para mejorar los resultados clínicos en futuros episodios similares.

216. REDUCCIÓN DE CONTAMINACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES CON IONES DE PLATA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

García-Roig B, Narvarte-Ramon F, Beneyto-Berenguer M, Arrando-Barbera H, Frasset-Artés J, Sánchez T, Martínez A, Castellanos-Ortega Á y Ramírez-Galleymore P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de un compuesto antimicrobiano de liberación controlada de iones de plata (AgG-CRC) aplicado a superficies para prevenir la colonización de estas por microorganismos multirresistentes (MMR) y reducir las tasas de colonización e infección por MMR entre los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo de cinco meses en una UCI mixta de 24 camas dividida en dos subunidades idénticas (12 camas por subunidad). Se aplicó AgG-CRC en una subunidad (Unidad de Intervención: UI) junto a los protocolos estándar de desinfección, mientras que en la otra solo se aplicaron los protocolos estándar de desinfección (Unidad de Control: UC). Comparamos las tasas de contaminación de superficies por MMR, colonización de pacientes por MMR e infecciones nosocomiales por MMR entre las dos subunidades.

Resultados: Se recolectaron un total de 519 muestras de superficies durante 22 días de muestreo prevalente: 236 de la UI y 283 de la UC. Se detectaron MMR en 22 muestras de superficies (4,23%): 5 de la UI (2,1%) y 17 de la UC (6%); $p = 0,028$. Las tasas de colonización de pacientes por MMR en la UI y la UC fueron de 4,1% y 9,9%, respectivamente; $p = 0,048$. La incidencia de infecciones nosocomiales fue similar en ambas subunidades. Durante el estudio ocurrieron dos brotes en la UC (MDR *Acinetobacter baumannii* en 3 pacientes y MDR *Candida auris* en 4 pacientes), mientras que no se detectaron brotes en la UI.

Conclusiones: La aplicación de AgG-CRC en las superficies de la UCI condujo a una reducción significativa en la colonización de superficies por MMR y estuvo acompañada por una disminución en la transmisión de MMR a los pacientes, lo que indica su utilidad en el control global de los MMR.

217. ¿EN QUÉ PACIENTES PUEDE ELEVARSE LA PROCALCITONINA?

Salve Machuca C, Álvarez Peña M, Pérez Bazaga LJ, Santiago Triviño MÁ, López Esteban IM, Gaitano García Á, Flecha Morales N, Peña Gragera M, Rueda Toro LA y Pedrera Ferrero M

Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: En este estudio se pretende analizar el comportamiento de los niveles de procalcitonina en los pacientes ingresados en nuestra unidad, en relación con los factores de inducción de la misma.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo unicéntrico desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario de Badajoz entre 15 julio-30 septiembre 2023. Se han utilizado las bases de datos Jara, Gestlab, Excel y SPSS. Se recogen muestras sanguíneas de procalcitonina (valores normales < 0,5 ng/mL) al ingreso, 24 y 48 horas, así como otras variables: edad, motivo de ingreso, antecedentes previos, presencia o ausencia de infección y scores de gravedad. Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes con predominio de hombres (66,7%) con una edad media de 61,67 años (DE ± 13 , 75). De estos, el 80,7% no presentaban evidencia de infección mientras que un 19,3% sí; 7,9% local y 11,4% diseminada. En relación con el motivo de ingreso, destacaron los pacientes con patología médica (54,4%) vs. quirúrgica (45,6%); siendo los principales la hemorragia intracraneal (15,8%), los trasplantes hepáticos y renales (14,9%), los politraumatizados (8,8%), el fallo hepático (8,8%) y el shock cardiogénico (5,3%). Registramos scores de gravedad, con una puntuación media de la escala SOFA de 3,80 ($\pm 3,48$) y APACHE II de 13 ($\pm 7,49$). Por último, se midieron los niveles de procalcitonina al ingreso, 24 y 48 horas, obteniéndose valores medios de 4,07, 4,51 y 4,44 respectivamente, con un valor máximo de 113,08 que correspondía al ingreso de un paciente politraumatizado.

Conclusiones: La procalcitonina es un marcador altamente específico para las infecciones bacterianas debido a las reacciones inflamatorias que estas desencadenan, encontrándose relación entre sus concentraciones plasmáticas y la gravedad de la sepsis. Sin embargo, existen otras situaciones que pueden inducir su formación en ausencia de infecciones bacterianas debido al estado proinflamatorio que propician; un trauma grave (cirugía, quemaduras, accidentes...), en casos de shock cardiogénico, pancreatitis grave, insuficiencia renal o hepática o situaciones de fallo multiorgánico. En este estudio podemos corroborar los datos plasmados en la bibliografía; su elevación en ausencia de cuadros infecciosos y por ende que no debería ser utilizado como marcador diagnóstico.

218. BACTERIEMIA NOSOCOMIAL. IMPLICACIONES CLÍNICAS, MICROBIOLÓGICAS Y PRONÓSTICAS DE LA PRESENCIA DE ECMO EN LA UCI

Martínez Yáñez A, Martín A, Martín Cerezuela M, Carrasco C, Frasset J, Pérez F, Miguel Delgado A, Castellanos A y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Realizamos este estudio con el objetivo de conocer si las BN en la UCI son diferentes en términos clínicos, microbiológicos o pronósticos en pacientes con soporte ECMO.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de tres años en una UCI mixta de 24 camas. Se registraron episodios consecutivos de BN en pacientes sometidos a ventilación mecánica invasiva, y se compararon en función de si el paciente estaba soportado con ECMO o no. Se realizó un estudio descriptivo seguido de un análisis uni y multivariado para analizar los factores relacionados con mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 98 episodios de BN: 30 (30,6%) en pacientes con ECMO y 68 (69,3%) en pacientes sin ECMO. La tasa de BN en los pacientes con ECMO fue del 27,7% (20,26 episodios por cada 1000 días de tratamiento). En los pacientes sin ECMO, la tasa del 7,9% ($p < 0,001$). Los pacientes con ECMO eran más jóvenes y presentaban menos comorbilidades. El tipo y la etiología de las BN fueron similares, pero la gravedad fue mayor en los pacientes con ECMO. Aunque los microorganismos multirresistentes fueron más frecuentes en los pacientes con ECMO, la tasa de tratamiento adecuado fue similar entre ambos grupos. La mortalidad en la UCI fue del 66,6% para los pacientes con ECMO y del 30,8% para los pacientes sin ECMO ($p < 0,001$). Sin embargo, la terapia de reemplazo renal continuo (TRRC) (OR 3,67), el SOFA (OR 1,54) y el diagnóstico de COVID-19 (OR 1,54) fueron los únicos factores de riesgo independientes relacionados con la mortalidad en pacientes con BN.

Conclusiones: Aunque las BN fueron más frecuentes y graves en el grupo con ECMO, la presencia del dispositivo invasivo no se relacionó de forma independiente con la mortalidad.

219. RELACIÓN ENTRE LA PROCALCITONINA Y LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Álvarez Peña M, Salve Machuca C, Pérez Bazaga LJ, Santiago Triviño MÁ, López Esteban IM, Gaitano García Á, Flecha Morales N, Peña Gragera M, Rueda Toro LA y Pedrera Ferrero M

Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: Analizar si existe modificación en los niveles de procalcitonina en pacientes con Terapia de Reemplazo Renal (TRR).

Métodos: Estudio analítico y descriptivo, prospectivo unicéntrico desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario de Badajoz entre 15 julio-30 septiembre 2023. Se han utilizado las bases de datos Jara, Gestlab, Excel y SPSS. Se recogen datos demográficos y analíticos incluyendo determinaciones sanguíneas de procalcitonina (valores normales $< 0,5$ ng/mL) y el uso de terapia de reemplazo renal incluyendo tanto la hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVVC) como la intermitente (HDI). Así mismo, recogimos las puntuaciones de los scores de gravedad. Utilizamos medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y realizamos un análisis con un ancho total del intervalo de confianza del 95% y alfa de 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes de los cuales un 7% precisó de medidas de reemplazo renal (HDFV/HDI). De estos, encontramos un predominio de hombres (78%) con una edad media de 69,3 años y una puntuación media en la escala APACHE II al ingreso de 16,9 puntos. Analizamos los niveles de procalcitonina en los pacientes con TRR al ingreso, 24 y 48 horas, obteniendo unos valores medios de 0,36, 1,92 y 2,82, respectivamente. Se realiza un análisis sin objetivarse datos que sugieran de forma estadísticamente significativa que dichos valores son mayores en pacientes que requieren terapias de reemplazo renal.

Conclusiones: La procalcitonina es un marcador con alta especificidad para las reacciones inflamatorias desencadenadas por infecciones bacterianas, correlacionándose su concentración plasmática con la gravedad de la sepsis y la reacción inflamatoria sistémica. Sin embargo, existen además situaciones que inducen elevación de la procalcitonina en ausencia de infección a consecuencia de altas concentraciones de citocinas proinflamatorias o endotoxinas como puede ocurrir en casos de insuficiencia renal o el empleo de terapias de reemplazo renal. A

pesar de que es conocido que dichas terapias pueden alterar los niveles de procalcitonina, en nuestro estudio los niveles de procalcitonina no presentan valores medios más elevados con respecto a aquellos pacientes sin necesidad de terapias de reemplazo renal.

220. ¿TIENEN LAS ALTERACIONES ANALÍTICAS ACOMPAÑANTES A LA SEPSIS RELACIÓN CON LOS NIVELES DE PROCALCITONINA?

Álvarez Peña M, Salve Machuca C, Pérez Bazaga LJ, Santiago Triviño MÁ, Ávila Sansegundo C, Aguilera García C, Morocho Guadalajara AP, Raya Rojas L y Pacheco Alvero J

Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: Analizar el comportamiento de los niveles de procalcitonina en los pacientes ingresados en nuestra unidad y su relación con otros parámetros analíticos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo unicéntrico desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario de Badajoz entre 15 julio-30 septiembre 2023. Se han utilizado las bases de datos Jara, Gestlab, Excel y SPSS. Se recogen muestras sanguíneas de procalcitonina (valores normales $< 0,5$ ng/mL), leucocitosis (valores normales $4,0-11,0 \times 10^9/L$) y niveles de creatinina (valores normales $0,5-1,1$ mg/dL) al ingreso, 24 y 48 horas, así como presencia o ausencia de infección y las puntuaciones de los scores de gravedad al ingreso. Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes con predominio de hombres (66,7%) con una edad media de 61,67 años ($DE \pm 13,75$). De estos, el 80,7% no presentaba evidencia de infección mientras que un 19,3% sí; 7,9% local, 11,4% diseminada. Incluimos los niveles de leucocitosis con una media de 12,57, 12,31 y 12,19 al ingreso, 24 y 48 horas respectivamente. En relación con los niveles de creatinina se observaron medias de 1,55, 1,51 y 1,53 al ingreso, 24 y 48 horas. Registramos los scores de gravedad, con una puntuación media de la escala SOFA de 3,80 ($\pm 3,48$) y APACHE II de 13 ($\pm 7,49$). Por último, medimos los niveles de procalcitonina al ingreso, 24 y 48 horas, obteniéndose valores medios de 4,07, 4,51 y 4,44 respectivamente, con un valor máximo de 113,08 ng/mL que correspondía al ingreso de un paciente politraumatizado.

Conclusiones: La procalcitonina es un marcador altamente específico para las infecciones bacterianas debido a las reacciones inflamatorias que estas desencadenan, encontrándose relación entre sus concentraciones plasmáticas y la gravedad de la sepsis. Sin embargo, existen otras situaciones que pueden inducir su formación en ausencia de infecciones bacterianas debido al estado proinflamatorio que propician; un trauma grave (cirugía, quemaduras, accidentes...), en casos de shock cardiogénico, pancreatitis grave, insuficiencia renal o hepática o situaciones de fallo multiorgánico. En este estudio impresiona haber una relación directamente proporcional entre los parámetros analizados y la procalcitonina, por lo que consideramos necesario realizar un análisis de correlación entre los mismos para corroborar dicha apreciación.

221. UTILIDAD DE LA SECUENCIACIÓN MOLECULAR EN EL ANÁLISIS DE UN BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS

Maldonado Barrueco A, Rubio Mora E, Bloise I, Cacho Calvo J, Dahdouh E, García Rodríguez J, Rodríguez Aguirregabiria M, Pérez Blanco V, Mingorance J y Lázaro Perona F

Hospital Universitario la Paz (C.H. La Paz), Madrid.

Objetivos: Investigar un brote causado por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos (ABRC) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) mediante secuenciación del genoma completo y pruebas de susceptibilidad antibiótica.

Métodos: Las cepas de ABRC recogidas durante el cribado epidemiológico rutinario, así como de muestras clínicas y ambientales se secuenciaron mediante las tecnologías Ion Torrent™ y MinION™. La susceptibilidad al cefiderocol se comprobó mediante difusión en disco y microdilución en caldo (ComASP).

Resultados: El caso índice ingresó en UCI en octubre del 2022 con colonización multifocal por ABRC en el que se identificaron dos ce-

pas. La primera cepa pertenecía al clon ST85_{pas} y portaba el gen *bla*NDM-1 y presentaba resistencia a cefiderocol. La segunda y responsable del brote pertenecía al clon ST2_{pas}/ST451_{ox} y portaba los genes *bla*OXA-23 y *bla*OXA-66. El brote con curva bimodal se extendió hasta junio de 2023 (fig. 1). A lo largo del brote las pruebas de susceptibilidad al cefiderocol mediante difusión en disco identificaron cinco aislados resistentes (halo < 17 mm) y por microdilución en caldo se observó un aumento de las concentraciones inhibitorias mínimas (CMI) hasta 4 mg/L. El análisis genético reveló mutaciones en estas cepas en el gen *bla*ADC-73 que podrían explicar el aumento de CMI a cefiderocol. Tras un control inicial del brote se objetivó un segundo pico realizándose un muestreo medioambiental que reveló contaminación por ABRC en el 20% de las muestras. El análisis genético reveló la aparición de una cepa hipermucoide con mutaciones en el gen *wzc*. (fig. 2). Se reforzaron las medidas de control de infecciones y tras concluir el brote se procedió a una limpieza terminal con alta concentración de peróxido de hidrógeno sin detectarse posteriormente nuevos casos.

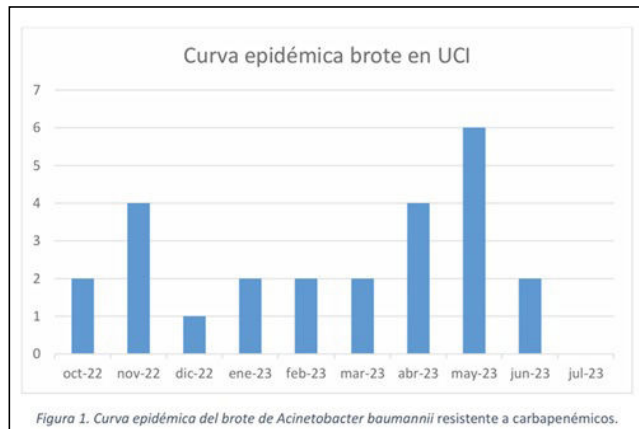


Figura 1. Curva epidémica del brote de *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos.

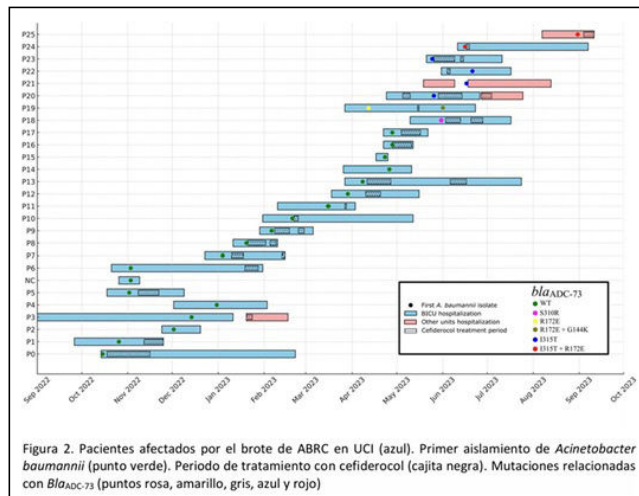


Figura 2. Pacientes afectados por el brote de ABRC en UCI (azul). Primer aislamiento de *Acinetobacter baumannii* (punto verde). Periodo de tratamiento con cefiderocol (cajita negra). Mutaciones relacionadas con *bla*ADC-73 (puntos rosa, amarillo, gris, azul y rojo)

Conclusiones: El análisis filogenético permitió conocer la evolución de las cepas de *Acinetobacter baumannii*, identificando mutaciones asociadas con un aumento de las CMI a cefiderocol. Se detectó la emergencia de cepas hipermucoas que permitió la adopción de medidas eficaces de control con la resolución final del brote.

222. MICROORGANISMOS FRECUENTES Y RESISTENCIAS ADQUIRIDAS EN PACIENTES COLONIZADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Quesada Díaz MDM, Gómez González Á, Ruiz Gómez J y Ázcariz Bertrán MJ

Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Describir el porcentaje de colonizaciones que desarrollan infección y el tipo de resistencia adquirida.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre una base de datos de pacientes colonizados ingresados en UCI, de septiembre 2023 a septiembre 2024. Las variables categóricas se analizaron con test de χ^2 y test de Fisher cuando la frecuencia esperada era inferior a 5.

Resultados: De 55 pacientes colonizados, 21 desarrollaron algún tipo de resistencia no existente previamente. De los 21 pacientes, 8 (38,1%) desarrollaron infección frente a 13 (54,2%); $p = 0,48$. De los pacientes colonizados por *Pseudomonas aeruginosa*, 9 (29%) desarrollaron infección frente a 22 (71%); $p = 0,5$. Adquirieron mecanismos de resistencias 7 (22,6%); $p = 0,007$. De los pacientes colonizados por *Klebsiella pneumoniae*, 5 (45%) desarrollaron infección frente a 6 (54%); $p = 0,31$. Adquirieron mecanismos de resistencias 8 (72%); $p = 0,008$. Los pacientes colonizados por *Stenotrophomonas maltophilia* (3) no desarrollaron infección, $p = 0,21$. Adquirió mecanismo de resistencia uno (33%); $p = 0,85$. El paciente colonizado por *Elizabethkingia*, desarrolló neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), sin adquisición de mecanismos de resistencia. El paciente colonizado por *Enterobacter cloacae* no desarrolló infección, $p = 0,48$. Adquirió mecanismo de resistencia, $p = 0,19$. El paciente colonizado por *Acinetobacter baumannii* desarrolló bacteriemia y NAV, $p = 0,14$. De los pacientes colonizados por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, 2 (50%) desarrollaron infección frente a 2 (50%) que no desarrollaron. $p = 0,44$. Uno adquirió mecanismos de resistencias (25%). $p = 0,57$. De los pacientes colonizados por *Klebsiella oxytoca* (3) ningún caso desarrolló infección ($p = 0,21$) pero todas adquirieron mecanismos de resistencias. $p = 0,23$.

Conclusiones: *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* son los microorganismos que más frecuentemente se aislaron en las colonizaciones y los que adquirieron con más frecuencia mecanismos de resistencia no presentes al inicio del aislamiento.

223. ANÁLISIS RETROSPECTIVO (10 AÑOS) DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) SEGÚN EL TRATAMIENTO EMPÍRICO INICIAL

Marotta Pais M, Berrueta J, Calverías Cabrera L, Gómez Álvarez J, Trefler S, Gómez Bartomeu F, Guerrero Torres MD, Pardo-Granell S, Bodí Saera MA y Rodríguez Oviedo A

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

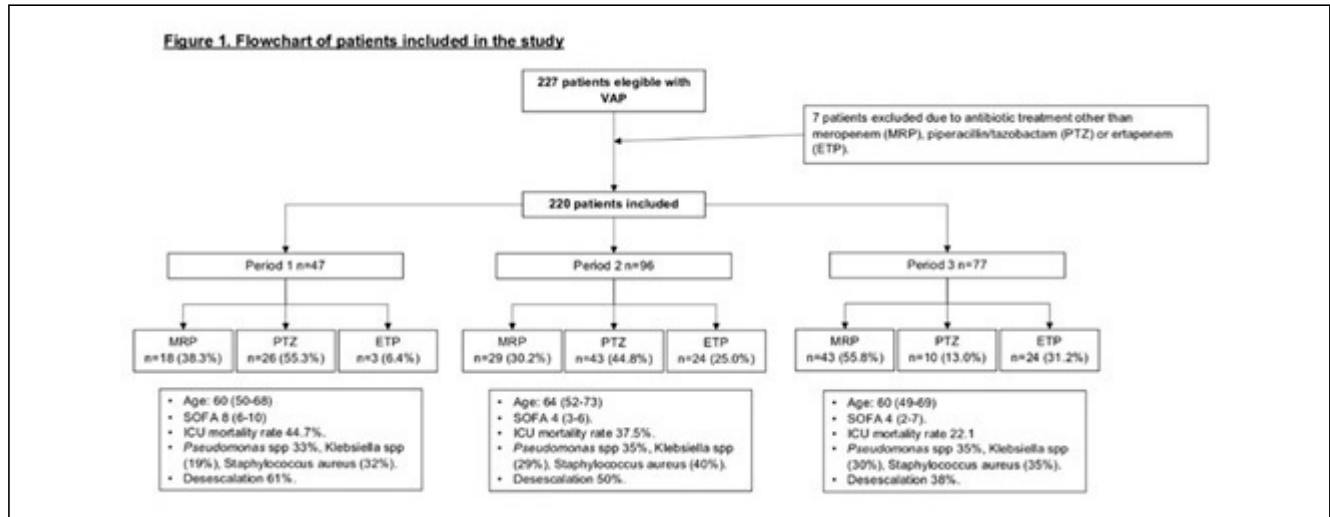
Objetivos: Evaluar la frecuencia e impacto del tratamiento antibiótico empírico inapropiado (TAEI) así como la variación en la etiología, la mortalidad cruda en UCI y los factores de riesgo asociados en pacientes con NAV durante la última década.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico en el período (1-1-2014 al 1-10-2024). Solo se incluyeron pacientes con NAV confirmada microbiológicamente. Las variables clínicas, demográficas y de laboratorio se obtuvieron automáticamente de la historia clínica electrónica. La población se dividió en tres períodos: P1) 2014-2018; P2) 2019-2021; y P3) 2022-2024. En todos los P se implementó neumonía Zero y no se usó descontaminación digestiva. A partir de 2019 se implementó protocolo de diagnóstico rápido microbiológico (FA). Diferencias entre grupos se evaluaron mediante chi cuadrado y test de Fisher o prueba t para variables categóricas y prueba U de Mann-Whitney para variables continuas. Las variables de importancia fueron incluidas en un modelo de regresión logística para identificar las que asociaban de forma independiente mortalidad en la UCI. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 220 (P1 = 47, P2 = 96 y P3 = 77) pacientes. La densidad de incidencia de NAV fue mayor en P2 (4,9 casos) respecto P1 (2,8 casos) y P3 (3,4 casos). La incidencia global de TAEI fue del 4,5%, sin observarse diferencias entre periodos ni con el tipo de tratamiento administrado. *P. aeruginosa*, *Klebsiella spp.* y *S. aureus* fueron los microorganismos aislados con mayor frecuencia sin diferencias entre los periodos. La mortalidad cruda en la UCI fue del 33,6% y mayor en TAEI (40 vs. 33,3%, $p = 0,73$). En pacientes que recibieron tratamiento adecuado, hubo una disminución significativa de la mortalidad bruta a lo largo de los años P1 = 44,7%, P2 = 37,5% y P3 = 22,1%, $p < 0,001$. La edad (OR = 1,04; 1,01-1,08) y P2 (OR = 2,8; 1,1-7,4) se asociaron con un mayor riesgo de mortalidad. Por el contrario, la presión arterial media (OR = 0,94; IC95% = 0,69-0,99) y el uso FA (OR = 0,23; IC95% = 0,07-0,68) se asociaron a menor mortalidad.

Conclusiones: Se observó una reducción en la mortalidad bruta por NAV a lo largo de los años, sin cambio en la etiología o tasa de TAEI. Los paneles podrían ser una medida a implementar para reducir la mortalidad por NAV.

Figura Póster 223



224. FARMACOCINÉTICA DEL CEFIDEROCOL EN EL PACIENTE CRÍTICO ASISTIDO CON ECMO

De Rivas Alcover L, Martín Latorre R, García Roig B, Gordón Sahuquillo M, Broch Porcar MJ, Frasquet J, Martín Cerezuola M, Arce Herrera C, Castellanos Ortega A y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: La evidencia sugiere que la terapia con ECMO puede alterar la concentración en suero de algunos antibióticos. Se han reportado niveles infraterapéuticos como elevados. Es por ello que surge la necesidad de analizar la farmacocinética de los nuevos beta lactámicos en estos pacientes. En este estudio se compara la farmacocinética del cefiderocol en pacientes con y sin ECMO.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de pacientes adultos críticos tratados con cefiderocol entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en la UCI de un hospital terciario. Se analizó la concentración total en plasma, mediante la C_{min} y C_{max} , tras 72 h de tratamiento antibiótico. El objetivo terapéutico se estableció en cuatro veces la CMI. Se tuvo en cuenta otros parámetros como la hiperfiltración renal y la unión a proteínas. La respuesta clínica se definió como la resolución de los signos y síntomas presentes al diagnóstico de la infección.

Resultados: Se analizaron 10 pacientes, 4 de ellos portadores de ECMO V-V (y uno de ellos además con TRR) y los 6 restantes sin ECMO ni TRR. Todos recibieron una dosis de 2 g/8 h en una infusión de 3 h durante una media de 10 días. Un 90% de las infecciones tratadas fueron neumonía y en un 10% bacteriemia, ambas de origen nosocomial. Los microorganismos que se trataron fueron bacterias multirresistentes pero sensibles al cefiderocol. Ningún paciente recibió terapias combinadas y no se detectó ningún efecto secundario del fármaco. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes portadores de ECMO y los que no. Ambos grupos alcanzaron la concentración terapéutica objetivo. Las membranas del ECMO no fueron cambiadas antes de dicho análisis (todas habían sido colocadas con 96 h de antelación como mínimo).

Conclusiones: No nos consta que haya análisis previos que comparen la farmacocinética del cefiderocol en estos dos grupos. Este estudio apoya un buen perfil Pk/Pd del cefiderocol el paciente crítico, incluso en los casos bajo terapia con ECMO.

225. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. ANÁLISIS DE CASOS DE 2019 A 2024

Tello Sánchez M, Peñasco Martín Y, Díaz Ruiz RM, Prieto Dehesa M y Alcoba Núñez L

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Analizar la prevalencia y las características clínicas de los pacientes con enfermedad neumocócica invasora que han ingre-

sado en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de 2019 a 2024.

Métodos: Análisis retrospectivo. Bacteriemia confirmada por *Streptococcus pneumoniae* en UCI entre 2019 y 2024. Se recogieron y analizaron variables epidemiológicas, factores de riesgo, gravedad al ingreso (APACHE-II), foco primario de infección, necesidad de soporte con ECMO y mortalidad.

Resultados: Entre 2019 y 2024 han ingresado 60 pacientes en la UCI de los 159 que han sido diagnosticados de enfermedad neumocócica invasora en nuestro centro durante el periodo estudiado, lo que supone un 37,7% de los casos. En el año 2019 se registraron el 31,6% de los casos (19 pacientes), con un descenso en 2020 y 2021 (4 y 8 casos respectivamente) y un repunte en 2022 y 2023 (con 10 y 12 casos), volviendo a descender en 2024 (7 casos). El 63,3% de los casos fueron mujeres. La edad estaba comprendida entre 0 y 83 años, con una media de 46,7 años y una mediana de 56,5 años. El APACHE-II estaba comprendido entre 4 y 27 puntos, siendo la media de 13,7 puntos. El 25% de los pacientes eran fumadores y el 33% tenían disfunción de ventrículo izquierdo, enfermedad respiratoria crónica (EPOC/asma), enfermedad renal crónica o cirrosis. El 13,3% de los pacientes cumplían criterios de inmunosupresión, siendo las causas más frecuentes la neoplásica y el tratamiento inmunosupresor por trasplante de órgano sólido. El 43,3% de los pacientes habían sido vacunados frente al neumococo en los 5 años previos, siendo 42,3% de ellos niños. Los focos primarios de infección detectados fueron: respiratorio (53,3%), sistema nervioso central (40%), endocarditis con síndrome de Austrian (1,6%) y desconocido (5,4%). El 5% de los pacientes recibió soporte con ECMO: 1 paciente venovenosa, 1 paciente venoarterial y un paciente venoarterio-venoso. El 18,33% de los pacientes fallecieron.

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes con enfermedad neumocócica invasora requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. El foco primario de infección más frecuente es el respiratorio, seguido de las infecciones del sistema nervioso central. Es una patología con una mortalidad elevada.

226. COMPARACIÓN DEL USO DE CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM CON AZTREONAM VS. CEFIDEROCOL EN PACIENTES CRÍTICOS

Prieto Cabrera A, Calle Romero M, Moro Punset CM, González Ogallar FJ, García Pacios V, Merino Amador P, Muñoz de Morales Rodríguez AM, Domingo Marín S, Martínez Sagasti F y Rodríguez Gómez M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El incremento de microorganismos multirresistentes ha llevado al desarrollo de nuevos antibióticos, como ceftazidima-avibactam y cefiderocol, efectivos frente a bacilos gramnegativos resistentes a carbapenémicos. Sin embargo, la comparación entre ceftazidima-avibactam junto con aztreonam (CAA) vs. cefiderocol (CEF) carece de respaldo en ensayos clínicos. Este estudio tiene como ob-

jetivo analizar el uso de ambas pautas en pacientes críticos de nuestra unidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con CAA vs. CEF en nuestra unidad entre enero 2022 y agosto 2024. Análisis estadístico realizado con Stata 14.2.

Resultados: Se incluyeron 109 pacientes en el análisis (CAA: 46; CEF: 63). Los principales microorganismos fueron enterobacteriales (50%), 46% productores de carbapenemasas (VIM 88%). Se identificó: *Serratia marcescens* (40%), *Pseudomonas aeruginosa* (28,44%), productora de carbapenemasas en 19,26% (VIM 95%), *Stenotrophomonas maltophilia* (20%), *Klebsiella spp.* (6,4%), *Citrobacter freundii* (1,8%) y *Acinetobacter baumannii* (1,8%). La infección más frecuente fue respiratoria (54,13%) seguida de urinaria (20,63%) y bacteriemia primaria (8,25%). Un 10% se demostró únicamente colonización. Sin diferencias en el tipo de microorganismos o el sitio de infección. El grupo CAA presentó una incidencia mayor de fracaso renal (78,26 vs. 51,8%; p 0,003), y necesidad de terapias de depuración extrarrenal (21,74 vs. 12,7%, p 0,2).

Descripción de la muestra				
	Global (N = 109)	CAA (N = 46)	CEF (N = 63)	p
Edad media (años)	64,52	63,78	65,06	0,074
Varones (%)	65,14%	52,17%	74,60%	0,026
Mortalidad (%)	47,71%	47,83%	47,62%	1,00
Estancia en UCI (días)	63,41	56,52	69,22	0,064
Días de tratamiento (días)	8,92	8,46	9,40	0,53
SOFA	5,63	5,59	5,67	0,66
APACHE-II	21,05	19,11	22,46	0,015
Tratamiento dirigido	80,73%	71,4%	93,58%	0,073
Curación clínica	62,96%	59%	66%	0,478
Curación microbiológica	41,67%	46,67%	38,1%	< 0,001
Antibioterapia previa	55,96%	45,65%	63,49%	0,09

Conclusiones: Aunque la CAA muestra una mayor tasa de curación microbiológica, no se correlaciona con mejoría clínica ni con mortalidad. Los pacientes tratados con CEF presentaron mayor gravedad inicial y menor tasa de fracaso renal. Estos resultados subrayan la importancia de realizar ensayos clínicos que comparen ambas terapias.

227. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA EN NIÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. ANÁLISIS DE CASOS DE 2019 A 2024

Tello Sánchez M, Peñasco Martín Y, Díaz Ruiz RM, Prieto Dehesa M y Alcoba Núñez L

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Analizar la prevalencia y las características clínicas de los niños con enfermedad neumocócica invasora que han ingresado en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de 2019 a 2024.

Métodos: Análisis retrospectivo. Bacteriemia confirmada por *Streptococcus pneumoniae* en UCI entre 2019 y 2024. Se recogieron y analizaron variables epidemiológicas, factores de riesgo, gravedad al ingreso (APACHE-II), foco primario de infección, necesidad de soporte con ECMO y mortalidad.

Resultados: Entre 2019 y 2024 han ingresado 14 pacientes pediátricos en la UCI, lo que representa el 23,3% de los pacientes ingresados con enfermedad neumocócica invasora. En el año 2019 se registraron 3 casos, 1 caso en 2020, 5 casos en 2022, 2 casos en 2023 y 3 casos en 2024. Los pacientes tenían entre 0 y 11 años en el momento del ingreso, siendo el 64,3% menores de 3 años. Los casos estaban repartidos equitativamente entre ambos sexos. El APACHE-II al ingresó osciló entre 7 y 16 puntos, con una media de 11,5 puntos. El 27,3% de los niños estaban inmunosuprimidos, siendo las causas inmunodeficiencia primaria, inmunosupresión por sirolimus e inmunosupresión tras trasplante de progenitores hematopoyéticos. La infección primaria fue una meningitis en el 71,4% de los casos y una neumonía en el resto de ellos. Un paciente recibió soporte con ECMO veno-arterial, siendo el único paciente de la serie de casos que falleció, lo que supone una mortalidad del 7,1%.

Conclusiones: Los pacientes pediátricos representan un porcentaje importante del total de pacientes con enfermedad neumocócica invasora requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. El foco primario de infección más frecuente en los niños es el sistema nervioso central. Es una patología con una mortalidad elevada.

228. ENFERMEDAD DE WEIL (LEPTOSPIROSIS ICTÉRICA) PRE-DANA

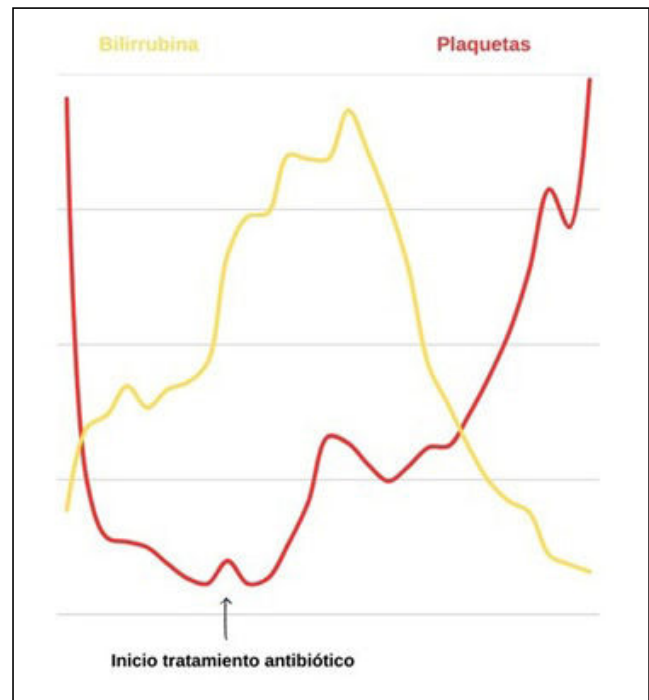
Gómez Martínez L, Plata Barril B, Menjón Lajusticia E, Egea González A, Blasco Lorente D, Rafeles Perucha BI, Bueno Vidales N, Lafita López A y Ocabo Buil P

Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

Objetivos: Destacar la importancia de la inclusión de leptospirosis como diagnóstico diferencial, en aquellos pacientes con alteraciones hematológicas e ictericia, que no presenten una correcta evolución clínica, incluso en ausencia de factores epidemiológicos.

Métodos: Caso clínico: varón de 67 años que ingresa procedente de planta por insuficiencia renal aguda. Como antecedente destaca ingreso 2 meses antes por insuficiencia cardíaca derecha. Durante el ingreso en UCI, cuadro de IRA que requiere de TRRC durante 10 días, elevación de enzimas de citólisis y colestasis con bilirrubina con valor pico de 27 mg/dl a expensas de bilirrubina directa, junto con, anemia que impresiona de autoinmune y trombopenia con epistaxis asociada (cifra menor: 23.000/mm³). Se solicita ecografía abdominal en la que se objetiva esteatosis hepática, pero, descarta dilatación de la vía biliar y TC abdominal que descarta patología. En ausencia de factores epidemiológicos predisponentes (paciente varón jubilado de 67 años sin contacto aparente con animales), pero, dado la triada de ictericia, hemorragia e insuficiencia renal, características de la enfermedad de Weil, decidimos solicitar serología de leptospirosis siendo la IgM positiva.

Resultados: Tras haberse objetivado IgM positiva para leptospira se comienza tratamiento con doxicilina. Dos días después de haber comenzado el tratamiento antibiótico, se objetiva mejoría de cifras de plaquetas, hemoglobina y bilirrubina que se habían mantenido alteradas durante 3 semanas, presentado el paciente en el momento actual cifras normalizadas.



Conclusiones: La enfermedad de Weil presenta alta mortalidad (hasta el 50%), sobre todo, en casos asociados a insuficiencia hepática aguda, como el de nuestro paciente. Por lo que, en ausencia de patología que justifique la triada descrita previamente, creemos que es pertinente

te solicitar una serología de leptospira, ya que, se trata de una prueba accesible con un tratamiento sencillo. Si bien es cierto, que tendría mayor recomendación su solicitud en casos en los que la epidemiología sea favorable, pudiendo ser uno de estos casos la catástrofe sufrida en Valencia en octubre de este año.

16:35-18:05 h

SALA 8

PÓSTERES ORALES

TRAUMATISMOS 1

Moderadores: *Alberto Hernández Abadía de Barberá, Estado Mayor de la Defensa, Madrid/ Marc Morales Codina, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona y HEMS/PCAC SEM HC Pallars*

229. DISOCIACIÓN CLÍNICO-ANATÓMICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO AIS 4-5

Morán Gallego FJ, Correas López MT, Sánchez Casado M, Moreno Ciudad P, Alonso Ciria E, González Alemán O, Martínez Durán F, Romeu Prieto JM, López del Toro I y Morales Varas GD

Hospital Universitario de Toledo (C.H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Evaluar diferencias entre pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) y puntuación en Abbreviated Injury Scale (AIS) de cabeza de 4 a 5 en función de su congruencia con la situación clínica esperable según Glasgow Coma Scale (GCS).

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes que incluyó pacientes ingresados consecutivamente en una Unidad de Trauma y Neurocríticos entre enero de 2020 y junio de 2024. Se analizaron pacientes con TCE y AIS de cabeza de 4 o 5. Se agruparon según congruencia entre GCS y lesión anatómica: 1) GCS congruente con lesión anatómica (3-12) y 2) GCS no congruente (13-15). Se evaluaron variables demográficas, gravedad del trauma, uso de recursos y complicaciones. Como resultado primario, se analizó mortalidad al alta de UCI, y como resultados secundarios, mortalidad global y situación funcional al alta hospitalaria, utilizando Glasgow Outcome Scale-Extended (GOSE). Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartílico y se compararon mediante test U de Mann-Whitney o prueba t de Student. Las variables categóricas se expresaron en recuentos y porcentajes y se compararon utilizando test de χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se estableció nivel de significancia del 5% (bilateral). El análisis de los datos se realizó utilizando STATA versión 13® (StataCorp LLC).

Resultados: Se analizaron un total de 140 pacientes, 98 incluidos en el grupo con GCS3-12 congruente con lesión anatómica y 42 en el grupo con GCS13-15 no congruente con lesión anatómica. La mediana de edad fue 58 años, en su mayoría hombres (72% n = 100), sin diferencias en variables demográficas, de fragilidad o uso de terapias antitrombóticas. El mecanismo lesional más frecuente en ambos grupos fue la caída accidental, sin diferencias en GCS prehospitalario, siendo los pacientes que debutan con menor puntuación GCS los que presentan más hemorragia subaracnoidea traumática (75 vs. 57 p = 0,03) y trauma maxilofacial (25,7 vs. 9,5% p = 0,03). Este grupo presenta también más incidencia de hipertensión intracraneal (44 vs. 9% p < 0,05), con mayor necesidad de ventilación mecánica (87 vs. 30% p < 0,05) y neuromonitoreización PIC (43 vs. 7% p < 0,05). No existen diferencias en relación a la estancia entre ambos grupos, pero los pacientes con GCS < 13 sufren más mortalidad en UCI (51 vs. 2,4% p < 0,05) y hospitalaria (53 vs. 7% p < 0,05) con peores resultados funcionales GOSE al alta hospitalaria (83,5 vs. 29,7% p < 0,05).

Conclusiones: La mayoría de pacientes con TCE y AIS 4-5 presentan GCS menor o igual a 12 al ingreso, lo cual implica mayor mortalidad, ingresos más prolongados en UCI, así como peores resultados funcionales.

230. DISOCIACIÓN CLÍNICO-ANATÓMICA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO AIS 1-3

Correas López MT, Morán Gallego FJ, Moreno Ciudad P, González Alemán O, Fransi Portela I, Sánchez Casado M, Romeu Prieto JM, Marina Martínez L y Morales Varas GD

Hospital Universitario de Toledo (C.H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Evaluar diferencias entre pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) y puntuación en Abbreviated Injury Scale (AIS) de cabeza de 1 a 3 en función de su congruencia con la situación clínica esperable según Glasgow Coma Scale (GCS).

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes que incluyó pacientes ingresados consecutivamente en una Unidad de Trauma y Neurocríticos entre enero de 2020 y junio de 2024. Se analizaron pacientes con TCE y AIS de cabeza entre 1 a 3. Los pacientes se agruparon según congruencia entre GCS y lesión anatómica: 1) GCS congruente con lesión (13-15) y 2) GCS no congruente (3-12). Se evaluaron variables demográficas, gravedad del trauma, uso de recursos y complicaciones. Como resultado primario, se analizó mortalidad al alta de UCI; como resultados secundarios, mortalidad global y situación funcional al alta hospitalaria, utilizando Glasgow Outcome Scale-Extended (GOSE). Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartílico y se compararon mediante test U de Mann-Whitney o prueba t de Student. Las variables categóricas se expresaron en recuentos y porcentajes y se compararon utilizando test de χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se estableció nivel de significancia del 5% (bilateral). El análisis de los datos se realizó utilizando STATA versión 13® (StataCorp LLC).

Resultados: Se analizaron un total de 140 pacientes, 95 incluidos en el grupo con GCS13-15 congruente con lesión, y 45 en el grupo con GCS 3-12 no congruente con lesión. La mediana de edad fue 55 años, en su mayoría hombres (74% n = 104), sin diferencias en variables demográficas, de fragilidad o uso de terapias antitrombóticas. La caída fue el mecanismo lesional más frecuente, sin diferencias en GCS prehospitalario. Aquellos con GCS 3-12 presentaron mayor incidencia de pupilas areactivas bilaterales (2 vs. 0% p = 0,014), así como valores de índice de shock (IS) más altos (0,73 vs. 0,66 p = 0,04) y mayor requerimiento de activación de protocolo de transfusión masiva (15 vs. 3% p = 0,02). Los pacientes de este grupo fueron más traqueostomizados (19 vs. 6% p = 0,02), con más incidencia de delirio y debilidad adquirida en UCI. No hubo diferencias en mortalidad en UCI u hospitalaria, pero sí peores GOSE en aquellos con GCS3-12 (43 vs. 18% p = 0,02) al alta hospitalaria.

Conclusiones: La mayoría de pacientes con AIS menor a 3 presenta GCS mayor a 13. A pesar de la ausencia de diferencias en mortalidad, los pacientes con TCE y AIS craneales menores o iguales a 3 precisan ingresos en UCI que requieren mayor complejidad de cuidados con peor resultado funcional al alta hospitalaria cuando la puntuación GCS es menor a 12.

231. INFECCIONES EN EL TRAUMA GRAVE. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Ginestal Calvo J, Caballo Manuel AA, Blanco Carrasco L, Galiano Carrilero C, Bermejo Aznárez S, Barea Mendoza JA, García Fuentes C y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las infecciones representan una complicación relevante en pacientes con trauma grave ingresados en UCI, impactando la morbimortalidad. Este estudio se propone analizar la incidencia de infecciones y los factores de riesgo asociados en una cohorte de pacientes con trauma grave.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en una UCI de Trauma y Emergencias desde enero de 2014 hasta septiembre de 2024, sin criterios de exclusión. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), mecanismo del trauma, gravedad (escalas ISS, RTS, APACHE), factores de riesgo al ingreso (inmunosupresión, EPOC, cirrosis, neoplasia, diabetes), intervenciones quirúrgicas urgentes, estancia en UCI, mortalidad y presencia de infecciones durante la estancia en UCI (neumonía, infección urinaria, bacteriemias). Se realizó un análisis descriptivo y se aplicaron pruebas de chi-cuadrado, t de Student y regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 2.448 pacientes. La media de edad fue de 44,82 años (DE 17,9), el 79,24% fueron hombres, y los accidentes de tráfico representaron el mecanismo más común (38,62%). Un 42,24% presentó MAIS ≥ 3 en la cabeza. La incidencia de infecciones fue del 8,09% (198

pacientes), siendo la neumonía la más frecuente (67,67%). En el análisis univariante, los factores más asociados a la infección fueron un ISS elevado ($p < 0,001$), estancia prolongada en UCI ($p < 0,001$), APACHE ($p < 0,001$), y la necesidad de cirugía urgente ($p < 0,001$), particularmente en aquellos que requirieron tres tipos de cirugía. Las lesiones graves en la cabeza (MAIS ≥ 3) también se asociaron significativamente con la infección ($p < 0,001$), especialmente con neumonía (tabla 1). En el análisis multivariante, los factores de riesgo independientes para infección fueron la estancia en UCI (OR 1,131, $p < 0,001$), cirugía urgente (OR 1,558, $p = 0,005$), y un MAIS ≥ 3 en la cabeza (OR 2,723, $p < 0,001$) (tabla 2).

	No infección	Sí infección
MAIS cabeza ≥ 3	87,71%	12,29%
MAIS cabeza < 3	94,86%	5,14%
	No neumonía	Sí neumonía
MAIS cabeza ≥ 3	91,81%	8,19%
MAIS cabeza < 3	96,43%	3,57%

Tabla 1

Outcome	OR (IC 95%)	p
Estancia en UCI	1,131 (1,111 - 1,152)	<0,001
APACHE	1,018 (0,997 - 1,039)	0,09
ISS	1,012 (0,997 - 1,027)	0,12
MAIS cabeza ≥ 3	2,723 (1,976 - 3,753)	<0,001
Cirugía urgente	1,558 (1,139 - 2,130)	0,005

Tabla 2

Conclusiones: Factores como la gravedad del trauma, estancia prolongada en UCI y la intervención quirúrgica múltiple impactan la aparición de infecciones, sugiriendo áreas clave para optimizar el manejo en estos pacientes.

232. EFICACIA DEL BLOQUEO DEL ERECTOR DE LA ESPINA EN EL MANEJO DEL TRAUMATISMO TORÁCICO

Prieto Cabrera A, Sánchez del Hoyo R, Valdés Francí E, De la Montaña Díaz P, Delgado Pascual A, Parra Esteban C, De Miguel Martín SH, Zlatkov Aleksandrov VY, García González I y Bringas Bollada M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El traumatismo torácico (TT) requiere analgesia eficaz. Se han desarrollado nuevas técnicas de anestesia regional como el bloqueo del erector de la espina (BESP), que mejora el control del dolor y la función pulmonar con baja tasa de complicaciones. El objetivo del trabajo es evaluar el papel del BESP en pacientes con TT, sus implicaciones en el uso de opiáceos y resultados clínicos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, ambispectivo, de pacientes con TT entre enero 2022 y octubre 2024. Para comparar variables cualitativas se utilizó la prueba de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Las variables cuantitativas se analizaron con la prueba t de Student para datos con distribución normal o el test de Mann-Whitney en caso contrario. Se consideró un nivel de significación del 5% y se utilizó el software IBM SPSS Statistics v26.

Resultados: Se analizaron 124 pacientes, edad media 48 años, 72% varones, 92% con TT contuso. La estancia en UCI fue 3 días y hospitalaria 12 días. Las principales complicaciones fueron fracaso renal agudo (17,7%), neumonía (12,9%) y síndrome de distrés respiratorio (SDRA, 3,2%), con 9,7% de mortalidad. 25% precisó oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y 44,4% ventilación mecánica invasiva (VMI), con 3 días de duración y traqueostomía 11,3%. 24 pacientes con BESP, todos con TT cerrado y uno anticoagulado. La estancia en UCI fue de 1-7,75 días sin BESP y 3-4,75 días con BESP, y la hospitalaria 13,5 y 9 días, respectivamente. 16,7% de los pacientes con BESP y 51% sin BESP precisaron VMI ($p < 0,002$),

con una duración de 1-4,7 frente a 1-13 días. Ningún paciente con catéter precisó traqueostomía; sin diferencias en necesidad de OAF o SDRA. De los pacientes con catéter uno presentó neumonía frente a 15 ($p < 0,305$). Fracaso renal en 20% de pacientes sin BESP y 8,3% con BESP ($p < 0,241$). Mortalidad del 11% en pacientes sin BESP frente al 4,2% ($p < 0,458$). El 73% de los TT precisaron opiáceos, más utilizados fentanilo (55%) y cloruro mórfico (19%). Dosis diaria en perfusión fue 0,6 mg para pacientes sin catéter y 0,45 mg en pacientes con catéter ($p < 0,1$). Los rescates de opiáceos fueron de 0,75 mg para pacientes sin catéter y 0,15 mg para pacientes sin BESP ($p < 0,79$). 79% de los pacientes que tuvieron BESP no precisaron opiáceos tras su inserción.

Conclusiones: El bloqueo ESP redujo el uso de opiáceos en TT, 79% de pacientes sin necesidad tras su inserción. Disminuyó necesidad y duración de VMI, la estancia hospitalaria y complicaciones como neumonía, fracaso renal y mortalidad (sin significación). En conclusión, el uso del bloqueo ESP permite minimizar el uso de opiáceos y mejorar los resultados clínicos en pacientes con TT.

233. SHOCK OCULTO Y TRAUMA POTENCIALMENTE GRAVE EN LA ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA: ¿HA LLEGADO LA HORA DE REDEFINIR CONCEPTOS?

Nanwani Nanwani KL, García Rodríguez I, Ruiz Moro A, Esteban Marín MDC, Mariño del Castillo V, Martín Ferrer JM y Corral Torres E

Samur Protección Civil, Madrid.

Objetivos: El shock oculto (SO) se refiere a un estado de hipoperfusión tisular que ocurre a pesar de signos vitales aparentemente normales. Afecta al 33% de los pacientes traumatizados y asocia una mayor mortalidad (RR 1,5-2,5). Su presencia se ha propuesto para identificar al trauma potencialmente grave (TPG). El diagnóstico requiere un criterio analítico (lactato > 2 mmol/L o EB < -3 mmol/L) y dos clínicos (TAS > 90 mmHg y FC < 120 lpm). El Índice de Shock (IS) y el Índice de Shock Ajustado por Respiración (ISAR) han mostrado áreas bajo la curva muy prometedoras, de 0,58 y 0,94; respectivamente, para detectar SO a nivel hospitalario. El objetivo del estudio es evaluar la presencia y detectabilidad del SO en el entorno extrahospitalario empleando índices fisiológicos con y sin resultados de analítica sanguínea extrahospitalaria (ASE) comparándolo con desenlaces clínicos a nivel hospitalario.

Métodos: Análisis retrospectivo de base observacional prospectiva (seguimiento hospitalario de 7 días). Se evaluaron pacientes traumáticos prehospitalarios con signos vitales normales sin criterios de gravedad. Se identificaron y compararon pacientes con SO y SO redefinido (SO-ISAR) empleando ISAR $> 1,3$ en lugar de FC y TAS, correlacionándolo con las lesiones y la evolución. Se realizó el análisis estadístico descriptivo y comparativo apropiado para cada situación empleado el paquete SPSS 29.0.

Resultados: Se incluyeron 534 pacientes: 202 (37,8%) cumplieron criterios SO-ISAR, 348 (65,2%) cumplieron criterios clásicos de SO. Los índices IS e ISAR no se asociaron a SO, sin embargo, los índices analizados (especialmente el IS; $p < 0,01$) y los resultados de ASE (pH, BE, lactato, AGAP, HCO₃, PCO₂) mostraron una correlación más fuerte y congruente con el SO-ISAR ($p < 0,05$) en comparación con el grupo SO. Fallecieron 3 pacientes (0,6%); 45 (8,4%) requirieron intervenciones vitales en las primeras 24 horas; 126 (23,6%) presentaron lesiones ocultas y 150 (28,1%) ingresaron en UCI. Ningún grupo (SO/SO-ISAR) mostró tasas más altas de lesiones ocultas, sangrado significativo, shock, intervenciones/cirugías urgentes o ingreso en UCI.

Conclusiones: Los índices fisiológicos por sí solos no permitieron predecir la presencia de SO a nivel extrahospitalario. La definición de SO-ISAR supera al SO clásico al correlacionarse mejor con índices fisiológicos y ASE en pacientes traumáticos en el ámbito prehospitalario, pero ninguna fue capaz de identificar al TPG al no asociarse a un aumento de la morbilidad, mortalidad o ingreso en UCI en nuestro estudio. Los criterios de TPG extrahospitalarios requieren ser redefinidos.

234. ANÁLISIS DEL MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DEL TRAUMA GRAVE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Ávila Ariza M, García Gómez IG, Moratalla Cecilia G y Estechea Foncea MA

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

Objetivos: Describir las características del manejo extrahospitalario de los pacientes politraumatizados ingresados en la UCI del Hospital

Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) desde enero de 2023 hasta septiembre de 2024.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 139 pacientes ingresados en la UCI del HUVV durante un periodo de 21 meses consecutivos. Se recogen variables epidemiológicas, tipo de traumatismo y regiones corporales afectadas, trauma score revisado (TSR), Injury Severity Score (ISS) y los indicadores asistenciales prehospitalarios.

Resultados: De los 139 pacientes incluidos en el estudio, 111 (79,8%) fueron varones. La edad media fue de 47,84 años. El 90% de los traumatismos fueron cerrados, la mayoría producidos por accidente de tráfico (52%), y en segundo lugar por precipitación (12%), con afectación predominante torácica (41%), seguido de abdominal (23%), extremidades (21%) y cabeza (19%). Solo el 12% de ellos tenían un TSR < 12. El ISS medio fue de 19,16, siendo > 15 en el 88% de los pacientes. Respecto a los indicadores de la asistencia extrahospitalaria: se produjo la activación del "Código Trauma" en un 41% de los casos, se realizó inmovilización cervical en el 95,4%, intubación orotraqueal en pacientes con GCS < 9 en el 48,8%, se colocó cinturón pélvico en sospecha de fractura inestable de pelvis en el 40%, se hicieron medidas de control de hemorragia externa grave en el 95,2% de los casos que la presentaron, uso de ácido tranexámico en los pacientes con signos de shock hemorrágico en el 65,2% y se inició antibioterapia cuando hubo fractura abierta en el 44,4% de las ocasiones.

Conclusiones: El perfil de paciente ingresado en nuestra unidad fue un varón de edad media con traumatismo cerrado, principalmente torácico, y que presentaba estabilidad clínica. Hemos detectado un claro margen de mejora en algunos de los indicadores extrahospitalarios, como son la activación del Código Trauma, intubación orotraqueal en pacientes en coma, colocación de cinturón pélvico en fractura inestable de pelvis y administración de antibioterapia precoz en fracturas abiertas. Estos resultados invitan a seguir trabajando de forma multidisciplinar en la atención de los pacientes politraumatizados, en el ámbito de la Comisión de atención al Trauma Grave del HUVV y potenciando las acciones formativas en esta patología.

235. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

De la Montaña Díaz P, Valdés Francí E, García González I, Hernández Temprano M, González Ogallar FJ, Prieto Cabrera A, Muñoz de Morales Rodríguez A, Alonso Martínez P, De Miguel Martín S y Bringas Bollada M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El traumatismo craneoencefálico (TCE) representa una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. Las caídas accidentales han desplazado los accidentes de tráfico como principal causa de TCE en países desarrollados. Pese a la transición hacia traumatismos de menor energía la morbilidad de estos pacientes continúa siendo elevada. Analizar el perfil epidemiológico de nuestros pacientes con TCE y compararlo con la tendencia poblacional actual. Determinar qué factores pronósticos influyen en la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron 49 pacientes diagnosticados de TCE e ingresados en nuestra unidad entre enero y septiembre 2024. Se analizaron variables demográficas y clínicas, incluyendo edad, sexo, mecanismo lesional, consumo de tóxicos, toma de anticoagulantes o antiagregantes, pérdida de conocimiento, GCS al ingreso, severidad TCE, lesiones asociadas, estancia hospitalaria, mortalidad y evolución al alta. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* JASP, utilizando los módulos de estadística descriptiva t Student, chi-cuadrado y test de Fisher. Para el análisis multivariante se utilizó el módulo de regresión logística.

Resultados: De los 49 pacientes, la mayoría fueron varones (69,4%), de 51,6 años edad media. El mecanismo lesional más frecuente fueron las caídas accidentales, presentes en 53,1% casos, seguidas de accidentes de tráfico (26,5%). Se observó que el 38,8% se encontraba bajo los efectos de drogas o alcohol en el momento del TCE, el 10,2% ya cursaba con déficits neurológicos previo y el 42,8% presentó un GCS inicial ≤ 10. El 17,6% tomaba anticoagulantes o antiagregantes y el score APACHE II medio fue de 15,9, no presentando ninguna de estas variables valor pronóstico significativo en este estudio. La mortalidad en UCI y hospitalaria fue del 16,3% y 24,5% respectivamente, falleciendo 58% pacientes por causas atribuidas al TCE. En el modelo multivariante por regresión logística, las variables que se asociaron a la mortalidad de forma estadísticamente significativa fueron la edad avanzada (p = 0,01; OR 1,11 por año), GCS inicial (p = 0,006; OR 0,63 por unidad) y fractura craneal (p = 0,016; OR 50), presente en el 53% pacientes.

Conclusiones: Las características clínicas y demográficas de nuestra muestra coinciden con la tendencia poblacional actual en los países desarrollados, siendo las caídas accidentales la principal causa de TCE. Se identificaron como factores pronósticos de mortalidad hospitalaria en nuestra muestra la edad avanzada, el GCS inicial ≤ 10 y la fractura craneal.

236. SEGURIDAD EN EL MANEJO DE LA ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) AL ALTA

Alfonso Mejías J, Razak Soriano M, Delgado Mesa P, Macías Clemente J, Gómez Prieto MG y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Conocer las complicaciones (resangrado o eventos embólicos) asociadas a la suspensión y reintroducción de terapia anticoagulante (ACO) en pacientes con TCE previamente anticoagulados.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de cohortes analítico de pacientes con TCE y toma de dicumarínicos o anticoagulantes directos (ACOD) y no intervenidos entre abril y septiembre de 2024. Variables analizadas: variables demográficas, riesgo tromboembólico previo, tipo y dosis de ACO, presencia de lesiones en TAC, reversión de ACO, necesidad de ingreso, pauta de reintroducción al alta, uso de heparina de bajo peso (HBPM), tiempo de retirada del ACO, complicaciones y mortalidad a los 30 días. Se expresan los resultados de variables cualitativas en número (%) y las cuantitativas con mediana y cuartiles. Se utilizó la chi-cuadrado y la U de Mann-Whitney para el análisis estadístico, con p < 0,05 como significativa.

Resultados: Se analizan 617 pacientes con TCE de los que 105 (17%) tomaban ACO, de edad 81 (76-83) años, 52% mujeres, anticoagulados por FA no valvular (81%), Enf. tromboembólica (14%), FA valvular (4%) y otros (2%), con un 45% de moderado o alto riesgo tromboembólico. El 39% tomaba dicumarínicos, y entre los ACOD se usó el apixabán (19%), dabigatrán (18%), edoxabán (12%) y rivaroxabán (11%). Se detectaron lesiones en 10 pacientes (9,7%) (8 HSA y 2 HSD), 5 con dicumarínicos (revertidos) y 5 con ACOD (revertidos los 2 dabigatrán). La tasa de lesiones no fue significativamente diferente entre dicumarínicos y ACOD (12,5 vs. 7,9%; p = 0,45). El INR en los pacientes con dicumarínicos sin y con lesiones no fue diferente [2,43 (2,03-2,91) vs. 2,85 (2,38-3,40)]. Los ACO se retiraron al alta en 63 casos (61%) asociando HBPM en 28 (44%) y se mantuvieron en el resto (68% de ACOD). La duración mediana de la retirada fue de 7 días (2-8), siendo significativamente mayor con dicumarínicos 8 (7-12) frente a ACOD 2 (1,2-3) [p < 0,001]. Se reintrodujeron en 60 casos (95%), con reducción de dosis en 1 ACOD, y en 3 se suspendieron definitivamente, 2 por *exitus* y 1 por decisión clínica. El periodo global de seguimiento fue de 3.040 días, 465 sin ACO (15%), durante el cual no se detectaron complicaciones hemorrágicas ni tromboembólicas. Hubo 5 (4,8%) *exitus* (1 en el ingreso con HSD + HSA, 1 con TCE repetidos y cirrosis terminal, 2 paliativos y 1 por atragantamiento por CE).

Conclusiones: La retirada por corto periodo de tiempo de los ACO tras un TCE parece una práctica segura desde el punto de vista de riesgo hemorrágico y trombótico. Las tasas de eventos son bajas para poder recomendar una pauta concreta de reintroducción.

237. IMPACTO PERSONAL DEL INGRESO EN UCI TRAS EL INTENTO AUTOLÍTICO TRAUMÁTICO: EVALUACIÓN DEL DAÑO CORPORAL. FASE PILOTO

Blanco Carrasco L¹, Delgado Moya FDP¹, Hernando A¹, Ballesteros Sanz MÁ², Guardiola Grau B³, Risco Torres P¹, Arroyo Díaz J¹, Chico Fernández M¹ y Gutiérrez Gutiérrez J¹

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ³Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: El suicidio supone una entidad de elevada mortalidad en población activa, especialmente jóvenes, siendo potencialmente prevenible. Se asocia a la enfermedad traumática grave, con mecanismos de alta energía y elevada carga lesional, aunque se desconoce el alcance del perjuicio personal y las secuelas a medio y largo plazo tras el ingreso en UCI. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto personal mediante técnicas de valoración de daño corporal en pacientes que ingresan en UCI tras un intento autolítico traumático.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico en tres UCI de tercer nivel en España, incluyendo pacientes ingresados en 2023 por intentos de suicidio traumáticos. Se recopilaron variables demográficas

ficas, mecanismo lesional, índices de gravedad y mortalidad. A través de técnicas de evaluación del daño corporal, se analizaron datos sobre perjuicio personal particular, intervenciones quirúrgicas de alto impacto (Grupos IV a VIII), perjuicio estético y moral y la pérdida de calidad de vida debido a las secuelas usando como referencia la Ley 35/2015. Las variables cuantitativas se presentan como mediana y rango intercuartílico (RIC). El análisis estadístico se realizó con STATA v13.1.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, de los cuales el 47% eran mujeres. El principal mecanismo lesional fue la precipitación (69%), seguido por el trauma penetrante (21%) y ahorcamiento (6%). El 74% de los pacientes presentaban un trastorno mental previo y el 26% no presentaban antecedentes psiquiátricos conocidos. La mortalidad en UCI fue del 18% y la hospitalaria del 21%. Los pacientes presentaron una mediana del ISS de 24 (9-35) y TRISS de 94% (61-99). La mediana de daño personal particular muy grave (estancia en UCI) fue de 4 días (2-10) y del daño personal particular grave (estancia hospitalaria) de 9 días (2-38). El 53% de los pacientes requirieron al menos una cirugía de alto impacto. Un 6% presentó perjuicio funcional grave (50 puntos o más) y un 19% mostró perjuicio estético al menos moderado (13 puntos o más). El 27% experimentó pérdida de calidad de vida de moderada a grave debido a las secuelas.

Conclusiones: El intento de suicidio traumático supone una notable carga de secuelas físicas. En este estudio más de una cuarta parte de los pacientes experimentaron una pérdida moderada a grave en su calidad de vida a causa de las secuelas, con perjuicios funcionales y estéticos elevados. Estos resultados subrayan la necesidad de estrategias integrales de prevención, tratamiento y rehabilitación para estos pacientes.

Financiado por: Becas Investigación Ignacio H. de Larrañendi.

238. CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL DE NIVEL III

Quirós Aguirre C, Rincón Ferrari MD, Vázquez Vicente A, Bellido Alba R, Villarrasa Clemente FM, Delgado Barroso A y Amaya Villar R

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

Objetivos: Conocer la calidad de la atención inicial, tanto a nivel prehospitalario como hospitalario, prestada a los pacientes traumatizados graves del área hospitalaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Métodos: Se incluyen los pacientes ingresados en nuestra UCI neurotraumatológica desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de junio del 2024 con el diagnóstico de traumatismo grave con una puntuación de Trauma Score Revisado (TSR) de 11 puntos o menos y/o con una escala de gravedad lesional Injury Severity Score (ISS) de 16 puntos o más. Se realiza un análisis descriptivo de las variables relacionadas con la calidad asistencial del trauma grave, tanto a nivel de asistencia prehospitalaria como hospitalaria. Dichas variables se han ido recogiendo en un formulario de la historia digital del paciente, Hoja de Severidad del Trauma Grave, que elabora la Consejería de Salud de Andalucía.

Resultados: Pacientes incluidos: 300.

Variables Asistencia Prehospitalaria	Si	No	No consta
Activación del Código Trauma	60,7%	14,9%	24,4%
IOT en TCE grave	93,6%	4,2%	2,2%
Control de hemorragias externas graves	84,8%	3%	12,2%
Administración de ácido tranexámico	66,2%	10,2%	23,6%
Inmovilización cervical	75,4%	6,5%	18,1%
Cinturón pélvico	74,7%	12%	13,3%
Antibioterapia en la primera hora en fractura abierta	55,7%	19,7%	24,6%

Variables Asistencia Hospitalaria	Si	No	No consta
TAC de cráneo	100%	-	-
TAC cervical	93,5%	5,7%	0,8%
Reversión de anticoagulación	64,7%	5,9%	29,4%
Activación de protocolo de transfusión masiva	81,5%	14,8%	3,7%
Monitorización de PIC	72,6%	22,6%	4,8%
Estabilización mecánica de pelvis	90,2%	7,3%	2,5%
Fijación quirúrgica en las primeras 24h de fractura abierta	72,9%	18,7%	5,4%
Tratamiento quirúrgico en las primeras 24h de fractura diafisaria de fémur	78,9%	7,9%	13,2%

Conclusiones: La Hoja de Severidad del Trauma es una herramienta útil para ayudarnos a identificar áreas en la atención inicial al trauma grave que pueden mejorarse, así como reconocer aquellas en las que se la atención se está llevando a cabo de forma adecuada. Entre las áreas de mejora destaca el porcentaje de datos que no se recogen sobre la atención extrahospitalaria, la correcta activación del Código Trauma y la monitorización de la PIC.

239. ANÁLISIS DE MUERTES EVITABLES EN EL TRAUMATIZADO GRAVE EN UN HOSPITAL DE NIVEL III

Quirós Aguirre C, Rincón Ferrari MD, Vázquez Vicente A, Bellido Alba R, Villarrasa Clemente FM, Delgado Barroso A, Maldonado Berrios A, Muñiz Marcelo MM y Amaya Villar R

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

Objetivos: Analizar los casos de pacientes fallecidos tras sufrir un traumatismo grave con una supervivencia estimada mayor del 50%. Identificar casos que potencialmente deban ser revisados para identificar posibles fallos en la atención sanitaria extra y/o intrahospitalaria y poner solución a los mismos.

Métodos: Se incluyen los pacientes fallecidos desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de junio del 2024 que ingresan en nuestra UCI con el diagnóstico de trauma grave con una escala de gravedad lesional Injury Severity Score (ISS) ≤ 20 y una Probabilidad de Supervivencia (PS) $\geq 50\%$ calculada según la metodología Trauma Score and Injury Severity Score (TRISS). Se lleva a cabo un análisis descriptivo de cada caso en el que se recogen edad, sexo, mecanismo lesional y causa del *exitus* de cada paciente y las variables relaciones con la calidad asistencial al trauma grave, tanto extrahospitalaria como intrahospitalaria. Dichas variables se han ido recogiendo en un formulario de la historia digital del paciente, Hoja de Severidad del Trauma Grave, que elabora la Consejería de Salud de Andalucía.

Resultados: De los 300 pacientes que ingresaron en nuestra UCI por trauma grave desde el 1 de enero de 2022 al 30 de junio de 2024, 59 fallecieron y 5 de los fallecidos tenían un ISS ≤ 20 y una PS según TRISS $\geq 50\%$. El 100% son hombres, con una edad media de 62,6, y solo uno de ellos menor de 50 (32 años). Hay 3 accidentes de tráfico, 1 intento autolítico y 1 precipitación accidental. Se cumplieron los ítems de calidad

asistencial al trauma grave en el 100% de los casos. Hay 2 casos de limitación del esfuerzo terapéutico (cáncer terminal y encefalopatía anóxica grave), 1 caso de Neumonía Asociada a la Ventilación Mecánica a los 22 días de ingreso, 1 caso de muerte encefálica en un paciente que ingresó en esa situación, y 1 caso por *shock* hemorrágico. Considerando este último como la única muerte evitable por trauma grave de forma directa se revisó detalladamente y se averiguó que el tiempo de extracción fue superior a 30 minutos y que el paciente se trasladó al hospital en ambulancia no medicalizada por lo que no pudo recibir atención médica hasta pasada la primera hora desde el traumatismo.

Conclusiones: De los 300 pacientes que atendimos en nuestro hospital con diagnóstico de trauma grave, solo se ha detectado un caso de mortalidad evitable por causa directa. Podría plantearse incluir como ítem de calidad asistencial el tipo de traslado en ambulancia de los pacientes. La revisión de estos casos permite conocer áreas de mejora en nuestra atención a los pacientes y reducir la mortalidad evitable en el futuro.

240. ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN EL TRAUMATIZADO GRAVE EN UN HOSPITAL DE III NIVEL

Quirós Aguirre C, Rincón Ferrari MD, Villarrasa Clemente FM, Bellido Alba R, Vázquez Vicente A, Delgado Barroso A, Muñoz Marcelo MM, Maldonado Berrios A y Amaya Villar R

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

Objetivos: Determinar los principales factores de riesgo de mortalidad en los pacientes que ingresan en nuestra UCI con diagnóstico de trauma grave. Conocer si esos factores son modificables para identificar áreas de mejora en nuestra atención a los pacientes.

Métodos: Se incluyen los pacientes ingresados en nuestra UCI neuro-traumatológica desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de junio del 2024 con el diagnóstico de traumatismo grave con una puntuación de Trauma Score Revisado (TSR) de 11 puntos o menos y/o con una escala de gravedad lesional Injury Severity Score (ISS) de 16 puntos o más. Se divide esta muestra en dos grupos en función de si fallecieron durante el ingreso hospitalario o no y se realiza un análisis comparativo de las siguientes características: edad, sexo, GCS, TSR, ISS, tipo de traumatismo, administración de tranexámico, activación del protocolo de transfusión masiva, activación del código trauma y colocación del cinturón pélvico. Dichas variables se han ido recogiendo en un formulario de la historia digital del paciente llamado Hoja de Severidad del Trauma Grave, que elabora la Consejería de Salud de Andalucía.

Resultados: Pacientes incluidos: 300. Grupo supervivencia: 242. Grupo *exitus*: 58. Causa de la muerte: muerte encefálica: 26 (44,8%); fallo multiorgánico: 13 (22,4%); *shock* séptico: 11 (18,9%); *shock* hemorrágico: 8 (13,9%).

Variables cuantitativas	Grupo supervivencia	Grupo <i>exitus</i>	p-valor
Edad media	46 años	55 años	0,048
GCS medio	11 puntos	7 puntos	0,059
TSR medio	10 puntos	7 puntos	0,001
ISS medio	27 puntos	34 puntos	0,001

Variables cualitativas	Grupo supervivencia	Grupo <i>exitus</i>	OR	IC 95%
Sexo	82,6% hombres	82,8% hombres	1,006	0,546 – 1,856
Tipo trauma	95,9% trauma cerrado	96,6% trauma cerrado	1,167	0,322 – 4,225
Activación código trauma	76%	81,8%	0,766	0,390 – 1,506
Administración de tranexámico	87,1%	85,2%	1,130	0,45 – 2,843
Cinturón pélvico	82,5%	93,8%	0,376	0,055 – 2,563
Activación protocolo transfusión masiva	76,3%	93,8%	0,293	0,044 – 1,970

Conclusiones: Los principales factores de riesgo de mortalidad en nuestra UCI para pacientes con trauma grave son la edad y la puntuación en las escalas de gravedad. Aunque no sean estadísticamente significativos, destacan los porcentajes mayores de mortalidad en aquellos pacientes en los que se activó el código trauma, el protocolo de transfusión masiva o en los que se colocó el cinturón pélvico, que atribuimos a la mayor gravedad inicial del paciente a su ingreso.

241. PACIENTES TRAUMÁTICOS ATENDIDOS POR UNIDADES MEDICALIZADAS AÉREAS (HEMS) INGRESADOS EN UCI. ESTUDIO RETRAUCI

Jiménez Jiménez G, Montserrat Ortiz N, Trujillano Cabello J, Cabrero Cipres JM, Palau Vidal A, López Cantero M, Llompart Pou JA, Barea Mendoza J, Chico Fernández M y Servia Goixart L

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Describir las características de los pacientes traumáticos ingresados en UCI atendidos por unidades HEMS (*Helicopter Emergency Medical Service*) comparándolos con otros medios de asistencia prehospitalaria.

Métodos: Estudio descriptivo observacional prospectivo de pacientes incluidos en la base de datos RETRAUCI (2015-2024) con 52 UCI participantes. Se distribuyen grupos de estudio en función del tipo de asistencia prehospitalaria (medios propios, soporte vital básico (SVB), ambulancia medicalizada (SVA) o helicóptero medicalizado (HEMS)). Se recogen variables demográficas (edad y género), mecanismo lesional, de gravedad (RTS, ISS, TRISS), lesión anatómica (AIS, MAIS), consumo de recursos (ventilación mecánica, transfusiones) y evolución clínica (fracaso hemodinámico, respiratorio, renal coagulopatía, estancia en UCI y mortalidad). Test estadístico chi-cuadrado, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis test ($p < 0,01$) según tipo de variable.

Resultados: Del total de 16.001 paciente incluidos en el análisis, 786 (4,92%) son asistidos por unidades HEMS (7,72% acude por medios propios, 11,25% en SVB, 76,11% en SVA). La intencionalidad más frecuente fue el accidente de tráfico (41,7%), con una atención a los accidentes laborales de 15,3 vs. 8,1% del total, y deportivos del 19,1 vs. 5,9% ($p < 0,001$). Precisan intubación prehospitalaria el 42% de pacientes HEMS vs. 30% de pacientes SVA ($p < 0,001$). Presentaban mayor gravedad ISS 22 (14-29) vs. 18 (12-26), TRISS 7,2 (22-32,6) vs. 5,7 (1,7-21) y fracaso orgánico (hemodinámico 47,7 vs. 36,7%, respiratorio 16,3 vs. 11,9%, renal 23,3 vs. 18,4% y coagulopatía 23,5 vs. 1) ($p < 0,001$) respecto a los asistidos por las ambulancias medicalizadas. Precisan, respecto al total de pacientes, transfusión masiva (9,5 vs. 5,8%; $p < 0,001$), concentrados de hematíes (29,8 vs. 22,7%, $p < 0,001$) y plasma (14,4 vs. 10,7%, $p < 0,001$). Los pacientes HEMS presentaron estancia en UCI de 5 días (2-15) vs. 4 (2-10) del total y mortalidad del 14,1% respecto al 12,2% en pacientes SVA y 11,4% del total ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes asistidos por HEMS son una minoría en nuestro entorno, predominando los accidentes de tráfico, pero con una incidencia destacada de accidentes laborales y deportivos. Son pacientes altamente complejos por su gravedad (ISS, TRISS), inestabilidad orgánica y consumo de recursos con una mayor mortalidad asociada. Características relacionadas con los servicios HEMS (tiempos de asistencia, dificultad de asistencia en vuelo, etc.) asociada a la complejidad de los pacientes requiere de protocolos específicos de actuación.

242. DESAFÍOS Y MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO VERTEBROMEDULAR EN UNA UCI POLIVALENTE

Ruiz-Oliva Cortés J, Cáceres Barrientos G, Molina Gómez MF, Cabo Sela AI, Tenorio González M, Febles Díaz FJ, Núñez Casco JP y Yagüe Zapico R

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

Objetivos: Analizar las características comunes, evolución y complicaciones de los pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel que presentaron traumatismo vertebral.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, durante el periodo entre marzo de 2023 a marzo de 2024. Se recogen distintas variables: demográficas, epidemiológicas, tipo de lesión, evolución clínica y tratamientos administrados.

Resultados: Fueron analizados 43 pacientes que presentaron traumatismo vertebral. Un 74,42% eran hombres y la edad media de la muestra fue $56,2 \pm 19,54$. Las causas del politraumatismo fueron: accidente de tráfico con vehículo (41,86%), precipitación (30,23%) y accidentes de motocicleta (13,96%). La afectación vertebral más frecuente fue a nivel lumbar (72,1%) y torácica 48,83%, presentando un 34,8% lesiones concomitantes a otros niveles vertebrales. El 81,4% portaban collarín a su llegada a UCI. Un 32,55% de los pacientes precisaron intubación (71,42% de los mismos por los servicios de emergencia extrahospitalarios). La estancia media en la unidad fue de $8,04 \pm 9,96$ días y la media de gravedad según APACHE II fue de $14,7 \pm 7,51$. Durante el ingreso precisaron transfusión de hemoderivados en las primeras 24 horas un 18% de los

pacientes y 25% de ellos requirieron soporte vasopresor, con una media de duración de 4,6 días. Precizaron intervención quirúrgica a nivel vertebral 7 pacientes, siendo 3 de ellos de carácter urgente y 4 de manera diferida durante su ingreso en la unidad. De los pacientes analizados 5 presentaban afectación medular: 2 secundarios a accidente de tráfico en automóvil, 2 por precipitación y 1 por caída casual desde su propia altura. Solo uno de ellos precisó cirugía urgente. El paciente con mayor afectación medular (ASIA 2 al ingreso) sufrió *shock* neurogénico. No fue administrado en ningún caso tratamiento corticoideo. 19 pacientes presentaron rhabdomiólisis como complicación al traumatismo y 4 desarrollaron insuficiencia renal aguda, precisando 3 de ellos terapias continuas de remplazo renal (TCRR). Sufrieron bacteriemia 4 pacientes (solo 1 asociada a catéter venoso central), 3 pacientes presentaron infección del tracto urinario y el otro 3 íleo paralítico.

Conclusiones: Los pacientes con traumatismo vertebromedular son pacientes complejos, en su mayoría presentan lesiones a otros niveles y desarrollan complicaciones derivadas de su lesión inicial y de un tiempo de ingreso prolongado. El objetivo principal del tratamiento de estos pacientes debe ser evitar lesiones secundarias y la intervención temprana para disminuir la morbilidad posterior.

243. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS POLITRAUMATISMOS POTENCIALMENTE GRAVES QUE NO INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Analizar y describir el perfil y las características de los pacientes que sufren un politraumatismo que cumple criterios de gravedad potencial y que, tras valoración, no requieren del ingreso en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Análisis descriptivo (abril 2023-abril 2024) que incluyó a pacientes politraumatizados clasificados en la atención inicial como potencialmente graves según los criterios del American College of Surgeons (fisiológicos, anatómicos, de mecanismo lesional y comorbilidades), y que no precisaron de ingreso en SMI. Se recogieron con este fin datos clínicos y demográficos. Datos expresados como mediana (IQ25-IQ75) o media $\pm$ DE para variables cuantitativas y valor absoluto (%) para las categóricas.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes. Mediana de edad 45 (27-57) años, 61 (61%) varones. La intencionalidad del traumatismo predominante fue el accidente de tráfico ($n = 65,65\%$), seguido de las caídas ($n = 15, 15\%$) y los accidentes deportivos ($n = 7, 7\%$). Respecto al mecanismo lesional, por orden de frecuencia fueron: coche ($n = 37, 37\%$), seguido de la moto ($n = 22, 22\%$) y la precipitación ($n = 9, 9\%$). En relación a las escalas clasificatorias de gravedad, obtuvieron una puntuación mediana de 7 (3,25-13) puntos en la Injury Severity Score y de 7,84 (7,84-7,84) puntos en la Revised Trauma Score. Estos pacientes requirieron una media de $0,21 \pm 0,48$ intervenciones quirúrgicas, presentando una estancia hospitalaria mediana de 1 (0-4) días, con una supervivencia del 100%. Ninguno de los pacientes valorados requirió posterior ingreso en el SMI.

Conclusiones: La valoración por parte del SMI fue adecuada y eficiente a la hora de identificar pacientes que, aun habiendo sido clasificados inicialmente como politraumatismos potencialmente graves, no precisaron de ingreso en el SMI. Podría resultar interesante afinar los criterios de politraumatismo potencialmente grave de cara a optimizar la implicación e intervención del SMI.

244. TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES EN LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

Jiménez Lapastora M¹, García Fuentes C², Barea Mendoza JA², Bermejo Aznárez S², Mudarra Reche C², Montalbán Sánchez A², Aguirre González E², Creus García M¹ y Chico Fernández M²

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La trombosis de senos venosos (TSV) cerebrales es un tipo infrecuente de ictus siendo el origen traumático, una de sus causas. Se desconocen características y manejo que son extrapoladas de la TSV

espontánea. El objetivo fue describir los pacientes con TSV de origen traumático en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a partir de base de datos prospectiva. Se incluyeron TSV traumáticas (enero 2019-septiembre 2024). Se excluyeron pacientes sin confirmación radiológica. Variables: demográficas, mecanismo lesional, Glasgow, localización, fracturas asociadas, tratamiento y complicaciones. Análisis con SPSS, variables cualitativas expresadas en frecuencias absoluta y relativa, variables cuantitativas expresadas con mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Ingresaron 4.383 pacientes tras enfermedad traumática, 25% (1.096) presentaron trauma craneal y TSV el 2,46% (27) de estos últimos. El 77,8% hombres, edad 45 (35-60) años. El principal motivo, accidente de tráfico (37%) y el mecanismo más prevalente, el atropello (25,9%). Al ingreso, GCS 8 (6-14), MAIS (Abbreviated Injury Scale) 5 (4-5) e ISS (Injury Severity Score) 30 (25-45). El 33,3% presentó coagulopatía y 33,3% neurocirugía urgente. El 59,3% presentó hipertensión intracraneal, 7,4% aumento de sangrado y un 3,7% ambas. El 18,52% presentó TSV en dos localizaciones y un 25,92% en tres: seno sigmoideo 46%, seno transversal 35%, seno sagital longitudinal 6% y trombosis vena yugular interna 13%. El 66,7% asoció fractura de base del cráneo, un 81,5% de calota y un 37% fractura facial. Se inició anticoagulación profiláctica en un 66,6% de los pacientes, con mediana 2.º día de ingreso. En 55,5% se inició a dosis terapéuticas con mediana 4º día de ingreso. La mortalidad en UCI de la muestra fue del 27,27%. De nuestros pacientes, 20 ingresaron en planta en nuestro hospital, 6 fallecieron y 1 se trasladó a su hospital de referencia. De estos 20 pacientes, 18 recibieron tratamiento anticoagulante (10 a dosis profiláctica (55,56%), 6 a dosis terapéuticas (33,33%) y 2 de ellos ambas (11,11%) y únicamente 1 de ellos presentó un nuevo sangrado intracraneal (5,56%).

Conclusiones: La prevalencia de TSV traumáticas en nuestra serie fue del 2,46%, siendo su localización más frecuente el seno sigmoideo (46%) y hasta en un 44,4% presentó TSV en más de una localización. En este estudio, la mayoría de los pacientes recibieron tras su salida de UCI, anticoagulación a dosis profilácticas o terapéuticas y de ellos y únicamente 1 de ellos presentó un nuevo sangrado intracraneal.

16:35-18:05 h

SALA C3+C4

PÓSTERES ORALES

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 3

Moderadores: Faustino Álvarez Cebrián, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia/Marta García García, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid

245. ANÁLISIS DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN UNA UCI POLIVALENTE: TENDENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS

Escriche Martín L, Morillo Muela B, López López Á, Villalba Rebolo R, Pérez Chomón H y Cantón Bulnes ML

Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Identificar los eventos adversos (EA) más frecuentes en una UCI polivalente durante los últimos 3 años, clasificándolos según gravedad y analizar su relación con la franja horaria y ubicación de los boxes.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en UCI polivalente de 30 camas (hospital de tercer nivel). Se registraron los eventos adversos acontecidos entre los años 2022-2024 en una base de datos que incluye datos identificativos del paciente, tipo de evento adverso, franja horaria en que ocurrió, localización del box del paciente y clasificación del evento según gravedad y repercusión.

Resultados: Se registraron un total de 158 eventos adversos: 48 en 2022, 44 en 2023 y 66 en 2024. De estos, 97 (61,4%) ocurrieron en el turno de día (8:00-20:00h) y 61 (38,6%), en el de noche (20:00-8:00h). El EA más

frecuente fue la retirada accidental de catéter venoso con 41 casos (25,8%). De estos predominó la retirada de catéteres centrales de acceso periférico (16 casos, 39%), yugulares (12 casos, 29,3%), femorales (7 casos, 17,1%), subclavios (4 casos, 9,8%) y vías periféricas (2 casos, 4,9%). La autoextubación accidental fue el segundo evento más común con 40 casos (25,2%), con necesidad de reintubación en 13 casos. Los errores de medicación ocuparon el tercer lugar con 36 casos (22,7%), siendo la mayoría (80,6%) errores en la administración y el resto en la prescripción. Los fármacos más comúnmente implicados en estos errores fueron los anticoagulantes (HBPM) y antibióticos. Otros EA registrados con menor frecuencia incluyeron la retirada accidental de drenajes torácicos, 10 casos (6,2%), retirada de drenajes quirúrgicos, 9 casos (5,6%) y caídas accidentales 8 casos (5,1%), con lesiones leves en 4 de ellos. También se registraron 7 casos de retirada de catéteres arteriales (4,4%), 5 casos de neumotórax tras canalizar vía central (3,2%), 2 retiradas de sondaje vesical (1,3%) y 1 hemotórax (0,5%). En cuanto a la gravedad de los EA, la categoría más frecuente fue la C (46,9%), seguida por la E (24,7%) y la B (17,1%). El 47,7% de los eventos ocurrieron en boxes ubicados en los extremos de la unidad.

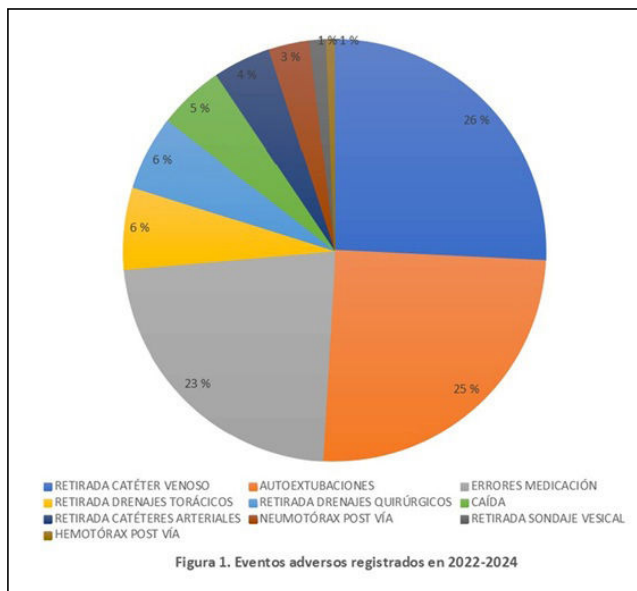


Figura 1. Eventos adversos registrados en 2022-2024

Conclusiones: Se observó un ligero aumento de EA en 2024, posiblemente debido a una mayor notificación. La mayoría de los EA no tuvieron repercusión clínica significativa. No se encontró relación entre la ubicación del box y la ocurrencia de los eventos.

246. PUESTA EN MARCHA DE UCI_PROGRESA: PROGRAMA DE REFLEXIONES Y OBSERVACIONES PARA UNA UCI SEGURA Y AVANZADA

Madrid López I, Sancho Ferrando E, Talavera Peregrina M, Martín Latorre R, Vignoli Gil G, García Roig B, Sánchez López MÁ, Husein García S, Castellanos Ortega Á y Broch Porcar MJ

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Implementar el programa UCI_PROGRESA: *Debriefing Clínico* (DC) tras eventos críticos. Analizar aspectos que se pueden mejorar e identificar amenazas latentes de seguridad (ALS). Evaluar la satisfacción del personal participante.

Métodos: Se diseñó e implementó un programa de DC adaptado de la herramienta *STOP for 5 minutes*, con una fase piloto tras eventos críticos. Se consensuaron aspectos clave como la duración, la metodología y los datos a recopilar. Un facilitador registró la información en un formulario y los participantes completaron un cuestionario de satisfacción anónimo (6 ítems) con una escala Likert de cinco puntos. Los datos fueron analizados por un grupo estratégico, que brindó retroalimentación y priorizó medidas con mayor impacto en la mejora de la seguridad. Las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar, mientras que las categóricas en números absolutos y porcentajes.

Resultados: Implementación: desde septiembre 2024 se han realizado 9 sesiones, participando 49 profesionales (23 médicos, 21 enfermeras, 6 TCAE), con una duración media de 11,33 min (DE 2,6). Se abordaron eventos críticos relacionados con la intubación orotraqueal (7) y RCP (2). Oportunidades de mejora: la coordinación interprofesional, la organización (especialmente la colaboración con las TCAE), la preparación del material, la comunicación (cerrar el bucle), la anticipación y la priorización. Se detectaron 5 ALS relacionadas con el aparataje. Satisfacción. El 75% completaron el cuestionario, valorando el programa con una media global 4,5 (DE 0,30). Los ítems específicos obtuvieron puntuaciones destacadas: “me ha aportado nuevas herramientas” (4,1 DE 1,04), “me he sentido escuchado/a” (4,7 DE 0,66), “ha reforzado mi bienestar emocional” (4,27 DE 0,93), “recomendaré la asistencia” (4,67 DE 0,53), “la duración ha sido adecuada” (99% de respuestas afirmativas), “estoy satisfecho/a de haber participado” (4,78 DE 0,53).

Conclusiones: El programa UCI_PROGRESA parece una herramienta clave para optimizar el manejo clínico, fortalecer la satisfacción profesional y fomentar un entorno de trabajo más seguro y colaborativo. Su impacto potencial en la mejora de la calidad asistencial resalta la necesidad de garantizar su continuidad y perfeccionamiento. Además, su implementación impulsa una cultura de aprendizaje continuo en entornos críticos, promoviendo la excelencia en la atención y la seguridad del paciente.

247. ANÁLISIS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA SEGÚN LAS VARIABLES DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE UCI. ESTUDIO UNICÉNTRICO

González López S¹, De la Osa Subtil I², Oñoro Cañaveral JJ¹, Benito Fernández A¹, Sandoval Gómez MDC¹, Bernal González IL¹, De la Casa Monge RM¹, Martín Serrano MDR¹, Sánchez Roldán A¹ y Avilés Álvarez E²

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

Objetivos: Determinar la relación entre las variables del conjunto mínimo básico de datos (CMBD) y la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados en la UCI del Hospital HLA Moncloa (Madrid) entre el 1 de octubre de 2023 y el 30 de septiembre de 2024, considerando únicamente el último ingreso en caso de múltiples admisiones. Se realizó un análisis univariante: las variables cuantitativas se compararon con la mortalidad mediante pruebas t de Student o Mann-Whitney, según la distribución, y las cualitativas mediante chi-cuadrado o Fisher, según el tamaño muestral.

Resultados: Se analizaron 839 ingresos correspondientes a 753 pacientes, con una mortalidad hospitalaria del 8,4% (63 fallecimientos). Los pacientes fallecidos presentaron mayor edad (Mediana = 77 años frente a 72 años; $p < 0,001$), estancia pre-UCI (mediana = 2 días frente a 0 días; $p < 0,001$) y en UCI ($p < 0,001$). La mortalidad fue mayor en ingresos urgentes, pacientes médicos y procedentes de hospitalización ($p < 0,001$). Variables como ventilación mecánica (VMI y VMNI), terapia de reemplazo renal (TCRR) y aislamiento por infecciones también se asociaron significativamente ($p < 0,001$). Finalmente, los valores del score SAPS3 fueron mayores en los pacientes fallecidos (Me = 54, RIC = 18,5 frente a Me = 42, RIC = 16; $p < 0,001$), al igual que la probabilidad de muerte estimada por SAPS3 (Me = 25,33, RIC = 31,13 frente a Me = 8,83, RIC = 15,37; $p < 0,001$). Componentes específicos del SAPS3, como cáncer metastásico ($p = 0,0129$), patologías hematológicas malignas ($p = 0,0016$) y alteraciones de oxigenación ($p < 0,001$), también se asociaron significativamente con la mortalidad. Sin embargo, otras variables, como patología digestiva y temperatura máxima, no mostraron asociaciones significativas ($p > 0,05$).

Conclusiones: El análisis univariante identificó múltiples variables del CMBD-UCI y del SAPS3 significativamente asociadas con la mortalidad hospitalaria. Aunque algunas variables del SAPS3 mostraron asociaciones estadísticamente significativas, la dispersión observada en sus rangos intercuantiles sugiere que el score podría no ser completamente adecuado para discriminar entre supervivientes y fallecidos en esta población específica. La creación de un score de mortalidad adaptado no fue posible debido a la falta de datos suficientes para realizar análisis multivariantes. Métodos como LASSO o *elastic net* podrían optimizar la selección de variables en estudios futuros. La colaboración interinstitucional y el aumento de registros serán claves para desarrollar herramientas predictivas más precisas.

248. ANÁLISIS DE CLÚSTERES EN PACIENTES DE UNA CONSULTA POST UCI: PERFILES DE RIESGO MEDIANTE FACTORES CLÍNICOS Y FUNCIONALES

Murcia Sáez IM, Gómez del Pulgar Villanueva AM, Pérez Villena M, Córdoba Nielfa MDC, Gallego Luján C, Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L y García López F

Hospital General Universitario de Albacete (C.H. de Albacete), Albacete.

Objetivos: Identificar subgrupos homogéneos de pacientes atendidos en una consulta post UCI mediante un análisis de conglomerados, con el fin de caracterizar grupos de riesgo y facilitar la personalización del seguimiento.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte de 326 pacientes que asistieron a la consulta post UCI. Se recogieron variables clínicas, funcionales y de complicaciones, incluyendo edad, género, APACHE II, días de estancia en UCI y hospitalaria, ventilación mecánica invasiva (VMI), *delirium*, debilidad adquirida en UCI (DAUCI); puntuación de Barthel, necesidad de consulta urgencias después alta y diagnóstico de síndrome pos-UCI (SPUCI). Se aplicó un análisis de conglomerados (K-means) para agrupar a los pacientes según sus características. El número óptimo de clústeres se determinó mediante el método del codo.

Resultados: El análisis identificó tres clústeres bien diferenciados mediante el método del codo. Clúster 1 (n = 142; 43,5%): Pacientes de mediana edad (58,5 años) con estancias moderadas en UCI (11,2 días) y hospitalarias (19,7 días). Presentaron alta independencia funcional (Barthel = 94,8) y severidad clínica moderada (APACHE II = 14,4). *Delirium* 60 (42,2%), DAUCI 90 (63,4%), VMI 92 (64,8%). Aunque el SPUCI positivo fue alto (99,2%), mostraron menor prevalencia de complicaciones graves que el Clúster 2. Clúster 2 (n = 102; 31,29%): Pacientes de mayor edad (63,2 años) con estancias prolongadas en UCI (33,5 días) y hospitalarias (53,4 días). Este grupo mostró la mayor severidad clínica (APACHE II = 19,6) y una alta prevalencia de complicaciones *Delirium* 63 (61,8%), VMI 83 (81,4%) y DAUCI 94 (92,2%). Presentaron un alto riesgo de SPUCI positivo (98,2%), lo que sugiere la necesidad de un manejo intensivo. Clúster 3 (n = 82; 25,15%): Pacientes de edad intermedia (59,1 años) con estancias similares al Clúster 1. Mostraron la mejor independencia funcional (Barthel = 97), la menor prevalencia de *Delirium* 29 (35,4%), VMI 41 (50%), DAUCI 44 (53,7%), así como un riesgo nulo de SPUCI (0% SPUCI positivo), lo que los convierte en el grupo con mejor pronóstico.

Conclusiones: El análisis de clústeres permitió identificar tres perfiles diferenciados de pacientes pos-UCI. El Clúster 2 agrupa a pacientes de alto riesgo, con mayor carga clínica y funcional, lo que sugiere la necesidad de un seguimiento más intensivo. Por otro lado, el Clúster 3, con un riesgo nulo de SPUCI, podría beneficiarse de un seguimiento menos exigente. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque personalizado en el manejo pos-UCI, permitiendo optimizar recursos y mejorar los resultados clínicos a largo plazo.

249. IMPACTO DEL MOMENTO DIAGNÓSTICO EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO CRÍTICO

Íñigo Morras E, Kadi Ayad S, Rubio Gaztelu M, Fernández Rodríguez A, Hoya González C, Jimeno A, Seijas Betolaza I e Higuera Lucas J

Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: Los pacientes oncohematológicos críticos presentan distintos perfiles según el momento del diagnóstico de su enfermedad. Este estudio analiza las diferencias en mortalidad entre aquellos con cáncer previamente diagnosticado y tratado, frente a quienes debutaron con el diagnóstico al ingresar en la UCI.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva todos los pacientes oncohematológicos ingresados en la UCI de un hospital terciario universitario durante 9 meses. Se clasificaron en dos grupos: pacientes con diagnóstico y tratamiento oncológico previo al ingreso (tratamiento curativo) y pacientes diagnosticados al ingreso en la UCI (sin tratamiento previo). Además, se analizaron características clínicas, mortalidad intra-UCI, pos-UCI y global. El análisis estadístico se realizó con SPSS Statistics 23, considerando significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 115 pacientes, el 66,1% hombres. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (54,8%), dislipemia (37,4%), diabetes (19,1%), enfermedad cardíaca (28,7%), enfermedad renal crónica (10,4%), EPOC (8,7%) y cirrosis (5,2%), con un 23,5% de fumadores y un 14,8% de bebedores activos. El estado funcional basal

promedio fue ECOG 1,16, Karnofsky 78,3 y Charlson 5,37. Predominaron los tumores sólidos (74,8%) frente a las neoplasias hematológicas (25,2%), con un 83,5% de tumores activos. El 60,86% de los pacientes fueron diagnosticados o tratados en los últimos 3 meses, de los cuales el 45,2% había recibido tratamiento y el 15,7% estaba pendiente de iniciarlo. De los pacientes ingresados, aquellos con diagnóstico y tratamiento previo presentaron una mortalidad intra-UCI del 9,4%, mientras que los diagnosticados al ingreso no registraron fallecimientos (0%, $p = 0,197$). Tras la salida de la UCI, la mortalidad fue significativamente mayor en el grupo sin tratamiento previo (33%) frente al 11,5% en el grupo tratado previamente ($p = 0,02$). Globalmente, la mortalidad alcanzó el 33% en pacientes sin tratamiento previo, frente al 21% en los tratados ($p = 0,2$).

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento oncológico previo al ingreso se asocian con menor mortalidad, especialmente tras la salida de la UCI. Los pacientes que debutan con el diagnóstico en estado crítico presentan un peor pronóstico, destacando la importancia de la detección precoz y el manejo oncológico integral para mejorar los resultados en esta población.

250. SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN NUESTRAS UCI. HACIA DÓNDE VAMOS

Iglesias Carrasco M¹, González López S², Barea Mendoza JA³, Iglesias Posadilla D⁴ y Gordo F⁵

¹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ²Hospital HLA Universitario Moncloa, Madrid. ³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ⁵Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: Conocer la situación actual de los sistemas de información clínica (SIC) en las UCI nacionales. Valorar los cambios realizados a lo largo de la pandemia COVID-19.

Métodos: Basándonos en las ediciones previas se realizó una actualización de la encuesta con cuestiones relacionadas con las características de las unidades, sistema utilizado, integración con diferentes departamentales, así como explotación de datos autónoma. La encuesta fue realizada a través de Microsoft Forms (Microsoft), gestionada por SEMICYUC y dirigida a los jefes de servicio de 170 UCI por correo electrónico. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Parc Taulí de Sabadell (2024/5064), y avalado por el Comité Científico de la SEMICYUC. Los datos son expresados como frecuencia (%) y mediana (rango intercuartílico) o media (DE).

Resultados: Se recopilaron 70 encuestas (41% de participación) procedentes de todo el territorio nacional, con predominio de 57 (81%) UCI polivalentes, todos con historia clínica electrónica (HCE), con una mediana de camas de UCI de 16 (11-29); y hospitalarias 397 (260-675). Un total de 46 unidades (65,7%) disponían de SIC, de los cuales 28 (61%) la última versión; destacaban: ICCA 21 (45,7%), PICIS 7 (15%) y CCC 6 (13%). La ratio paciente:estación de trabajo fue de 1:1 en el 74%. La satisfacción media con el SIC es de 7,02 (1,87) sobre 10, destacando una Unidad que puntúa su SIC con 0 y 2 que lo puntúan con 10. La integración con los sistemas de monitorización era completa, ventiladores 93% y dispositivos perfusión continua 65%; y con otros departamentales del hospital, como el de laboratorio hasta en un 87%. La obtención de información del SIC de forma autónoma era del 52%. En relación a las encuestas realizadas en 2014 y 2018, existe un aumento de las UCI con SIC (previamente 57% y 61%) de las diferentes integraciones.

Conclusiones: En los últimos 10 años existe un discreto aumento de Unidades con SIC, frente a la completa implantación de HCE en los hospitales. Su integración con el resto de departamentales sanitarios es progresiva.

251. LA FORMACIÓN EN ECOGRAFÍA PULMONAR COMO MÉTODO PARA REDUCIR LA RADIACIÓN INNECESARIA RECIBIDA POR LOS PACIENTES

Morala Vega P, Sánchez-Chiquito Palmero P, Díaz Díaz D y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: Analizar el número de radiografías de tórax de control (Rx de control) por paciente y por día de ingreso en UCI realizadas con anterioridad y posterioridad a la formación en ecografía pulmonar de médicos intensivistas.

Métodos: Se realizó un curso de ecografía pulmonar de 8 meses de duración para médicos intensivistas en una UCI médica de 8 camas de un hospital de segundo nivel. Se recogió una base de datos de las radiografías de tórax solicitadas, así como de las Rx de control, es decir, aquellas no justificadas tras la realización de técnicas invasivas. Se analizaron si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de Rx de control realizadas por paciente y por día de ingreso entre los 6 meses previos al curso y los 6 meses posteriores al inicio de este. Adicionalmente, se analizaron las características basales de ambos grupos poblacionales. Los resultados de variables cuantitativas se reflejan como media y desviación estándar (DE) y las variables cualitativas como porcentaje. Para comparar las variables cualitativas se utilizó el test de chi-cuadrado y para las cuantitativas la t de Student.

Resultados: Las características basales de ambos grupos son similares y sus valores se reflejan en la tabla. La media de Rx de control por paciente previo al curso fue de 3,16 (DE 6,67) y posterior al mismo de 1,68 (DE 3,67) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La media de Rx de control por día de ingreso previo al curso fue de 0,37 (DE 0,39) y posterior al mismo de 0,2 (DE 0,26) siendo esta diferencia también estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

TABLA 1:

	Previo al curso	Posterior al curso	p valor
Número de pacientes	171	189	
Edad	62,80 años (DE 15,97).	65 años (DE 16,62).	p 0,224
Sexo	(102 hombres y 69 mujeres).	(122 hombres y 65 mujeres).	p 0,500
Estancia media en UCI	7,46 días (DE 11,90).	5,28 días (DE 9,06).	p 0,053
Hipertensión arterial	48,48 %	57,4 %	p 0,390
Dislipemia	30,99 %	42,85 %	p < 0,05
Diabetes mellitus	33,33 %	32,8 %	p 0,942
Patología pulmonar crónica	40,93 %	40,21 %	p 0,888
Patología pulmonar aguda	52,63 %	48,67%	p 0,453
Mortalidad en UCI	12,86 %	12,16%	p 0,798

Conclusiones: La realización de un curso formativo de ecografía pulmonar y su aplicación clínica para médicos intensivistas dota de nuevas herramientas que reducen la necesidad del control radiológico de la patología pulmonar y limitan la radiación innecesaria recibida por el paciente.

252. INGRESO O NO INGRESO, ESA ES LA CUESTIÓN

Belmonte Ripollés F, Peinado Rueda E, García Rodríguez D, Conde Denis PL, Peña Martín R, Domínguez González A, Cereijo Arteaga A, Simón Paniello A, Quintero Torres J y Díaz Sazo B

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

Introducción: Las decisiones de no ingreso en Unidades de Medicina Intensiva (UMI) son consideradas una forma de limitación de tratamiento de soporte vital y están sometidas a múltiples consideraciones. En muchas ocasiones constituyen una decisión controvertida y difícil de tomar. No se han estudiado escalas pronósticas que apoyen la decisión de no ingreso.

Objetivos: Analizar las variables relacionadas con la decisión de no ingreso en UMI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes con decisión de no ingreso en UMI durante el periodo de junio 2024 a diciembre 2024 del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Tenerife.

Resultados: Durante el periodo de estudio se tomaron 129 decisiones de no ingreso entre todos los pacientes mayores de 18 años valorados por el Servicio de Medicina Intensiva. La incapacidad funcional previa y

la fragilidad (48 [37,21%], la presencia de enfermedad crónica avanzada (33 [25,58%] y la futilidad terapéutica (30 [23,25%] fueron los principales motivos esgrimidos para denegar el ingreso. La tasa de mortalidad intrahospitalaria fue del 74%.

Motivos de decisión de no-ingreso en UCI

Edad; n (%)	11 (8,5%)
Enfermedad crónica avanzada; n (%)	33 (25,58%)
Incapacidad funcional previa/fragilidad; n (%)	48 (37,21%)
Pobre calidad de vida; n (%)	6 (4,65%)
Futilidad terapéutica; n (%)	30 (23,25%)
Voluntades anticipadas; n (%)	1 (0,77%)
Negativa del paciente/representante legal; n (%)	0 (0%)

Conclusiones: La decisión de no ingreso en UMI supone tasas elevadas de mortalidad entre los pacientes. En nuestro centro, la incapacidad funcional/fragilidad de los pacientes es el principal motivo de la decisión de no ingreso en UMI, motivo por el cual evaluar escalas de fragilidad como la escala de Karnofsky o la Escala Clínica de Fragilidad de Rockwood es fundamental para la toma de estas decisiones.

253. MÁS ALLÁ DE LA UMI: MORTALIDAD OCULTA

Peinado Rueda E, Belmonte Ripollés F, García Rodríguez D, Conde Denis PL, Peña Martín R, Cereijo Arteaga A, Domínguez González A, Quintero Torres J, Simón Paniello A y Arantón Martínez J

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

Introducción: La mortalidad es un indicador de la calidad y la eficacia de la atención de los pacientes en las Unidades de Medicina Intensiva (UMI). Sin embargo, en muchas ocasiones no se tiene en cuenta la mortalidad que tiene lugar tras el alta de dichas unidades. El análisis de esta mortalidad es controvertido ya que es difícil discernir si es atribuible a las terapias invasivas y cuidados proporcionados en las UMI o a los cuidados administrados en las unidades a las que los pacientes son trasladados.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes fallecidos tras el alta de la UMI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes fallecidos tras el alta de la UMI del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria durante el periodo de enero 2024 a diciembre 2024.

Resultados: De los 1064 pacientes ingresados en la UMI del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, fueron dados de alta a los Servicios de Hospitalización un total de 873. De estos, fallecieron 53 pacientes, un 5% del total de ingresados y un 6,1% de los pacientes dados de alta (en el momento de la evaluación de los datos quedaban ingresados en el hospital 32 pacientes dados de alta de la UMI). De todos los pacientes fallecidos, solo 3 (5,66%) lo hicieron en las primeras 48 h tras el alta de la UMI, dos de ellos por un evento agudo no esperado y el otro con medidas de confort ya establecidas en la UMI.

Características de los pacientes fallecidos tras el alta de la UMI

Edad (media y DE)	69,11 (+/- 10,83)
Sexo	
Varones; n (%)	33 (62,26%)
Mujeres; n (%)	20 (37,74%)
Tiempos (en días)	
Ingreso hospital - UMI; mediana (percentil 25-75)	1 (1-4)
Ingreso en UMI; mediana (percentil 25-75)	5 (3-10)
Alta de UMI - exitus; mediana (percentil 25-75)	13 (5-27)
Total de estancia hospitalaria; mediana (percentil 25-75)	22 (12-47)
APACHE-II; media (DE)	19,51 (9,3)
SAPS-II; media (DE)	48,35 (16,9)
Fallos orgánicos	
0; n (%)	10 (18,86%)
1; n (%)	8 (15,1%)
2; n (%)	9 (16,98%)
≥ 3; n (%)	26 (49,05%)
LTSV en UMI; n (%)	23 (43,4%)
No subsidiario de reingreso en UMI; n (%)	22 (41,5%)
Medidas de confort en la planta; n (%)	43 (81,13%)

Conclusiones: La mortalidad tras el alta de la UMI, aunque raramente evaluada, es un parámetro que debería considerarse a la hora de evaluar los indicadores de calidad y eficacia en las UMI. En casi la mitad de los pacientes que fallecieron tras el alta de UMI se tomó una decisión de limitación de las terapias de soporte vital durante su estancia en la UMI o en el momento del alta. A un porcentaje elevado de estos pacientes se les administraron medidas de confort en la planta. Por lo tanto, observamos que el porcentaje de pacientes con mortalidad no esperada tras el alta de la UMI es bajo.

254. GUÍA DE VALIDACIÓN FARMACÉUTICA DE MEDICAMENTOS EN UCI

Egues Lugea A¹, Martín Cerezuela M², Valera Rubio M³, Domingo Chiva E⁴, Bastida Fernández C⁵, Aquerreta González I⁶, Cobo Sacristán S⁷, Amor García MA⁸, Betancor García T⁹ y Ortiz Pérez S¹⁰

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla. ⁴Hospital General Universitario de Albacete (C.H. de Albacete), Albacete. ⁵Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁶Clínica Universidad de Navarra, Navarra. ⁷Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁸Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid. ⁹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas especialmente vulnerables a problemas relacionados con la medicación. Por ello, resulta fundamental conocer los aspectos esenciales de cada fármaco antes de su prescripción y administración, a fin de ajustarlo a las necesidades específicas del paciente crítico. El objetivo de este trabajo es diseñar y desarrollar una aplicación móvil (*app*) dirigida a profesionales sanitarios enfocada en la validación y revisión de las perfusiones más utilizadas en la UCI. El proyecto incluye la creación de contenidos basados en una guía actualizada, fundamentada en evidencia científica que detalle la dosificación y el manejo adecuado de las perfusiones en este ámbito.

Métodos: El proyecto de desarrollo de una Guía de Validación farmacéutica de medicamentos en UCI fue impulsado por el grupo de trabajo de farmacéuticos de Medicina Intensiva y Pacientes Críticos -FARMIC- de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). La creación de la *app* constó de varias fases: Fase 1: elaboración de contenidos: En esta fase se incluyó la selección de principios activos (PA) utilizados con mayor frecuencia en el entorno de UCI y la revisión bibliográfica para garantizar la fiabilidad y actualidad de los datos. Las fichas de medicamentos se organizaron por grupos terapéuticos y fueron redactadas, revisadas y validadas en un proceso colaborativo en pares. Fase 2: desarrollo de la aplicación móvil: Para el diseño e implementación se contactó con una empresa experta en diseño de *apps*. El grupo investigador seleccionó y validó, el diseño más adecuado. Fase 3: seguimiento y evaluación: La empresa lanzó una versión beta de la aplicación, revisada y testeada por el grupo investigador. Además, se realizó un test de usabilidad para evaluar su facilidad de manejo, asegurando su optimización antes del lanzamiento final. 4: lanzamiento en plataformas.

Resultados: La Guía de Validación Farmacéutica de Medicamentos en UCI está disponible de forma gratuita para Android e iOS desde julio de 2024. La *app* incluye 32 fichas técnicas de principios activos, cada una con información detallada sobre presentaciones comerciales, clasificación ATC, recomendaciones para medicamentos peligrosos, posología, administración en bombas de infusión inteligentes, ajustes en insuficiencia renal y hepática, compatibilidades e incompatibilidades, entre otros aspectos clave.

Conclusiones: La Guía de Validación es una herramienta práctica y fácil de usar, que ofrece evidencia actualizada sobre la manipulación y administración de los medicamentos

255. UNIDAD DE SEMICRÍTICOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

González Fernández OA, Marín Ráez R, Martínez Martínez C, Panduro Meza MM, Collado Bello G, Muñoz-Mingarro Molina D, García Godes M, Pozuelo Echegaray I y De Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal es describir las características demográficas, clínicas y evolutivas de pacientes ingresados en la unidad de

semicríticos (US) de un hospital terciario, y como objetivo secundario comparar estas características entre pacientes trasladados desde UCI a la US (Grupo A) y aquellos que ingresaron directamente en la US (Grupo B).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en la US durante 2023. Los criterios de ingreso en US fueron: fallos orgánicos potencialmente reversibles que requieran soporte, preferentemente único, con probabilidad de recuperación y capacidad funcional previa aceptable. Se excluían para ingreso pacientes con gran dependencia y en cuidados paliativos. Los resultados se expresan en porcentajes, medianas y percentiles (p25-p75).

Resultados: 625 pacientes, 57,2% varones, mediana de edad de 66 años (53-77). Puntuaciones de gravedad al ingreso: SOFA 5 (2-8), SAPSII 37 (24-50), APACHE II 16 (10-22). El 20,4% ingresaron a US desde UCI, mientras que el 79,6% restante directamente en US. Las características de ambos grupos se representan en la tabla. La mortalidad global en la US fue del 14,9%, con una mortalidad intrahospitalaria del 20,4% y a los seis meses del 26,5%.

CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE SEMICRÍTICOS		
	GRUPO A	GRUPO B
DEMOGRÁFICOS		
SEXO*	63,2%	56,3%
EDAD*	59 (48-71)	68 (56-78)
ESTANCIA SEMICRÍTICOS*	12 (4-35)	3 (2-5)
ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA*	34 (11-60)	9 (5-18)
EXITUS		
SEMICRÍTICOS*	3,60%	18,40%
INTRAHOSPITALARIO*	5,40%	23,40%
ESCALAS DE GRAVEDAD		
APACHE II	16 (11-23)	16 (10-22)
SAPS II	35 (24-61)	38 (25-50)
SOFA	5 (3-8)	5 (2-8)
FALLOS ORGÁNICOS		
RESPIRATORIO*	27,6%	19,8%
SNC*	21,4%	5,0%
CARDIOVASCULAR	37,90%	44,2%
RENAL	7,1%	9,5%
COAGULOPATIA	7,20%	9,60%
HEPÁTICO	1,8%	3,6%
GRUPO DE INGRESO		
SEPSIS*	19,5%	37,3%
NEUROCRÍTICO*	17,8%	9,5%
ONCO-HEMATOLÓGICO	11,6%	10,4%
RESPIRATORIO	9,7%	9,8%
CARDIOVASCULAR	7,9%	10,2%
TRAUMA	6,7%	5,4%
TÓXICO-METABOLICO*	17,6%	9,4%
DIGESTIVO	6,7%	6,1%
POSTQUIRÚRGICO	2,4%	1,9%

Tabla 1. Comparación de las características de pacientes ingresados en (US). Grupo A: Pacientes trasladados desde la UCI para continuidad asistencial Grupo B: pacientes ingresados directamente a la US desde otro servicio hospitalario.

* Se identifican las diferencias con valor $p < 0,05$.

Conclusiones: La US es eficaz para la continuidad de cuidados en pacientes con fallos orgánicos reversibles. A pesar de presentar puntuaciones de gravedad similar entre ambos grupos, la mortalidad fue mayor en el subgrupo de pacientes ingresados directamente en la US. Esto puede ser debido a que eran pacientes de mayor edad, con menor porcentaje de fracaso respiratorio y neurológico, pero con mayor presencia de *shock séptico*.

256. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA POS-UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO

Giménez Gutiérrez JM, Martínez Cabezas A y Ramírez Puertas R

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Después de una estancia prolongada en Cuidados Intensivos, muchos pacientes experimentan secuelas graves que pueden impedir la recuperación de su vida previa. Estas alteraciones que pueden ser físicas, psíquicas o cognitivas se conocen como el síndrome poscuidados intensivos (SPCI). Las consultas de seguimiento pos-UCI buscan detectar precozmente estas alteraciones y buscar soluciones. Analizar nuestros datos y comparar con la literatura.

Métodos: Estudio retrospectivo (observacional descriptivo) de los pacientes atendidos en la consulta seguimiento pos-UCI, mediante la gestión de una base de datos anonimizada, desde su inicio, octubre 22, hasta diciembre 24, recogiendo los siguientes ítems: sexo, edad, diagnóstico, APACHE II, necesidad de ventilación y traqueotomía, estancia y complicaciones mediante exploración física y realización de test.

Resultados: Pacientes: 96. Sexo: Mujer: 37 (38,54%). Edad media $\pm$ DE: 59,19 $\pm$ 12,02. Diagnósticos: cardiológico: 24 (25%), respiratorio: 21 (21,87%), digestivo: 18 (18,75%), neurológico: 12 (12,5%), infeccioso: 9 (9,37%), nefrológico: 4 (4,17%), traumatológico: 4 (4,17%), otros: 4 (4,17%). Media APACHE II al ingreso: 19 $\pm$ 4,24. Necesidad de ventilación: 74 (77,08%), días de ventilación: 16,11 $\pm$ 22,63, necesidad de traqueotomía: 29 (30,21%). Estancia media: UCI: 19,9 $\pm$ 2,12. Complicaciones en UCI: Delirio intra-UCI: 40 (41,67%). Polineuropatía del intra-UCI (seguido por Rehabilitación): 52,08% y úlceras 23 (23,97%). Complicaciones detectadas en consulta: Secuelas neuromusculares: 20 (20,83%). Trastorno de estrés posttraumático medido mediante la Escala TEPT: 36 (37,5%). Alteración cognitiva mediante escala MOCA: 7 (7,29%). Valoración de ansiedad y depresión mediante Escala HAD: Ansiedad: 27 (32,93%), Depresión 21 (25,61%) y Ansiedad y Depresión: 19 (23,17%). Escala Zarit en la familia: 36,02 $\pm$ 6,36, datos de sobrecarga 13 (22,03%).

Conclusiones: La mitad de los pacientes revisados presentaron poli-neuropatía del paciente crítico y en 1 de cada 5 persistían secuelas neuromusculares después de 30 días del alta hospitalaria. El trastorno de estrés posttraumático con un 37,3% presenta unos porcentajes similares a otras unidades, al igual que la ansiedad con un 32,93% y la depresión con 23,17%. Sin embargo, la cognitiva es menos frecuente que los resultados de la bibliografía con un 7,29%.

257. DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS PERCIBIDO EN LOS PROFESIONALES DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL SAN CECILIO-GRANADA

Jiménez Gutiérrez JM, Martínez Cabezas A y Ramírez Puertas R

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Una de las escalas más usadas para medir estrés, es la escala estrés percibido (PSS). Varios estudios demuestran que a mayor estrés mayor riesgo de depresión, ansiedad y/o dolencias físicas, de ahí la importancia de su medición. Determinar el estrés percibido en profesionales de UCI y analizar su relación con variables demográficas y laborales.

Métodos: Diseño cuantitativo, descriptivo y transversal. Población de estudio: personal UCI mediante test PSS meses abril-junio 2024. Análisis: media y desviación típica mediante Excel.

Resultados: Tasa participación (N: 100) 71,43%. Análisis por categorías de la media de estrés percibido (MEP): médicos: 22 (mujeres: 9 (40,9%)). MEP 20,53 $\pm$ 8,67. Edad media 43,46 $\pm$ 13,69: 16 (72,73%). MEP 23,03 $\pm$ 9,03. 6 (27,27%). MEP 20,53 $\pm$ 8,67. Guardias (FEA + residentes): 13 (59,09%), MEP 23,29 $\pm$ 8,99. FEA guardias: 6 (27,27%), MEP 24,40 $\pm$ 9,96. No guardias (FEA): 9 (40,91%), MEP 22,02 $\pm$ 8,66. 45 (mujeres: 35 (77,78%)), edad media 40,93 $\pm$ 6,77. MEP 20,33 $\pm$ 8,96. Turno de noche: 3 personas (6,67%), MEP 23,87 $\pm$ 5,51. Técnicos auxiliares: 30 (mujeres 28 (93,33%)). Edad media 52,09 $\pm$ 8,82. MEP: 19,32 $\pm$ 7,57. Análisis por puntuación: < 14 pts (nunca/casi nunca estresados): médicos: 4 (18,18%), enfermeros: 5 (11,11%), t. auxiliares: 5 (16,67%) 15-28 (ocasionalmente estresados): médicos: 9 (40,91%), enfermeros: 27 (60%), t. auxiliares: 19 (63,34%) 19-42 (frecuentemente estresados): médicos 9 (40,91%), enfermeros 12 (26,67%), t. auxiliares: 5 (16,67%). > 43 (muy estresados): médicos 0%, enfermeros 1 (2,22%), t. auxiliares: 1 (3,33%).

Conclusiones: El 40,91% de los médicos están frecuentemente estresados. El 40,91% médicos, 60% enfermeros y 63,34% de t. auxiliares están ocasionalmente estresados. Las mujeres en todas las categorías tienen niveles de estrés percibido más alto.

258. LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN PRECOZ EN MEDICINA INTENSIVA MEJORA LOS RESULTADOS FUNCIONALES

Díaz Rodríguez C, Herrán Monge R, Pérez Torres D, García García M, Maestro de la Rosa R, Serrano Combarro Á, Cacho Dueñas M, Villalba Artola M, Dueñas Ruiz A y PROMOV-UCI GDI

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir el proceso de implantación y resultados de un protocolo de rehabilitación precoz (RP) para pacientes críticos elaborado por los Servicios de Medicina Intensiva (MI) y Rehabilitación (RHB).

Métodos: Análisis de cohorte prospectiva de pacientes ingresados en MI de hospital terciario durante 1 año (mayo 2023 a mayo 2024). El protocolo de RP incluye pacientes con ventilación mecánica (VM) > 48 h y con criterios de estabilidad cardiovascular y respiratoria. Quedan excluidos los pacientes con delirio hiperactivo o discapacidad neurológica previa. Se registran datos clínico-epidemiológicos y resultados funcionales (escala *Medical Research Council* [MRC] y grupos funcionales definidos en el consenso SEMICYUC-SERMEF). Los resultados se expresan como porcentaje o mediana (P_{25} - P_{75}). Comparaciones entre grupos mediante χ^2 , U de Mann-Whitney y prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, según corresponda.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron elegibles un total de 240 pacientes con VM > 48 h. De ellos, cumplieron criterios de inclusión 124 pacientes, activándose el protocolo en un total de 107 (86%). Características al ingreso: 65% varones, edad 61 (53-73), APACHE-II 21 (16-26), SOFA 5 (3-9), Barthel 100 (80-100), índice Charlson 3 (1-4), Clinical Frailty Scale 3 (2-4), Nutric score 2 (1-3). Motivo de ingreso: respiratorio 42% (incluye 5% ECMO-vv), neurológico 29%, otros diagnósticos 29%. Estancia MI de 19 (12-30) días, recibiendo VM durante 11 (6-19) días, sedación profunda > 48 h 79% durante 4 (2-7) días, bloqueo neuromuscular 39% durante 4 (2-7) días, vasopresores 78% durante 5 (2-7) días. Presencia de delirio 34%, alteración glucémica 32%, traqueotomía 18%, debilidad adquirida (criterio clínico) 75%. Mortalidad en MI 10%, hospitalaria 17%. Tratamiento por RHB: el tiempo desde el ingreso hasta su inicio fue de 8 (6-11) días. Los pacientes recibieron 6 (3-11) sesiones, que comenzaron durante la VM en el 79% de los casos. Se utilizaron dispositivos (cicloergómetro, electroestimulación y/o presión espiratoria positiva) en el 24% de los pacientes. El MRC mejoró de 26 (14-41) al inicio del tratamiento a 41 (32-48) al alta de MI ($p < 0,01$). El grupo funcional mejoró de 2 (1-2) a 3 (2-3) al alta de MI ($p < 0,01$). Comparando pacientes que no fueron vs. pacientes que fueron tratados con dispositivos, el MRC incrementó 11 (4-24) vs. 10 (0-18) puntos, $p = 0,47$; mientras que el grupo funcional incrementó en 1 (0-2) vs. 1 (1-2) categorías, $p = 0,02$.

Conclusiones: La implementación de un protocolo de RP en MI es factible y útil, mejorando los resultados funcionales de los pacientes.

259. PRIMER AÑO DEL REGISTRO CMBD-UCI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HLA MONCLOA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

Sánchez Roldán A¹, González López S¹, Oñoro Cañaveral JJ¹, Benito Fernández A¹, Sandoval Gómez MDC¹, Gómez Tello V¹, Fernández Conejo RM¹, De la Osa Subtil I², Lafuente Carrasco JL² y Gallego Manjón Á¹

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

Objetivos: Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) según los criterios establecidos por el grupo del Conjunto Mínimo Básico

Tabla Póster 257

Categoría MEP	MEP Edad > 55	MEP Edad < 55	MEP Varón	MEP Mujer	MEP < 5 años	MEP > 5 años	MEP Estatutario	MEP Temporal
Médicos 20,53 $\pm$ 8,67	19,66 $\pm$ 8,65	23,32 $\pm$ 9,37	21,21 $\pm$ 10,18	25,49 $\pm$ 9,19	22,30 $\pm$ 9,15	23,03 $\pm$ 9,33	23,03 $\pm$ 8,52	22,44 $\pm$ 9,30
Enfermería 20,33 $\pm$ 8,96	21,06 $\pm$ 5,25	21,57 $\pm$ 9,31	20,62 $\pm$ 7,35	21,879,07	22,11 $\pm$ 7,40	20,33 $\pm$ 9,60	23,47 $\pm$ 6,94	21,07 $\pm$ 18
T. auxiliares 19,32 $\pm$ 7,57	21,50 $\pm$ 9,10	20,10 $\pm$ 7,05	9,49 $\pm$ 6,36	22,12 $\pm$ 7,05	21,26 $\pm$ 8,95	19,55 $\pm$ 6,04	21,07 $\pm$ 5,80	20,21 $\pm$ 10,13

de Datos de UCI (CMBD-UCI). Estimar la posible utilidad global del CMBD-UCI a partir de nuestra experiencia inicial.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo entre octubre de 2023 y septiembre de 2024. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la unidad durante el período de estudio. Los datos se obtuvieron de la plataforma del CMBD-UCI y fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando media y desviación típica para variables normales, y mediana y rango intercuartílico para variables no normales. Las variables categóricas se expresaron en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron un total de 839 episodios de ingreso en UCI. La edad media de los ingresos fue de 71 años ($\pm 12,4$). El 61,6% fueron hombres con un 55,9% de ingresos programados, de los cuales el 56% correspondieron a pacientes quirúrgicos. La principal procedencia de los ingresos fue quirófano (42,2%), seguido de urgencias (21,2%), otras áreas del hospital (16,6%) y hospitalización convencional (16,0%). Los motivos más frecuentes de ingreso fueron la monitorización y vigilancia posoperatoria (42,2%), la monitorización de procedimientos no quirúrgicos (14,3%), las alteraciones del ritmo cardíaco (9,4%), el síndrome coronario agudo (8,9%) y la insuficiencia respiratoria (6,6%). La estancia mediana en UCI fue de 2 días (RIC 1-3). El 33,3% de los ingresos requirió ventilación mecánica invasiva (VMI), el 4,5% no invasiva (VMNI) y el 2,3% terapia continua de reemplazo renal (TCRR). La mediana de SAPS3 fue 43 (RIC 34-52), con una probabilidad de muerte mediana del 9,81% (RIC 3,36-21,9). La mortalidad en UCI fue del 5,7% y la mortalidad hospitalaria global del 8,2%.

Conclusiones: Nuestra unidad es mixta, con una mayoría discreta de ingresos provenientes de quirófano programado. La complejidad de los ingresos es muy variable, con una mortalidad prevista por SAPS3 no desdeñable y una mortalidad real algo menor que la estimada. El registro CMBD-UCI, utilizado en el conjunto de las UCI españolas, podría ayudar a identificar las características reales de los pacientes críticos y su mortalidad, claves para garantizar la seguridad y calidad asistencial. Este análisis permitiría detectar áreas de mejora y optimizar la atención, contribuyendo a la excelencia en los cuidados intensivos.

16:35-18:05 h

SALA C6+C7

PÓSTERES ORALES

NEUROINTENSIVISMO 3

Moderadores: Alfonso Peral Santos, Hospital Universitario de Ciudad Real/María Gero Escapa, Hospital Universitario de Burgos

260. TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA EN ICTUS FIBRINOLISADOS: ANÁLISIS DE DATOS CON IA EN EL HOSPITAL MARINA BAIXA (2019-2024)

Iborra Devesa M, Tortosa Alcázar J, Tejerina Puig J y Marco Escoto MJ
Hospital Marina Baixa, Alicante.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que han sufrido transformación hemorrágica (TH) tras fibrinólisis por ictus isquémico en el Departamento de Salud Marina Baixa. Integrar las herramientas de AI en análisis de datos en ciencias de la salud.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal retrospectivo con pacientes fibrinolisados entre 2019 y 2024 en el Hospital Marina Baixa. Para el análisis estadístico básico, se utilizó el motor de inteligencia artificial Chat-GPT con el *add-on* de Data analyst. Además, se realizó un modelo de regresión logística multivariante para evaluar la asociación de variables independientes con la aparición de TH.

Resultados: De 52 pacientes fibrinolisados, el 23% presentó TH. En este grupo, la mediana de edad fue de 73,5 años, el 50% eran mujeres, el 33,3% fumadores, el 41,6% obesos y todos tenían antecedentes de hipertensión arterial (HTA). Además, el 83,3% tenía dislipemia, el 41,6% diabetes y el 58,3% estaba antiagregado. En el grupo sin TH, la

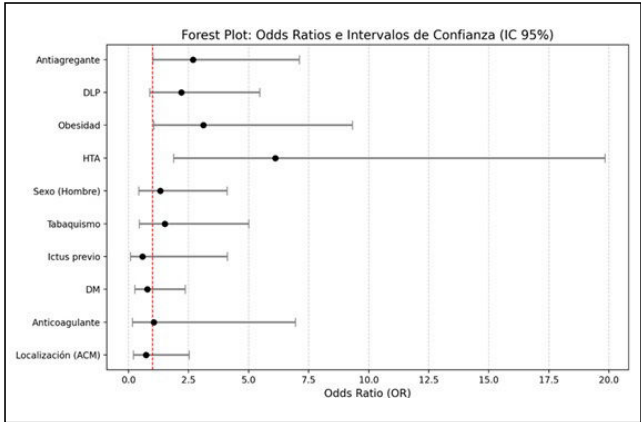
mediana de edad fue de 72,5 años, el 40% eran mujeres, el 22,5% fumadores, el 15% obesos, el 45% con HTA y el 27,5% antiagregados. La arteria cerebral media fue la localización más frecuente en ambos grupos (83,3 vs. 75%). HTA ($p < 0,001$), obesidad ($p = 0,04$) y antiagregación ($p = 0,04$) fueron variables significativamente asociadas con TH. En el modelo multivariante, HTA (OR: 6,11, IC95%: 1,88-19,83, $p = 0,003$), obesidad (OR: 3,12, IC95%: 1,05-9,32, $p = 0,041$) y antiagregación (OR: 2,68, IC95%: 1,01-7,11, $p = 0,048$) destacaron como factores de riesgo significativos.

Pacientes con ictus isquémico fibrinolisado n=52		Transformación hemorrágica n=12	No transformación hemorrágica n=40	p - valor
Sexo	Mujer	50% (6)	40% (16)	0,539
	Hombre	50% (6)	60% (24)	0,539
Edad		75,5 (20,5)	72,5 (17)	0,207
Tabaquismo activo		33,3% (4)	22,5% (9)	0,466
Obesidad		41,6% (5)	15% (6)	0,047
Hª ictus previo		8,33% (1)	17,5% (7)	0,663
HTA		100% (12)	45% (18)	0,001
DLP		83,3% (10)	45% (18)	0,024
DM		41,6% (5)	32,5% (13)	0,558
Antiagregante		58,3% (7)	27,5% (11)	0,049
Anticoagulante		8,33% (1)	12,5% (5)	1,00
Localización	ACM	83,3% (10)	75% (30)	0,709
	Otra	16,7% (2)	25% (10)	0,709

Tabla 1: Características clínicas de los pacientes con ictus isquémico tratados con fibrinólisis, según la presencia de TH.

Variables independientes	Odds ratio (IC 95%)	p-valor
Sexo	1,32 (0,42–4,10)	0,634
Tabaquismo	1,51 (0,45–5,00)	0,494
Obesidad	3,12 (1,05–9,32)	0,041
Hª ictus previo	0,58 (0,08–4,11)	0,592
HTA	6,11 (1,88–19,83)	0,003
DLP	2,20 (0,88–5,46)	0,092
DM	0,79 (0,26–2,36)	0,675
Antiagregante	2,68 (1,01–7,11)	0,048
Anticoagulante	1,05 (0,16–6,94)	0,962
Localización (ACM)	0,73 (0,21–2,52)	0,617

Tabla 2: Análisis de regresión logística de factores asociados a la TH en pacientes con ictus isquémico fibrinolisado.



Conclusiones: La TH ocurrió en el 23% de los pacientes fibrinolizados. Los principales factores asociados fueron la HTA, obesidad y antiagregación previa, destacando la importancia de optimizar el manejo de estos factores en pacientes candidatos a fibrinólisis.

261. VALIDEZ DEL MONITOR DE BIS EN LA DETECCIÓN DE ESTADO EPILÉPTICO Y DESCARGAS EPILEPTIFORMES AISLADAS FRENTE AL EEG

Noblejas Drouot S, Gimenez Lecina J, Sampedro Calavia E, Barrera Sánchez M, García Fuertes P, Borque Laguarda EB, Gironés Lirio D, Blanco Santoro M, Carrillo López A y González Almarcegui I

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Es indispensable un registro electroencefalográfico (EEG) para el diagnóstico y evolución del estado epiléptico (EE). El EEG convencional no está disponible en la mayoría de centros. Sin embargo, el sistema de monitorización BIS (*Bispectral Index Signal*) con registro de EEG está disponible en muchos de ellos. **Objetivos:** validar la monitorización BIS en la detección de EE y descargas epileptiformes aisladas (DEA) frente al EEG. Comparar los hallazgos del BIS con el EEG convencional (*gold estándar*).

Métodos: Estudio transversal de una serie no consecutiva de pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel con sospecha o riesgo de EE, por manifestaciones clínicas y/o alteración del nivel de conciencia y/o factores de riesgo. Los registros se obtuvieron de forma simultánea, mediante monitor BIS VISTA™ (de Aspect Medical Systems, Inc.) y EEG estandarizado, y fueron interpretados de forma doblemente ciega por un experto de UCI y un neurofisiólogo.

Resultados: Se estudiaron 69 casos. Prevalencia 23,19%. Las patologías más asociadas a EE fueron lesiones cerebrales posanóxicas (68,75%) e infecciones del sistema nervioso central (12,5%). Resultados de EE vs. DEA vs. Sin crisis; potencia de la DSA (Density Spectral Array): baja 0,00 vs. 0,00 vs. 5,56%, baja-moderada 6,67 vs. 20,00 vs. 30,56%, moderada 33,33 vs. 26,67 vs. 36,11%, moderada-alta 26,67 vs. 53,33 vs. 27,78% y alta 33,33 vs. 0,00 vs. 0,00%; SEF (Spectral Edge Frequency): 10,67 ± 2,32 Hz vs. 11,50 ± 3,63 Hz vs. 13,57 ± 6,08. DEA: Precisión (P) 89,86 (IC95%: 80,21-95,82%); sensibilidad (S) 75,00% (IC95%: 53,78-92,73%); especificidad (E) 94,34% (IC95%: 88,12-100%); valor predictivo positivo (VPP) 80,00% (IC95%: 56,25-100%); valor predictivo negativo (VPN) 92,59% (IC95%: 85,6-99,58%); cociente de probabilidades positivo (CP+) 13,25 (IC95%: 4,26-41,22); cociente de probabilidades negativo (CP-) 0,27 (IC95%: 0,11-0,62); Probabilidad posttest Negativo (PPTn) 7,4%. EE: P 98,55% (IC95%: 92,19-99,96%), S 100% (IC95%: 79,41-100%); E del 98,11% (IC95%: 89,93-99,95%); VPP 94,12% (IC95%: 82,9-100%) y VPN 100% (IC95%: 93,15-100%); CP+ 53,00 (IC95%: 7,61-369,34), Probabilidad posttest Negativo 0%.

Conclusiones: El BIS presenta menor capacidad diagnóstica de las DEA frente al EEG (S = 75%), pero con gran capacidad discriminativa (E = 94,3%) y VPN elevado (VPN 92,6%), mostrando una bondad diagnóstica, independiente de la prevalencia, de gran ayuda en la clínica (CP+13,2 vs. CP- 0,27). El BIS posee gran capacidad diagnóstica (S = 100%) y discriminativa (E = 98,1%) del EE, equiparable al EEG.

262. ASOCIACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y PREFRAGILIDAD CON EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Soto Agudo L, Rodríguez Alcaraz A, Romero Macías T, Molina Lobo R, Gordo Vidal F, Prieto López L, Abella Álvarez AM, Lobo Valbuena B, Torrejón Pérez I y Salinas Gabiña I

Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: La fragilidad es un síndrome multidimensional caracterizado por la pérdida de reservas fisiológicas, que predispone a una mayor mortalidad, dependencia e institucionalización. Es independiente de la edad, dándose también en pacientes jóvenes (< 65 años), aunque la mayoría de estudios excluyen este grupo. El objetivo del estudio es analizar el impacto de la fragilidad y prefragilidad en el pronóstico de los pacientes críticos y los factores de mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo en UCI médico-quirúrgica. Incluye todos los pacientes ingresados de octubre 2016 a mayo 2019; excepto los trasladados. La fragilidad se evaluó según el estado físico previo al ingreso en UCI, siguiendo las recomendaciones de la Escala Canadiense de Fragilidad Clínica (CFS), 9 puntos. A su vez, los

pacientes se clasificaron como no frágil CFS ≤ 3, prefrágil CFS = 4 y frágil CFS ≥ 5. Se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables categóricas, medianas y rangos intercuartiles o medias y desviaciones estándar para variables continuas. Se realizó un análisis de regresión logística multivariable para valorar las diferencias significativas entre las 3 categorías en el análisis univariable; en concreto, la mortalidad. Y un análisis de regresión logística univariable para determinar los factores con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria en el grupo frágiles-prefrágiles, seguido de un multivariable con las variables estadísticamente significativas.

Resultados: 1.462 pacientes; 1.141 no frágiles, 250 prefrágiles y 71 frágiles. Mediana de edad 66 años (15-93). La supervivencia en UCI fue del 96,8% y la hospitalaria del 93,8%; objetivándose una mayor mortalidad hospitalaria en prefrágiles (RR 4,04 (2,11-7,74) y frágiles (RR 5,88 (2,45-14,10)). En el grupo frágiles-prefrágiles se asociaron cuatro factores de mortalidad hospitalaria, sin diferencias estadísticamente significativas en las edades: días de estancia previos a UCI (RR 1,08, IC 1,01-1,16)], mayor gravedad al ingreso (SAPS 3) (RR 1,07, IC 1,03-1,12), y desarrollo, durante el ingreso, de deterioro neurológico (RR 4,14, IC 1,23-13,98) y/o trombocitopenia (RR 11,46, IC 2,21-59,42).

Conclusiones: Estos resultados apoyan la identificación de la fragilidad y prefragilidad en todos los pacientes ingresados en UCI independientemente de la edad, pues presentan una mayor mortalidad. Los factores asociados a mortalidad son: estancia previa a UCI, gravedad al ingreso y desarrollo de deterioro neurológico y/o trombopenia durante el ingreso.

263. VALIDEZ DEL MONITOR DE BIS EN LA DETECCIÓN DE PATRÓN DE BROTE-SUPRESIÓN FRENTE AL EEG CONVENCIONAL

Sampedro Calavia E, Giménez Lecina J, Noblejas Drouot S, Barrera Sánchez M, Ventura Prado L, García Fuertes P, Blanco Santoro M, Martín Sánchez L, Carrillo López A y González Almarcegui I

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: En el manejo del estado epiléptico mediante sedación, un patrón de brote-supresión con una tasa de supresión > 50% se ha asociado a pobre desenlace funcional a largo plazo. La monitorización mediante electroencefalograma (EEG) convencional no está disponible en la mayoría de los centros. Sin embargo, el sistema de monitorización de BIS (*Bispectral Index Signal*) con registro del EEG está disponible en muchos de ellos.

Objetivos: Validar la monitorización BIS en la detección del patrón de brote-supresión frente al EEG. Comparar los hallazgos del monitor de BIS con el EEG convencional (*gold estándar*).

Métodos: Estudio transversal de una serie no consecutiva de pacientes adultos ingresados en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet con sospecha o riesgo de estado epiléptico, por presentar manifestaciones clínicas de crisis y/o alteración del nivel de conciencia y/o factores de riesgo conocidos. Los registros se obtuvieron de forma simultánea, mediante el monitor BIS VISTA™ (de Aspect Medical Systems, Inc.) y EEG estandarizado, y fueron interpretados de forma doblemente ciega por un experto de UCI y un Neurofisiólogo. El monitor de BIS detecta de forma automática la actividad de brote-supresión informándola en forma de tasa de supresión (porcentaje del registro con actividad suprimida) y brotes/minuto.

Resultados: Se estudiaron un total de 69 casos. La prevalencia de patrón de brote-supresión fue del 20,29%. Las patologías principales en las que se encontró patrón de brote-supresión fueron las lesiones posanóxicas (35,71%), coma de etiología incierta (21,43%), HSA aneurismática (14,29%), TCE (7,14%) e infecciones del SNC (7,14%). El 85,71% de los casos se encontraba bajo los efectos de la sedación. Resultados con/sin brote-supresión respectivamente: potencia de la DSA (Density Spectral Array): baja 15,38 vs. 0,00%, baja-moderada 46,15 vs. 18,18%, moderada 7,69 vs. 38,18%, moderada-alta 30,77 vs. 30,91%, alta 0,00 vs. 12,73%; valores de la SEF (Spectral Edge Frequency): 14,69 ± 5,6 Hz vs. 12,51 ± 5,55 Hz. Valores de BIS 24,7 ± 9,24 vs. 55 ± 17,5. Los resultados de la prueba fueron los siguientes: precisión 100% (IC95%: 94,79-100%) no detectándose ningún caso falso positivo ni negativo, arrojando una sensibilidad del 100%, especificidad del 100%; VPP 100% y VPN 100%, con una probabilidad posttest negativa del 0%.

Conclusiones: La monitorización de BIS presenta una gran capacidad diagnóstica y discriminativa del patrón de brote-supresión muy equiparable al EEG.

264. MORTALIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ASPECTS $\leq$ 7 INGRESADOS EN UCI SOMETIDOS A TROMBECTOMÍA MECÁNICA

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Estudiar la mortalidad en UCI, intrahospitalaria y a los 6 meses (6M), así como la dependencia funcional (Rankin modificado 6M), de pacientes diagnosticados de ictus agudo isquémico con ASPECTS $\leq$ 7 en la tomografía computarizada y tratados mediante trombectomía mecánica (TM) versus con pacientes con ASPECTS $>$ 7.

Métodos: Estudio retrospectivo (enero 2015-mayo 2024). Incluye todos los pacientes sometidos a TM que ingresan en UCI de un hospital terciario universitario. Variables recogidas: edad, género, factores de riesgo (HTA, diabetes, dislipemia, hábito tabáquico/enólico, fibrilación auricular, antiagregación/anticoagulación), Rankin al ingreso, NIHSS al diagnóstico, tiempo síntomas-hospital y síntomas-recanalización, fibrinolítico IV, tiempo ingreso UCI/hospital y mortalidad en UCI, intrahospitalaria y a los 6M. Dependencia funcional definida como Rankin $>$ 3 a 6M. Variables cuantitativas: media $\pm$ DE, mediana (IQ25-IQ75). Variables cualitativas: valor absoluto (%). Análisis estadístico: chi cuadrado, Fisher, Wilcoxon y regresión logística según aplique. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 395 pacientes, 120 (30,4%) presentaron un ASPECTS $\leq$ 7. Al comparar ASPECTS $\leq$ 7 vs. ASPECTS $>$ 7 no encontramos diferencias en: edad (69 $\pm$ 14 vs. 72 $\pm$ 13 años), género masculino [57 (48%) vs. 135 (50%)], factores de riesgo, Rankin al ingreso [0 (0-1) vs. 0 (0-1)], tiempo síntomas-hospital (3 $\pm$ 3 vs. 3 $\pm$ 3 h) y síntomas-recanalización [5 $\pm$ 2 (30% ictus del despertar) vs. 5 $\pm$ 2 h (20% ictus del despertar)], fibrinolítico IV [30 (25%) vs. 95 (35%)] y duración de hospitalización [12 (6-23,5) vs. 11 (7-19,5) días]. Se encontraron diferencias en: NIHSS al diagnóstico 18 $\pm$ 5 vs. 15 $\pm$ 6 puntos y estancia en UCI 1 (1-4,25) vs. 1 (1-2) días. Mortalidad en UCI: 22 (18,3%) vs. 22 (8%); intrahospitalaria: 39 (32,5%) vs. 49 (17,8%); y a 6M: 48 (40%) vs. 58 (21%). Rankin $>$ 3 a 6M: 85 (70,8%) vs. 123 (44,7%). Tras ajustar por NIHSS, un ASPECTS $\leq$ 7 se asoció de forma independiente con: mortalidad en UCI [OR 2,22 (1,15-4,30)], mortalidad intrahospitalaria [OR 1,71 (1,02-2,86)], mortalidad a 6M [OR 1,85 (1,13-3,04)] y Rankin $>$ 3 a 6M [OR 2,95 (1,19-7,54)].

Conclusiones: Es necesario una cuidadosa valoración de los pacientes con ASPECTS $\leq$ 7 en los que se va a plantear una TM. El empleo de pruebas complementarias como la TC de perfusión en el algoritmo de decisión puede ayudar a una mejor selección de los pacientes que más pueden beneficiarse de la trombectomía mecánica minimizando los riesgos.

265. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE: ANÁLISIS EN UNA UCI ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL

Palmada Ibars C, Vallés Angulo S, Selva Armadans I, Baena Caparrós J, Rey Pérez A, Bàguena Martínez M, Jiménez Alfonso A y Araoz Illanes R

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: El traumatismo craneoencefálico (TCE) grave es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. La craniectomía descompresiva (CD) es una estrategia terapéutica de rescate en casos de hipertensión intracraneal refractaria, destinada a reducir la presión intracraneal y prevenir la herniación cerebral. Este estudio describe características clínicas, intervenciones y desenlaces de pacientes con TCE grave con lesiones difusas tipo III y IV (escala Marshall) sometidos a CD en la Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología, Rehabilitación y Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con TCE grave sometidos a CD entre 2018 y 2024, manejados según las guías de la Brain Trauma Foundation y las SIBICC 2020. Se analizaron edad, sexo, puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS), tipo y momento de la CD, complicaciones y pronóstico funcional (escala GOSE) a los 6 meses y al año. El análisis estadístico incluyó pruebas Chi-cuadrado y Wilcoxon, con un alfa de 0,05.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes (edad media: 55,1 años, 72,2% hombres). Según la escala de Marshall, el 47,2% presentaba lesión tipo III y el 52,8% tipo IV. La GCS al ingreso fue de 4 [3-6,25]. En el 69,5% la CD se realizó dentro de las primeras 24 horas. La mortalidad intrahospitalaria fue del 22,2%, con un *exitus* adicional tras el alta. No hubo diferencias significativas en mortalidad o pronóstico funcional entre la CD precoz y tardía. La

alteración de la dinámica del líquido cefalorraquídeo fue una complicación frecuente (35%), requiriendo válvula ventrículo-peritoneal. El análisis de GOSE mostró una mejoría global: estado vegetativo (GOSE 2): 18,5% a 7,4%; discapacidad grave (GOSE 3-4): 59,2% a 29,6%; discapacidad moderada (GOSE 5-6): 11,1% a 25,9%; buena funcionalidad (GOSE 7-8): 0% a 18,5%.

Conclusiones: En el manejo del TCE grave la craniectomía descompresiva es una medida de último nivel para el tratamiento de la hipertensión intracraneal pero que no está exenta de complicaciones. Existe un porcentaje de pacientes con déficit neurológico severo permanente, por lo que se trata de una decisión compleja que se debe tomar de forma individualizada. Se observa una mejoría global del pronóstico funcional tanto a los 6 meses como al año, por lo que la rehabilitación precoz y el manejo por personal especializado juegan un papel fundamental. No obstante, es necesario contar con una muestra mayor para obtener resultados estadísticamente significativos.

266. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: CLÍNICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y EVOLUCIÓN POSTERIOR

Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L, Ruiz-Escribano Taravilla E, Muñoz de Luna Herrera L, Gallego Luján C, Pedrero Rosario JM, Ruiz Cambra A, Rojano Donado L y Sepúlveda Cuenca A

Hospital General Universitario de Albacete (C.H. de Albacete), Albacete.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo sobre las características clínicas, causas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones en pacientes con hemorragia subaracnoidea de un hospital terciario con objetivo de conocer la prevalencia, incidencia de complicaciones y evolución a largo plazo.

Métodos: Participamos en el registro nacional de hemorragia subaracnoidea espontánea (REMOS), estudio observacional prospectivo. La muestra son los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea que ingresan durante los años 2023 y 2024. Bajo consentimiento informado, se recogen una serie de variables (edad, sexo, clínica debut, diagnóstico y tratamiento, complicaciones neurológicas, pronóstico al alta y consultas telefónicas a los 6 meses para valoración funcional con la escala RSm. Para la recogida y análisis de datos se utiliza el programa SPSS.

Resultados: Se recogieron un total de 62 pacientes, el 54% fueron mujeres y la hipertensión arterial es el antecedente más frecuente (70%). En cuanto a la clínica debut la cefalea está presente en el 78,7% (48), los signos meníngeos en el 29,5% (18), el síncope en el 23% y las crisis comiciales en el 9,8% (6). En el 57,1% (36) se objetivó aneurisma, encontrándose este en ACoA (13, 35,1%), ACM I (3, 8,1%), ACI I (3, 8,1%), ACA I (2, 5,4%), ACM D (2, 5,4%), ACI D (2, 5,4%), A. Basilar (1, 2,7%), ACA D (1, 2,7%), ACP D (1, 2,7%), otra (9, 24,3%). En lo que respecta a la intervención realizada se realizó neurocirugía en 4 (11,4%), embolización con *coils* por radiología intervencionista 22 (62,9%), implantación de *stent* en 7 (20%), y *stent* + *coils* en 7 (20,0%). En cuanto a las complicaciones neurológicas el 11,7% resangraron (7) y 38,3% (23) presentaron vasoespismo. La mortalidad fue del 15% (9). Entre las causas de fallecimiento encontramos la muerte encefálica (5, 55,6%), el daño cerebral grave (3,33,3%) y otras causas (1, 11,1%). La escala FISHER modificada predominante fue IV 46% (29) seguida de III 23,8% (15), I 19% (12) y la minoritaria II con 11,1% (7).

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes fueron mujeres, la clínica más frecuente fue la cefalea seguida por los signos meníngeos. En la escala Fisher modificada la más frecuente fueron IV. En la mayoría se objetivó aneurisma siendo la zona más frecuente la ACoA. La intervención más realizada fue la embolización con *coils* por radiología intervencionista, requiriendo neurocirugía únicamente 4 pacientes. La mortalidad fue del 15% siendo la causa más frecuente la muerte encefálica.

267. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HSA ESPONTÁNEA INGRESADOS EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Giner Fons M, Mataix Manero M y Villalba Saorín AJ

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Describir las características principales de los pacientes con HSAe ingresados en la UCI del Hospital General Universitario Alicante.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en la UCI de un hospital provincial de 3.º nivel con Neurocirugía, Neurointervencionismo y Medicina Intensiva. Se incluyeron de manera consecutiva pacientes con diagnóstico de HSA entre diciembre 2021 y mar-

zo 2024. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo y factores de riesgo), variables relacionadas con clínica y diagnóstico (escalas Hunt-Hess y mFisher; existencia de aneurisma, localización y tipo intervención), variables relacionadas con principales complicaciones neurológicas (resangrado, vasoespasmó e hidrocefalia) y variables relacionadas con morbilidad (Escala mRankin al alta de UCI y a los 6 meses). Se recogieron los datos en Excel® y se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante SPSS®. Las variables categóricas, se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las variables continuas se expresaron con medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos, según su normalidad.

Resultados: Se incluyeron 128 pacientes, 73 mujeres (57%). Edad media 58 años. Los principales factores de riesgo fueron: 48 presentaban HTA (37,5%), seguido de 43 que consumían tabaco (33,6%). Un 53,1% presentaban una escala Hunt-Hess desfavorable (≥ 3) y 58,6% presentaban una escala mFisher desfavorable (4). En 100 pacientes se evidenció aneurisma (78,1%). La localización más frecuente fue la ACoA (26,6%). 83 pacientes fueron tratados endovascularmente (80,6%): 71 fueron tratados con coils (55,5%), 7 se implantó stent (5,5%) y 5 pacientes fueron tratados con ambas técnicas (3,9%). En cuanto a las complicaciones neurológicas: 12 pacientes presentaron resangrado (9,4%), en 23 se evidenció vasoespasmó (18%), 68 presentaron hidrocefalia (53,1%), de los cuales 51 pacientes requirieron de DVE (39,8%). 54 presentaron HTIC (42,2%), y 10 precisaron de craniectomía descompresiva. 23 presentaron crisis comicial (18%). En relación a la morbilidad: 28 fallecieron (21,9%). A pesar de que al alta de UCI, un 59,4% presentaba un mRankin > 3 , a los 6 meses un 63,5% de los pacientes presentaba un mRankin ≤ 3 .

Conclusiones: La HSA es una patología frecuente en nuestra unidad. En la gran mayoría de los casos se identificó aneurisma, y más de la mitad fueron tratados endovascularmente. Siendo la hidrocefalia la complicación más frecuente. Menos de la mitad de nuestros pacientes fallecieron y a los 6 meses más de la mitad presentaban escala mRankin ≥ 3 .

268. CAPACIDAD PREDICTIVA DEL DOPPLER TRANSCRANEAL PARA DETECTAR VASOESPASMO EN PACIENTES CON HSA ESPONTÁNEA

Ruiz Cacho R, Candela Fernández A, San José Sebrango A, Frías Gatell C, García Olivares P, Sotillo Díaz JC y Bermejo López ME

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

Objetivos: Analizar la capacidad para detectar vasoespasmó angiográfico y/o oligohemia cerebral del Doppler transcraneal (DTC) en pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA).

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en pacientes con HSA ingresados en UCI del HGU Gregorio Marañón (Madrid) entre agosto-diciembre de 2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, escalas pronósticas, necesidad de soportes orgánicos y desenlaces clínicos. Se realizó seguimiento de los pacientes mediante DTC diario y pruebas de imagen (TAC simple, angio-TAC y TAC perfusión) según protocolo de la unidad (24 horas, 5.º día, 9.º día y cualquier día ante sospecha) en búsqueda de vasoespasmó y/o isquemia cerebral tardía. En el análisis descriptivo las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y las variables cuantitativas como media (DE) o mediana (RIC). La asociación de presencia de vasoespasmó por DTC ($V_{med} \geq 120$ mm/seg con índice de Lindegaard > 3) con vasoespasmó angiográfico y/o oligohemia cerebral, se realizó mediante chi-cuadrado. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del DTC como método diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron 17 casos. Edad 50 ± 8 años. Mujeres 59%. Escalas de gravedad: APACHE 7 (3-7), SOFA 1 (0-4), escala H&H 1 (0-2), WFNS 0 (0-1), Fisher 2 (2-3). Aneurisma en circulación anterior 88%. Tratamiento endovascular 38% y quirúrgico 31%, con tiempo transcurrido de 2 (1-5) días. Un 53% cumplieron diagnóstico de vasoespasmó en DTC y 65% en angio-TAC y TAC perfusión. El 47% presentó isquemia en TAC simple. Estancia en UCI 17 días (7-34) y hospitalaria 36 días (17-47). Mala situación funcional (Rankin 4-5) 33%, con mortalidad del 12%. En el análisis realizado existió asociación significativa entre velocidades elevadas en DTC y afectación vascular y/o perfusión en TAC (RR 17,50; IC95% 1,22-250,36), así como para lesión cerebral isquémica establecida (RR 42,00; IC95% 2,14-825,71). Los índices de calidad diagnóstica del DTC fueron: S 78%, E 83%, VPP 88% y VPN 71%.

Conclusiones: Según los índices diagnósticos obtenidos, el doppler transcraneal podría permitir seleccionar a aquellos pacientes con alto riesgo de presentar vasoespasmó.

269. RELACIÓN DEL TIEMPO DE HIPOXIA TISULAR Y TIEMPO DE HIPOPERFUSIÓN CEREBRAL CON EL PRONÓSTICO DE PACIENTES NEUROCÍTICOS

Carballal de Vega AP, Abajo Miranda A, Zabalegui Pérez A, Pérez Cabo EM, Callejo Torre F, Fernández Ratero JA, Perea Rodríguez ME, Albillos Almaraz R, Pajares Calvo M e Izco Larumbe Í

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

Objetivos: Objetivo principal: evaluar el impacto de la dosis de presión tisular de oxígeno (tPtO₂) y de la dosis de presión de perfusión cerebral (tPPC) sobre el resultado neurológico a los 6 meses del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes neurocríticos. Objetivo secundario: analizar la relación entre tPtO₂ y tPPC.

Métodos: Estudio de cohortes con análisis de tPtO₂ y tPPC en las primeras 24, 48, 72 horas y durante todo el tiempo de monitorización. El estudio estadístico se realizó con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney. Se correlacionó el porcentaje de tPtO₂ y tPPC por debajo de unos umbrales establecidos con el pronóstico neurológico. Las cohortes se definieron según el resultado neurológico con la escala Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE), con el corte entre buena y mala evolución en 5. Los umbrales de tPtO₂ que se definieron fueron por debajo de 10, 15 y 20 mmHg, hipoperfusión cerebral como PPC por debajo de 60 mmHg.

Resultados: Se analizaron los datos de 17 pacientes monitorizados con el sistema Raumedic de la Unidad de Neurocríticos de la UCI del Hospital Universitario de Burgos, ingresados por: traumatismo craneoencefálico (TCE) [8], accidente cerebrovascular (ACV) isquémico [1] o hemorrágico [3], o hemorragia subaracnoidea (HSA) [5]. Los datos se recogían por cada segundo, obteniendo una base de datos con más de 16 millones. La comparación de las dos cohortes (buen/mal pronóstico en los tres tiempos estudiados) con el tPtO₂ en los tres umbrales y tPPC no objetivó diferencias significativas, tampoco en el subgrupo analizado de los pacientes con TCE. Respecto a la relación entre tPPC y tPtO₂ se evidenció una relación inversamente proporcional.

Conclusiones: En nuestro estudio no se han evidenciado diferencias significativas entre el tiempo de hipoxia tisular en los tres umbrales estudiados y el pronóstico. Tampoco entre el tiempo de hipoperfusión cerebral y el pronóstico. Estos resultados pueden deberse al tamaño muestral. Se objetivó una relación inversa entre tPtO₂ y tPPC que podría ser explicada por el factor tratamiento.

270. RELACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA AUTORREGULACIÓN CEREBRAL CON EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES NEUROCÍTICOS

Carballal de Vega AP, Abajo Miranda A, Zabalegui Pérez A, Pérez Cabo EM, Callejo Torre F, Fernández Ratero JA, Perea Rodríguez ME, Vara Arlanzón R, Martínez Elizalde J y Jiménez Cabrera PJ

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

Objetivos: Evaluar el impacto del tiempo de autorregulación cerebral alterada, medido con los tiempos de los índices de reactividad a la presión y al oxígeno (tPRx y tORx, respectivamente) sobre el resultado neurológico a los 6 meses del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en paciente neurocríticos.

Métodos: Estudio de cohortes con análisis de tPRx y tORx en las primeras 24 horas de monitorización. El estudio estadístico se realizó con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney. Se correlacionó el porcentaje de tPRx y tORx alteradas (por encima de 0) con el pronóstico neurológico. Las cohortes se definieron según el resultado neurológico con la escala Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE), con el corte entre buena y evolución en 5. Se definió autorregulación alterada como tPRx y tORx por encima de 0.

Resultados: Se analizaron datos de 13 pacientes UCI del Hospital Universitario de Burgos, ingresados por patologías neurológicas como traumatismo craneoencefálico (TCE) [7], accidente cerebrovascular (ACV) isquémico [1] o hemorrágico [2], o hemorragia subaracnoidea (HSA) [3]. Los datos se recogían por cada 10 minutos aproximadamente obteniendo una base de datos con más de 16.000. La comparación de las dos cohortes (buen/mal pronóstico) encontró diferencias estadísticamente significativas con tPRx por encima de 0 (autorregulación alterada) con mal pronóstico neurológico. No se encontraron diferencias en el subgrupo que ingresó por TCE.

Conclusiones: Nuestro estudio objetivó diferencias significativas entre el tiempo que permaneció PRx alterado (autorregulación alterada) y pronóstico. No se evidenció relación entre la alteración de la autorregulación medida por ORx y el pronóstico, en posible relación con el tamaño muestral. Sería interesante en un futuro plantear un estudio multicéntrico para incrementar el tamaño muestral.

271. ANÁLISIS SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTÁNEOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Delgado Barroso A, Macías Clemente J, Martínez Matencio J, Reina Martínez FJ, Flores Cordero JM y Gascón Castillo ML

Hospital de Rehabilitación y Traumatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar la mortalidad de los pacientes ingresados en UCI por hematomas intracerebrales espontáneos entre los años 2019 y 2024 en función de diferentes variables pronósticas.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo y analítico con pacientes que han desarrollado hematomas intracerebrales espontáneos y han requerido de ingreso en UCI en el periodo comprendido de enero de 2019 a junio de 2024. Se han recogido variables demográficas de los pacientes, actitud terapéutica y evolución clínica final. Se han realizado estadísticas descriptivas utilizando medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas, como análisis de frecuencias en las cualitativas. Se ha realizado el análisis estadístico mediante t de Student con muestras independientes. La significancia estadística se estableció para $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 215 pacientes durante el periodo de enero de 2019 a junio de 2024. De estos pacientes, 69 han fallecido en UCI o durante su hospitalización (32%), y 146 no han fallecido (67,9%). La edad media de los pacientes que no han fallecido es de 57 años, y la de los pacientes que sí han fallecido es de 62. El APACHE II medio de los pacientes que han fallecido es de 21, con respecto al APACHE II medio de los pacientes que no han fallecido que es de 15. La estancia media de los pacientes que fallecen es de 3,9 días, mientras que la estancia media de pacientes que no fallecen es de 20,71 días. De los pacientes que fallecen, 7 de ellos se realizó cirugía urgente y de los que no fallecen se les realizó a 60 pacientes. Se han encontrado diferencias significativas con respecto al APACHE II al ingreso ($p < 0,0001$), a la estancia en UCI ($p < 0,0001$) y a la edad ($p < 0,01$). Se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la realización de cirugía urgente con respecto a la mortalidad, con un OR de 0,16.

Conclusiones: En el análisis realizado sobre estos pacientes se aprecia que los pacientes que fallecen tienen una gravedad mayor al ingreso, una mayor edad y una estancia media menor en UCI. La realización de cirugía urgente se establece como factor protector con respecto a la mortalidad de los pacientes. Más estudios son necesarios para valorar los resultados en muestras mayores.

272. ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE NEUMONÍAS EN PACIENTES CON HEMATOMAS INTRACEREBRALES ESPONTÁNEOS INGRESADOS EN UCI

Macías Clemente J, Martínez Matencio J, Delgado Barroso A, Reina Martínez FJ, Gascón Castillo ML y Flores Cordero JM

Hospital de Rehabilitación y Traumatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar el desarrollo de neumonías en pacientes ingresados en UCI por hematomas intracerebrales espontáneos a las 24, 48 y más de 48 h, además del impacto en el pronóstico de estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico con pacientes que han ingresado en UCI por hematomas intracerebrales espontáneos en el periodo comprendido de enero de 2019 a junio de 2024. Se han recogido variables demográficas de los pacientes, evolución clínica y desarrollo de neumonías a las 24, 48 y más de 48 h de ingreso en UCI. Se han realizado estadísticas descriptivas mediante medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas, y análisis de frecuencias en variables cualitativas. Se ha realizado el análisis mediante t de Student para muestras independientes. La significación estadística se ha establecido para $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 215 pacientes entre los periodos comprendidos de enero de 2019 a junio de 2024. De estos pacientes, 69 han

fallecido en UCI o durante su hospitalización (32%), y 146 no han fallecido (67,9%). La estancia media de los pacientes que fallecen es de 3,9 días, mientras que la estancia media de los que no fallecen es de 20,71 días. De estos pacientes, 93 han desarrollado neumonía durante su ingreso en UCI (43,3%), 20 en las primeras 24h, 21 en las primeras 48 h, y 41 posteriormente. Se aisló microorganismo causante en 61 de ellas (66,3%). Se aprecian diferencias significativas con respecto a la estancia media, con una $p < 0,01$. En el análisis con respecto a la mortalidad, se ha obtenido que el desarrollo de neumonía puede tener efecto protector con un OR de 0,17, con una $p < 0,0001$.

Conclusiones: De los resultados obtenidos se aprecia que aquellos pacientes que fallecen tienen menor estancia media de forma estadísticamente significativa, y por lo tanto menor probabilidad de desarrollar neumonías adquiridas en UCI, motivo por el cual en el análisis hemos obtenido que los pacientes con neumonía fallecen menos de forma estadísticamente significativa. Se requieren más estudios para valorar la morbilidad y mortalidad de estos pacientes con respecto a las complicaciones infecciosas.

273. MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO QUE REQUIEREN INGRESO EN UCI

Casanova Prieto S, Arenal López S, García Olivares P, Gómez García JM, Rodríguez Pérez A, Díaz-Tejero Rodríguez A, Hernández López S, Ruiz Cacho R y Frías C

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

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con accidente cerebrovascular (ACVA) isquémico que requieren ingreso en la UCI de un hospital de tercer nivel con unidad específica de ictus.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, realizado en pacientes con ACVA isquémico ingresados en UCI del H.G.U. Gregorio Marañón durante los años 2022-2023. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, factores de riesgo de ACVA, escalas de gravedad (APACHE II y NIHSS (Escala de accidente cerebrovascular del Instituto Nacional de Salud de EE. UU)), arteria cerebral afectada, tratamiento específico utilizado, medidas de soporte orgánico, complicaciones durante estancia en UCI y desenlace final evaluado mediante escala Rankin (mRS). Variables cuantitativas expresadas como media $\pm$ SD, si distribución normal y mediana (RIC) en caso contrario. Variables cualitativas expresadas en porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 53% hombres, edad 68 años (59-78). I. Charlson 1 (0-3). Factores de riesgo para ACVA 2 (1-4), destacando: HTA 60%, dislipidemia 45%, tabaquismo 37%, DM 35%, ACVA previo 19% y fibrilación auricular 17%. Mayor afectación de circulación cerebral anterior (62%), siendo la arteria cerebral media la más frecuente 68% (43% izquierda). En la circulación posterior, la frecuencia de afectación fue: arteria cerebral posterior 21% y arteria basilar 18%. Escalas gravedad: APACHE II 20 ± 6 , NIHSS 13 ± 7 . Complicaciones durante estancia en UCI: hemorragia cerebral 18%, infecciones (NAVM 11%, BRCVC 5%) y SDRa 4%. Tratamiento: trombectomía mecánica 60%, fibrinólisis 20% y ambos tratamientos 16%. Necesitaron VMI 70%, con duración 2 días (0-5), requiriendo traqueostomía 16%. Estancia en UCI de 4 días (2-10) con mortalidad del 36% y estancia hospitalaria de 10 días (4-18) con mortalidad del 41%. Al alta hospitalaria, 65% de los pacientes presentaron un RSm desfavorable (*exitus* o discapacidad grave).

Conclusiones: Elevada mortalidad de los pacientes con ACVA isquémico que requirieron ingreso en UCI. De los que sobrevivieron, un elevado porcentaje presentaron discapacidad severa.

274. FACTORES DE RIESGO PARA PRONÓSTICO DESFAVORABLE EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO INGRESADOS EN UCI

Casanova Prieto S, Arenal López S, García Olivares P, Gómez García JM, Rodríguez Pérez A, Díaz-Tejero Rodríguez A, Hernández López S, Ruiz Cacho R y Frías C

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

Objetivos: Identificar los factores de riesgo para un pronóstico desfavorable en pacientes con accidente cerebrovascular (ACVA) isquémico que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en pacientes ingresados en UCI del H.G.U. Gregorio Marañón con ACVA isquémico durante los años 2022-2023. Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos, escalas de gravedad (APACHE II y NIHSS), arteria cerebral afectada, tratamiento específico utilizado, soportes orgánicos empleados y complicaciones. El pronóstico se valoró mediante la escala de Rankin (mRS) (pronóstico desfavorable ≥ 4 puntos). Análisis descriptivo expresado como media (DS) o mediana (RIC) para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Variables categóricas comparadas con test chi-cuadrado (RR) y cuantitativas mediante t Student. Factores asociados con pronóstico desfavorable obtenidos mediante análisis de regresión logística múltiple.

Resultados: 57 pacientes incluidos, edad 68 años (59-78), 53% varones. I. Charlson 1 (0-3), factores de riesgo ACVA 2 (1-4). Tratamiento específico 82% (trombectomía 60%, fibrinólisis 20% y ambos 16%), tiempo 90 minutos (60-120). Escalas gravedad: APACHE II 20 ± 6 , NIHSS 13 ± 7 . Requirieron VMI 70%, duración 2 días (0-5). Complicaciones 48%. Estancia en UCI 4 días (2-10) y hospitalaria 10 días (4-18). Pronóstico desfavorable 65%, mortalidad 41%. Factores relacionados con mal pronóstico en análisis univariante: edad ≥ 65 años (RR 2,33; IC95% 0,74-7,27), NIHSS ≥ 16 puntos (RR 2,34; IC95% 0,59-9,20), APACHE II > 22 (RR 3,73; IC95% 1,10-12,65), tratamiento específico (RR 0,68; IC95% 0,21-2,24), complicaciones UCI (RR 6,35; IC95% 1,73-23,25), factores de riesgo (RR 0,56; IC95% 0,10-3,14), Charlson < 2 puntos (RR 1,05; IC95% 0,34-3,21), circulación anterior (RR 1,55; IC95% 0,47-5,12) y VMI (RR 9,01; IC95% 2,48-33,11). Factores independientes asociados con pronóstico desfavorable en análisis multivariante: edad (OR 40,20; IC95% 1,16-1.393,56), VMI (OR 22,20; IC95% 1,14-430,57) y complicaciones UCI (OR 39,01; IC95% 2,17-700,93).

Conclusiones: Elevada morbilidad de los pacientes con ACVA isquémico ingresados en UCI. Los factores asociados con un pronóstico desfavorable fueron edad, ventilación mecánica y complicaciones en UCI.

275. REALIDAD DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS. ANÁLISIS DE 3 AÑOS

Pérez Cabo EM, Abajo Miranda A, Carballal de Vega AP, Gero Escapa M, Perea Rodríguez ME, Pajares Calvo M, Varona Sáez de Ibarra R, Zabalegui Pérez A, Vara Arlanzón R e Izco Larumbe Í

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

Objetivos: El estudio busca analizar las características clínicas, abordajes terapéuticos, complicaciones, mortalidad y secuelas neurológicas de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos (HUBU).

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados con HSA entre el 1-1-2021 y el 31-12-2024 en la UCI del HUBU. Se recopilaron variables clínicas y evolutivas, así como datos sobre los abordajes diagnósticos y terapéuticos. El análisis estadístico se basó en la distribución de porcentajes y las pruebas Chi cuadrado para variables cualitativas, y media y desviación estándar o mediana para variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyen 66 pacientes con edad media de 62 (± 12) años, el 62,1% mujeres y con una gravedad alta según las escalas Fisher (4 pts en el 69%), WFNS y Hunt-Hess (4 o 5 pts en el 40%) y APACHE II medio de 17,3 (± 8) pts. El 40,9% tenían HTA, el 28,7% fumaban y el 21,2% tomaban anticoagulantes y/o antiagregantes. Solo el 24,3% de los pacientes estaban realizando algún esfuerzo al debut, presentando un mayor APACHE II: 14 vs. 20 ($p < 0,05$). El 77,6% presentó cefalea, el 38,8% coma y el 2,9% sufrió PCR inicial. El 68,1% de las HSA fueron causadas por la rotura de un aneurisma, en su mayoría de la ACoA (31%) y ACI izquierda (20%). Los aneurismas fueron cerrados en 16,5 [8;37] h, por neurocirugía (4,4%) y radiología intervencionista (91,1%) mayoritariamente con coils. Como complicaciones: vasoespasmo (34,8%), hidrocefalia (28,8%), hipertensión intracraneal (39,4%), isquemia cerebral tardía (18,2%) y resangrado (4,5% siendo todos < 70 años). El vasoespasmo se produjo a los 5,04 ($\pm 3,6$) días de media, diagnosticado mediante conjunción de pruebas, según el protocolo de la UCI, con DTC (82,6%), angioTC (56,5%) y arteriografía (56,5%). Fue más frecuente en mujeres (76,9%) y en < 70 años (95,7%) y en las ACM. Se trató con nimodipino vo e HTA y con intervención endovascular (78%). La mortalidad intra-UCI fue del 30,3%, el 60% por muerte encefálica. El 33,3% tuvo un Rankin 0-1 al alta y un 51,5% presentó mejoría a los 6 meses.

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes son jóvenes y mujeres, con HTA y tabaquismo como factores de riesgo. Las más frecuentes

fueron las HSA por aneurisma en la ACoA, siendo embolizadas en < 24 h. A pesar de la profilaxis con nimodipino, un 34% presentaron vasoespasmo, requiriendo la mayoría de intervención endovascular, siendo más frecuente en < 70 años. La mortalidad fue similar a las series publicadas, al igual que el Rankin al alta de UCI, objetivando una mejoría de este último a los 6 meses del alta.

16:35-18:05 h

SALA C5

PÓSTERES ORALES

DONACIÓN Y TRASPLANTES 1

Moderadores: Jesús Emilio Barrueco Francioni, Hospital Universitario Regional, Málaga
María Teresa Aldabó Pallás, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

276. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE BACTERIEMIA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE PULMONAR

Hermoso Díez M, Mora Cuesta V, Iturbe D y Suberviola Cañas B

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: La presentación de bacteriemia en el posoperatorio inmediato de trasplante pulmonar conlleva un incremento de la morbilidad. El conocimiento de los factores asociados a la presentación de la misma podría permitir un diagnóstico y tratamiento precoces mejorando el pronóstico de los pacientes. El objetivo de este estudio es identificar estos factores.

Tabla 1: características de la población a estudio.

	Bacteriemia SI n=26	Bacteriemia NO n=216	Valor de p
Edad (años), media $\pm$ DE	53,1 $\pm$ 13,0	59,4 $\pm$ 7,6	0,001
Sexo (varón), n (%)	18 (69,2%)	127 (58,8%)	0,39
Patología de base, n (%)			
EPOC	7 (26,9%)	95 (44%)	0,006
EPID	12 (46,2%)	91 (42,1%)	
Bronquiectasias	6 (23,1%)	11 (5,1%)	
Hipertensión pulmonar primaria	1 (3,8%)	5 (2,3%)	
Otros	0 (0%)	14 (6,5%)	
Hipertensión pulmonar preTX, n (%)	16 (61,5%)	165 (76,4%)	0,14
Índice masa corporal, media $\pm$ DE	24,5 $\pm$ 4,04	25,3 $\pm$ 9,1	0,70
Trasplante bipulmonar, n (%)	26 (100%)	208 (96,3%)	0,61
Mal emparejamiento CMV, n (%)	7 (26,9%)	30 (13,9%)	0,08
ECMO en cirugía, n (%)	4 (15,4%)	11 (5,1%)	0,05
Tiempo cirugía (minutos), media $\pm$ DE	309,2 $\pm$ 67,5	284,8 $\pm$ 60	0,05
Necesidad de trasfusión, n (%)	10 (38,5%)	48 (22,2%)	0,08
Infunción primaria de injerto, n (%)	8 (32%)	58 (26,9%)	0,63
Infección año previo a trasplante, n (%)	13 (50%)	73 (33,8%)	0,12
Necesidad de ECMO postrasplante, n (%)	2 (7,7%)	7 (3,2%)	0,25
Días de ECMO, media $\pm$ DE	68,5 $\pm$ 50	51,4 $\pm$ 37,6	0,60
Días de ventilación mecánica, media $\pm$ DE	2,2 $\pm$ 2,5	2,0 $\pm$ 2,9	0,81
Traqueostomía, n (%)	1 (3,8%)	13 (6%)	0,99
Días de estancia en UCI, media $\pm$ DE	5,6 $\pm$ 5,1	5,6 $\pm$ 6,6	0,98
Días de estancia hospital, media $\pm$ DE	24,1 $\pm$ 7,2	26,5 $\pm$ 15,6	0,45
Exitus a los 28 días; n (%)	0 (0%)	7 (3,2%)	0,99

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de cohortes incluyendo a pacientes ingresados en la UCI del H.U. Marqués de Valdecilla tras realizarse un trasplante pulmonar entre enero de 2019 y abril de 2024. Por protocolo, se extraen 2 frascos de hemocultivos en el momento de ingreso en UCI tras finalizar el trasplante. Se identificaron los episodios de bacteriemia de acuerdo a los criterios IDSA. Las variables continuas se

expresaron como media $\pm$ DE o mediana y rango intercuartílico si la distribución fue no normal. Las variables cualitativas se expresaron como su valor absoluto acompañado de su porcentaje. La comparación de las medias de las variables continuas de ambos grupos se efectuó mediante el análisis de la varianza, o mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis cuando estuvo indicado. La comparación de proporciones se realizó mediante la prueba de la χ^2 , con la corrección de Yates cuando estuvo indicada. Se tomó un riesgo alfa con una $p < 0,05$ para considerar una relación estadísticamente significativa. Se efectuó un análisis univariable para determinar la asociación de las diferentes variables con presentar bacteriemia.

Resultados: Se incluyeron 242 pacientes cuyas características se describen en la tabla. De los 242, 26 (10,7%) presentaron bacteriemia en las primeras 48 horas. Los microorganismos aislados fueron mayormente gram + (53,85%) y *P. aeruginosa* (11,54%). Los factores asociados a presentar bacteriemia en el análisis univariable fueron la edad, la patología responsable del trasplante, la necesidad de ECMO en la cirugía y el tiempo de duración de la misma (tabla). La necesidad de trasfusión intraoperatorio y el mal emparejamiento CMV donante-receptor demostraron tendencia a la significación, sin alcanzarla.

Conclusiones: Los pacientes trasplantados de pulmón con bronquiectasias como patología que motiva el trasplante y aquellos que presentan cirugías más prolongadas y con necesidad de ECMO tienen mayor riesgo de presentar bacteriemias precozmente tras el trasplante.

277. DONACIÓN DE TEJIDO CORNEAL. ¿CÓMO LO HACEMOS?

Flores Caballero B

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Analizar las características de los posibles donantes de tejido corneal y describir el procedimiento de donación en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (C.H.U.O.).

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes candidatos para donación de córneas en el C.H.U.O. entre 2022-2024. Hospital de segundo nivel con protocolo implantado en 2021 exclusivo para extracción de tejido corneal. Se analizaron características demográficas, clínicas, y del proceso de extracción. Las variables cuantitativas se expresan como mediana [p0,25, p0,75] y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se recogieron 334 pacientes posibles donantes detectados. La mayoría fueron varones (59,6%). La mediana de edad fue de 70 años. Los servicios generadores más frecuentes fueron Oncología (50,6%), Paliativos (26,9%) y UCI (10,2%). Las patologías más frecuentes de los posibles donantes fueron principalmente Neoplasias (74,67%) de las cuales las más frecuentes fueron de origen digestivo (35,6%), origen pulmonar (17,7%) y origen urológico (6,6%), seguidas de patologías cerebrovasculares (9,6%) siendo dentro de esta el accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico el 62,5% y el ACV isquémico el 37,5% de los casos, y en tercer lugar la encefalopatía anóxica (2,4%). No fueron donantes 189 (58,4%), de los cuales 50,3% negaron la donación (El 25,3% la negaron en vida y en el 74,7% hubo negativa familiar), 23,3% presentaban algún tipo de contraindicación médica y en el 21,2% no nos avisaron. En el 2,6% hubo incapacidad de realizar la entrevista y en el 2,6% restante se presentaron problemas logísticos. La extracción se realizó el 95,69% por la Coordinación de trasplantes (53,69% por Enfermería y 41,73% por un médico intensivista) y el 4,31% por Oftalmología. De los posibles donantes se valoraron un 20,7% en el 2022, un 44,6% en el 2023 y un 34,7% en el 2024, siendo extraídas un 19,3% en 2022, un 42,1% en 2023 y un 38,6% en 2024.

Conclusiones: Los potenciales donantes de córneas son mayoritariamente varones con patología oncológica con neoplasias de origen del sistema digestivo. La causa principal para no extraer córneas fue la negativa familiar. Médicos intensivistas con formación específica extrajeron casi la mitad del tejido corneal donado. Desde la implantación del protocolo de donación de córneas hubo un aumento en valor absoluto en la extracción de tejido corneal.

278. UN AÑO DE NUEVA VIDA: REFLEXIONES Y APRENDIZAJES EN TRASPLANTE PULMONAR EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE GRAN CANARIA

Gallardo Santos ME, Machín Vico FM, Díaz Díaz JJ, Sánchez Cesteros C, Lapi Cerezo FJ, Lübke Vázquez CF, Sánchez Ramírez C y Romero Luján JL

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

Objetivos: Describir las características, complicaciones más frecuentes y evolución de pacientes sometidos a trasplante bipulmonar.

Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de pacientes postrasplantados pulmonares que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos/Reanimación del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrin desde el inicio del programa de trasplante pulmonar en julio 2023 hasta diciembre 2024. Se recogieron datos demográficos, clínicos, valores propios relacionados con el trasplante y complicaciones principales. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo empleando frecuencias absolutas para las variables categóricas, mientras que las variables continuas se resumieron mediante medias y desviación estándar (DE).

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes trasplantados bipulmonares (únicamente uno en urgencia 0), siendo el sexo predominante el masculino (69,6%), con una edad media de 58,35 años (DE $\pm$ 6,80). La enfermedad diagnóstica principal motivo del trasplante fue la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (56,5%) seguido de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (39,1%) y en último lugar la fibrosis pulmonar idiopática (4,3%). En cuanto al acto quirúrgico, analizamos un tiempo medio de isquemia del pulmón derecho de 336,43 minutos (DE $\pm$ 104,95) y del izquierdo de 369,87 minutos (DE $\pm$ 86,39), precisando asistencia con circulación extracorpórea un 52,2% pero únicamente un 21,7% tuvo que ser mantenida en el posoperatorio inmediato (ECMO VV 17,4% y ECMO VA 4,3%) con una media de 6 días (DE $\pm$ 5,7). En cuanto al postrasplante, el 100% de los pacientes tuvieron disfunción primaria del injerto al ingreso, predominando grado 0 (34,8%) y grado 3 (30,4%), siendo la complicación más frecuente el fracaso renal (47,8% de los cuales el 13% necesitaron terapia de reemplazo renal continua) seguida de neumonías/traqueobronquitis (21,7%/13%) y paresia diafragmática (17,4%). Únicamente 2 pacientes (8,7%) tuvieron que ser reintervenidos por hemorragia. La media de días de ventilación mecánica fue de 10,13 (DE $\pm$ 14,18), precisando 6 pacientes (26,1%) realización de traqueostomía percutánea. La media de ingreso en UCI/Reanimación fue de 25,43 días (DE $\pm$ 34,95) con una supervivencia del 78,3% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestro primer año de experiencia se han trasplantado 23 pacientes con diagnóstico fundamental de EPOC con una supervivencia del 78,3%. Todos desarrollan algún grado de DPI, siendo la complicación más frecuente el fracaso renal.

279. TRASPLANTE CARDIACO EN CANARIAS: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA

Romero Luján JL, González Morales L, Roldán Furelos L, Estupiñán Díaz A, San Martín Bragado M, Sosa Domínguez Y, Groba Marco MDV, Cabrera Santana EM, García Quintana A y Portela Torón F

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

Objetivos: Describir la experiencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin (HUGCDN) como centro de referencia autonómico de trasplante cardíaco (TC) en Canarias durante los primeros 5 años.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo donde se analizan nuestros resultados de la totalidad de pacientes trasplantados cardíacos en 5 últimos años. Se comparan marcadores con índice nacionales del 2023 (IN). Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias ($\pm$ DE) o medianas (IQR).

Resultados: De 4 de diciembre de 2019 a 31 de diciembre de 2024 se han trasplantado 98 pacientes, más de 10 por millón de población (pmp)/año, superior al 7,1 pmp de la media nacional del 2024. La edad media de receptores fue 55,22 (16;71) años (IN = 49,5 años). La mediana de espera en lista es de 28 días (0;380) días (IN = 84 días). En nuestro programa TC solo el 3% de los donantes procedían de fuera de la Comunidad Autónoma de Canarias (IN = 43%). El TC en urgencia 0 supone el 8,16% (IN = 45%). Desde el comienzo de programa de donación en asistolia controlada en TC, este donante supone el 28% de nuestros TC (IN = 11,7%), siendo el tercer hospital de España en TC de este tipo por pmp. El tiempo de isquemia total medio fue de 153,9 $\pm$ 47,5 minutos. La estancia media en UMI de 12,8 $\pm$ 22,6 días (mediana 6,5 días). La supervivencia al año del TC fue de 95,7% (IN = 83%).

Conclusiones: Los pacientes residentes en Canarias en los últimos 5 años han tenido más posibilidades de ser trasplantados que la media nacional, situando a nuestra comunidad como la tercera mejor comunidad del estado. Nuestros receptores son mayores que la media nacional. Somos la comunidad que menos porcentaje de corazones recibe de otras comunidades y confirma así, el alto grado de autosuficiencia del programa de trasplante cardíaco de Canarias. Los pacientes trasplantados en

el HUGCDN son los que menos tiempo han estado en lista de espera en todo el estado. La supervivencia al año del trasplante cardíaco realizado en el HUGCDN es mayor a la publicada en el último registro de trasplantes cardíacos realizados en España.

280. INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN SHOCK CARDIOGÉNICO INGRESADOS EN UCI A LA ESPERA DE TRASPLANTE CARDIACO ELECTIVO

Romero Luján JL, Sosa Domínguez Y, Roldán Furelos L, Estupiñán Díaz A, González Morales L, San Martín Bragado M, Fernández de Sanmamed Girón M, Díaz Díaz JJ, Urso S y Gracia-Biosque Rodríguez J

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

Objetivos: Por la idiosincrasia de nuestro programa de trasplante cardíaco (TC) en Canarias, región ultraperiférica de Europa, solo el 3% de los donantes procedían de fuera de la Comunidad Autónoma de Canarias (Índice nacional 2023 (IN) = 43%). El TC en urgencia 0 supone el 8,16% (IN = 45). Nos planteamos en este estudio analizar los resultados de los pacientes ingresados en UCI por insuficiencia cardíaca avanzada (ICCA) en shock cardiogénico SCAI C (INTERMACS 2) en espera de trasplante cardíaco electivo.

Métodos: Análisis descriptivo y prospectivo de todos los pacientes ingresados por ICCA en shock cardiogénico SCAI C en espera de TC electivo en UCI cardiológicos y cirugía cardíaca de 10 camas, en un hospital terciario de referencia regional, desde el 4 de diciembre de 2019 al 31 de diciembre de 2024. Las variables categóricas se expresan como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias ($\pm$ DE) o medianas.

Resultados: En los primeros 5 años del programa de TC en Canarias se han trasplantado 98 pacientes (más de 10 por millón de población anual). Un total de 15 pacientes ingresaron por ICCA en shock cardiogénico SCAI C. De ellos, en 1 paciente (6,6%) se realizó adecuación del soporte, 2 pacientes (13,2%) se escalaron a ECMO VA y terminaron siendo trasplantados en Urgencia 0, y 12 pacientes se trasplantaron de forma electiva estando en UCI (80%). De este grupo de 12 pacientes (12,2% del total de pacientes trasplantados), el 52% eran miocardiopatías dilatadas familiares y el 48% isquémicas. La edad media fue de 52 ± 11 años, APACHE 19 ± 5 . Todos los enfermos estaban en tratamiento con inotrópicos y/o vasopresor, y 10 (75%) con balón de contrapulsación aórtico (BCPA) por vía femoral. La media de días de BCPA fue de 15 ± 18 días, con una mediana de 5 días. Todos se trasplantaron. La estancia posoperatoria fue de 26 ± 45 días, con una mediana de 9 días (estancia resto TC electivo en Canarias de 13 ± 22 días, mediana 6,5 días). La supervivencia en UCI postrasplante fue de 100% (supervivencia resto TC electivo de 95,92%), y actualmente todos sobreviven.

Conclusiones: El BCPA ha demostrado ser una asistencia suficiente para estabilizar a la mayoría de los pacientes que ingresan con ICCA en shock cardiogénico SCAI C en espera de TC. La estancia posoperatoria de estos enfermos es mayor que el resto del TC electivos. Los resultados de supervivencia tras el TC son superponibles al resto de trasplantados de forma electiva.

281. EVALUACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL DURANTE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA PORTÁTIL

Soto Segado P¹, Asensio Rodríguez M¹, Jimena Pérez R¹, Vázquez Andrés G¹, Fernández González M¹, Lucas Galán C¹, Navarro Vicente A¹, Mateos Llosa M¹, Domínguez-Gil B² y Moya J¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²ONT, Madrid.

Objetivos: Demostrar ausencia de perfusión cerebral mediante realización de gammagrafía cerebral con gammacámara portátil en los donantes en asistolia controlada tras la declaración de muerte y el inicio de perfusión regional normotérmica (PRN).

Métodos: Se muestran un total de 9 donantes en asistolia controlada en este estudio. En tres se realizó PRN toraco-abdominal y en el resto PRN abdominal. La inyección del radiotrazador se realizó a los 10 minutos de la declaración de muerte a través de la cánula arterial del circuito extracorpóreo, con adquisición de imágenes a los 5 minutos de la inyección del radiotrazador. La interpretación de imágenes se llevó a cabo por parte de médicos especialistas en Medicina Nuclear *in situ*.

Resultados: En todos los casos, la gammagrafía reveló la ausencia de perfusión en corteza cerebral y tronco del encéfalo.

Sexo	Edad	Patología	PRN	Gammagrafía
Mujer	75	Ictus hemorrágico	PRN-A	Ausente
Varón	45	Enfermedad pulmonar	PRN-TA	Ausente
Varón	77	Eutanasia	PRN-A	Ausente
Mujer	70	Enfermedad pulmonar	PRN-A	Ausente
Varón	69	Tumor SNC	PRN-A	Ausente
Varón	64	TBI	PRN-A	Ausente
Varón	43	Enfermedad pulmonar	PRN-TA	Ausente
Varón	42	TBI	PRN-TA	Ausente
Varón	68	Ictus hemorrágico	PRN-A	Ausente

Conclusiones: La ausencia de flujo cerebral constatada por gammagrafía en los donantes en asistolia controlada respalda la parada circulatoria cerebral lo que respeta el principio de permanencia de muerte y resuelve las inquietudes éticas sobre esta técnica.

282. OPTIMIZACIÓN DE LA DONACIÓN TISULAR EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA INSTAURACIÓN DE UNA ENFERMERA DE TEJIDOS

Suárez Carrillo SA, Garcés Jimeno B, Pérez González V, Villanueva Fuentes C, Anglada Olivas M, Boronat García P, Catalán Eraso B, Farré Estebe A, Campos Gómez A y Blanco Torres C

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Analizar el impacto de la incorporación de una enfermera de tejidos en el número de donantes tisulares en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se consideraron todas las muertes de nuestro hospital (1016 defunciones) comprendidas en el periodo de nov-2023 a nov-2024 como posibles donantes tisulares. Se describieron características tales como la detección, problemas logísticos, no aviso a la enfermera, potenciales donantes tisulares valorados, contraindicaciones médicas, negativas familiares, escapes y donantes reales. Se analizaron los datos desde nov-2022 a nov-2023, y se compararon con los datos conseguidos el siguiente año tras la incorporación de una enfermera de tejidos (14-21 h).

Resultados: Se detectaron 868 casos, un 30,76% no se valoraron por problemas logísticos, un 1,15% no se avisó a la enfermera y finalmente un 68,09% se evaluaron como posibles donantes. De todos los casos evaluados como posibles donantes (591 casos), un 70,05% presentaron una contraindicación médica, 14,89% fueron negativas familiares, un 0,68% fueron escapes y finalmente un 14,38% fueron donantes reales (85). De estos 85 donantes reales, un 64,71% fueron donantes solo de córneas y 35,29% fueron donantes multitisulares. Se consiguieron 84 córneas (un 98,82% de todos los donantes reales). Tras analizar los datos con el test estadístico pertinente. Se evidencia un aumento en la tasa de detección de forma significativa en el segundo periodo (del 6,62% al 85,43% con $p < 0,05$). También en la tasa de casos evaluados como posibles donantes tisulares, siendo de 591 frente a 61 evaluados en el primer periodo (del 6,62% al 58,17% con $p < 0,05$). Hay un aumento de la tasa de donantes reales (del 6,62% al 8,37%) aunque no de forma estadísticamente significativa, pero sí lo es en la donación corneal únicamente, siendo de 29 frente 55 (del 3,15% al 5,41% con una $p < 0,05$), con una donación multitisular y córneas totales que no aumentan de forma significativa.

TEJIDOS	Nov. 2022 – Nov. 2023	Nov. 2023 – Nov. 2024
Muertes hospitalarias (Posibles donantes)	921	1016
Detectados	61 (6,62%)	868 (85,43%)
Evaluados	61 (6,62%)	591 (58,17%)
Donante Real	61 (6,62%)	85 (8,37%)
Córneas solo	29 (3,15%)	55 (5,41%)
MTX	32 (3,48%)	30 (2,95%)
Córneas totales	58 (6,30%)	84 (8,27%)

Conclusiones: La incorporación de una enfermera de tejidos en un turno de tarde incrementa de forma significativa el número de detección, evaluación y donantes corneales. El registro de la actividad de

donación tisular evidencia la necesidad de cubrir los turnos de mañana y noche para dar salida a los 267 casos no detectados como posibles donantes tisulares.

283. TRASPLANTE CARDÍACO CON DONANTE EN MUERTE ENCEFÁLICA VS. DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA EN CANARIAS. ¿HAY DIFERENCIAS?

Roldán Furelos L¹, Romero Luján JL¹, San Martín Bragado M¹, Estupiñán Díaz A¹, Sosa Domínguez Y¹, González Morales L¹, Tout Castellano M¹, Galván Ruiz M¹, Doñate Bertolín L¹ y Saavedra Santana P²

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: Experiencia de un programa de trasplante cardíaco (TC) desarrollado en una UCI de un hospital de referencia, desde diciembre 2019 hasta noviembre 2024, comparando donantes en muerte encefálica (ME) con donantes en asistolia controlada (DAC).

Métodos: Análisis prospectivo y comparativo de pacientes sometidos a TC en la UCI de cardiológicos y cirugía cardíaca de un hospital de referencia regional desde diciembre 2019 a noviembre 2024. Se obtuvieron del registro clínico los datos demográficos, datos clínicos y valores propios relacionados con el TC, así como su evolución y complicaciones. El análisis univariado se llevó a cabo empleando frecuencias absolutas para las variables categóricas, las variables continuas se resumieron mediante medias y desviación estándar cuando los datos siguieron una distribución normal, y medianas y rangos intercuartiles cuando la distribución se apartó de la normalidad. La significación estadística fue $p < 0,05$.

Resultados: Se trasplantaron 95 pacientes, 78 con donante en ME (82,1%) y 17 en DAC (17,8%). La media de edad de donantes en ME ($46,5 \pm 13,0$) fue menor que en los DAC ($51,2 \pm 9,6$) ($p 0,16$). El 98% donantes generados en Canarias. En comorbilidades previas del receptor, como enfermedad renal crónica, hipertensión pulmonar o cirugía cardíaca previa, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La edad media de receptores en ME fue 55,6 años y en DAC 52,3 años. De los receptores, el 15,7% (15/95) presentaban situación de shock cardiogénico, 100% portaban balón contrapulsación. En el posoperatorio, 5,2% (5/95) precisaron ECMO, siendo el porcentaje mayor en pacientes en DAC (2/17, 11,8%) ($p = 0,60$). El 23,2% (22/95) de pacientes desarrollaron disfunción del VD: 15/78 donantes ME y 7/17 DAC ($p 0,06$). El 51,2% pacientes desarrollaron fracaso renal, el 26,3% (26/95) con terapia continua de depuración extrarrenal, sin diferencias entre ME y DAC. El 80% (76/95) presentaron acidosis láctica aislada, más en los pacientes DAC (16/17, 94%) ($p 0,18$). El BCIA se precisó en 15/95 pacientes, sin diferencia por grupos (15,4% ME vs. 17,6% DAC). El tiempo de isquemia fue menor en los TC con DAC, 126 min (107;165) $p 0,06$. La supervivencia en ambos grupos fue $> 94\%$.

Conclusiones: No se realizó selección del receptor por tipo de donante. La morbilidad es similar en ambos grupos. El TC en Canarias de DAC es tan eficiente como el de donante ME. El aumento de DAC cardíaco permite aumentar el número total de donantes, y hace el programa en Canarias casi autosuficiente.

284. APLICACIÓN DE LA ESCALA STABLE EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON SOPORTE ECMO COMO PUENTE A TRASPLANTE PULMONAR

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Comparar la mortalidad intrahospitalaria estimada por la escala STABLE (Stratification Risk Analysis in Bridging Patients to Lung Transplant on ECMO) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que recibieron soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como puente a trasplante pulmonar (PTP).

Métodos: Estudio retrospectivo (2021-2024) que incluye pacientes ingresados en UCI que recibieron soporte con ECMO como PTP en un hospital de tercer nivel con un volumen de trasplantes pulmonares (TP) > 50 /año. Estancia en UCI definida como la suma de estancia pre y post-TP. Mortalidad intrahospitalaria real definida como fallecimiento desde

el día de ingreso hospitalario hasta el alta a domicilio. Mortalidad intrahospitalaria teórica estimada por la escala STABLE con los datos obtenidos a través de la historia clínica electrónica. Se realiza área bajo la curva (AUC) de la mortalidad real y teórica (STABLE). Variables cualitativas expresadas: % (valor absoluto) y cuantitativas: media $\pm$ DE (distribución normal) o medianas (p25-p75; distribución no normal). Normalidad: test de Shapiro-Wilk.

Resultados: Durante el periodo de estudio se identificaron 15 pacientes con soporte ECMO como PTP. Edad media 59 ± 9 años, 60% ($n = 9$) varones. Patología pulmonar principal: enfermedad pulmonar intersticial difusa tipo no fibrosis pulmonar 53,3% ($n = 8$). El 42,9% ($n = 6$) se encontraban en estudio pre-TP al momento de ingreso hospitalario y el 35,7% ($n = 5$) en lista pre-TP, con valores de escala LAS (Lung Allocation Score) 88 (81-90) puntos. Previo a TP o fallecimiento recibieron terapia renal sustitutiva por fracaso renal agudo 13,3% ($n = 2$); el 7,1% ($n = 1$) obtuvo valores de Br $> 1,2$ mg/dl y el 40% ($n = 6$) requirió intubación orotraqueal en UCI con liberación de la ventilación mecánica (VM) tras soporte ECMO en un 50% ($n = 3$). Mediana lista pre-TP hasta muerte o TP: 25 (12,5-53,5) días. Mediana de VM hasta TP o muerte 4,5 (2-18,3) días, duración mediana de soporte ECMO 4 (2-4) días. Estancia UCI 27 (8-42) días. Mortalidad intrahospitalaria real 33,3% ($n = 5$). Escala STABLE $6,20 \pm 4,2$ puntos. AUC ROC escala STABLE 0,78 (IC95 0,51;1,00); AUC ROC mortalidad estimada 0,79 (IC95 0,53;1,00).

Conclusiones: En nuestra muestra, la probabilidad de muerte estimada tanto por la puntuación como por la mortalidad predicha de la escala STABLE se correlacionan adecuadamente con la mortalidad real. Sin embargo, debido al bajo poder estadístico del estudio, no es posible definir un límite en la puntuación STABLE a partir del cual exista mejor correlación con la mortalidad real.

285. ¿POR QUÉ NO HAN SIDO DONANTES DE ÓRGANOS NUESTROS PACIENTES?

González Santamaría M

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Analizar los motivos de no donación de potenciales donantes en el Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), hospital de segundo nivel, con Neurocirugía, sin Neurorradiología, entre 2020 y 2024.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los motivos de no donación en pacientes evaluados como potenciales donantes por la Coordinación de Trasplantes del CHUO desde 2020 hasta 2024. Se analizan las características demográficas, clínicas, logísticas y del proceso de donación. Las variables cuantitativas se expresan como mediana [p0,25, p0,75] y las cualitativas como porcentaje.

Resultados: De 183 posibles donantes, 114 no fueron donantes reales. De los no donantes la mayoría fueron hombres (57,9%) de mediana 72 años (60,78). Subtipos: posible donante en asistolia (50,9%); potencial donante en asistolia (28,1%); posible donante en muerte encefálica (ME) (4,4%); potencial donante en ME (6,1%). Un 20% presentó exploración compatible con ME, confirmando el diagnóstico en un 11%. La mayoría de los no donantes se valoraron como posibles donantes en asistolia. Unidad de ingreso más frecuente: UCI (83,3%). Procedencia: Urgencias (79,8%), Neurología (5,3%) y Medicina Interna (4,4%). Causas más frecuentes de *exitus*: 50% accidente cerebrovascular agudo (ACVA) (hemorrágico 36%); encefalopatía anóxica (30,7%) y traumatismo craneoencefálico (TCE) (13,2%). Motivos de no donación: 46,5% contraindicaciones médicas [fallo multiorgánico (FMO) (26,4%); enfermedad tumoral maligna (22,6%); patología crónica (17%)]; negativa familiar (23,7%) y edad (17,5%). Características de las negativas familiares: 88,9% entrevistados por Coordinación; lugar más habitual UCI (77,8%); 55,6% tras adecuación del tratamiento de soporte vital (ATSV); 88,9% familiares 1.º grado; 59,3% mujeres; 44,4% nivel sociocultural bajo. Principales motivos de negativa: desconocer deseo del paciente (29,6%) y negativa previa del paciente (29,6%). Solo 2 pacientes presentaban documento de instrucciones previas. Un 10,5% ingresaron como cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD).

Conclusiones: Los motivos más frecuentes de no donación fueron las contraindicaciones médicas y las negativas familiares. La contraindicación médica más frecuente fue el FMO. El perfil de entrevistado relacionado con la negativa fue: mujer, familiar de 1er grado y nivel sociocultural bajo. El desconocimiento de la voluntad sobre la donación del fallecido fue la causa más frecuente de negativa familiar. El porcentaje de no donantes ingresado como CIOD fue bajo en nuestra unidad.

286. EMPLEO DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN LOS PACIENTES DONANTES DE HÍGADO

Navarro Palma E

Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Descripción del uso de la elastografía hepática (EH) en los pacientes candidatos a donación de hígado en una unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de referencia provincial.

Métodos: Estudio descriptivo de pacientes candidatos a donación de órganos en una UCI de referencia provincial entre los meses de agosto y diciembre de 2024. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje y las cuantitativas, tras comprobar que sí seguían una distribución normal, mediante media $\pm$ desviación estándar. Para determinar la EH se utilizó el FibroScan® Expert 630 (Echosens).

Resultados: Durante los cinco meses del periodo de estudio se incluyeron a 14 pacientes potencialmente donantes de hígado. Cuatro fueron mujeres (28,6%), cuya mediana de edad fue 61,93 $\pm$ 12,6 años. En cuanto a valores analíticos: glutámico oxalacético transaminasa (GOT) 43 $\pm$ 49,3 U/l, glutámico pirúvico (GPT) 31,8 $\pm$ 31,7 U/l, gamma-glutamyl transferasa (GGT) 63 $\pm$ 48,6 U/l, bilirrubina total (BT) 0,79 $\pm$ 0,33 mg/dl, bilirrubina directa 0,48 $\pm$ 0,21 mg/dl, tiempo de protombina (TP) 87,5 $\pm$ 10,7%, tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPA) 30,0 $\pm$ 3,60 segundos, INR 1,14 $\pm$ 0,16, EH 11,47 $\pm$ 7,08 kPa y esteatosis hepática 230,0 $\pm$ 62,87 dB/m. La prueba de EH demostró los siguientes niveles de fibrosis: nivel 1: escaso riesgo de progresión a cirrosis (< 7 kPa) en 5 pacientes (35,7%), nivel 2: fibrosis moderada (7 - 9,4 kPa) en 2 pacientes (14,3%), nivel 3: fibrosis avanzada (9,4-12 kPa) en 2 pacientes (14,3%) y nivel 4: fibrosis grave (> 12 kPa) en 5 pacientes (35,7%). Dos de los hígados candidatos a donación no fueron válidos para ser trasplantados (14,3%). Uno de ellos presentaba cirrosis macroscópica con nódulos de regeneración y en el otro se encontró carcinomatosis peritoneal.

Conclusiones: La donación hepática es un proceso frecuente en nuestra unidad y lleva asociado un elevado consumo de recursos. La elastografía hepática podría utilizarse como método no invasivo de evaluación del grado de fibrosis hepática, para determinar la validez del hígado candidato a trasplante y así ahorrar recursos, evitando la activación del equipo de trasplantes en algunos pacientes.

287. TRASPLANTE PULMONAR: NECESIDAD DE SISTEMAS DE CIRCULACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN EL PERIOPERATORIO

Amat Serna T¹, Bermúdez Ruiz C², Robles Salas MP³, Carmona Sánchez P², De la Fuente Martos C² y Robles Arista JC²

¹Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: El aumento de pacientes trasplantados de pulmón en nuestro hospital ha tenido un incremento significativo en los últimos años. En ocasiones estos pacientes precisan de implantación de un sistema de ECMO durante la intervención. Vamos a analizar los casos de los pacientes que precisan dicho soporte en el periodo posquirúrgico tras un trasplante pulmonar.

Métodos: Se han analizado los pacientes que se han sometido a un trasplante pulmonar desde el año 2009 hasta noviembre del 2024 en el Hospital Reina Sofía de Córdoba y que han precisado de implante de un soporte mecánico tipo ECMO para manejo de diversas complicaciones. Se ha realizado un análisis descriptivo y de mortalidad con SSPS 17.

Resultados: 104 pacientes trasplantados de pulmón precisaron implante de ECMO, edad 56 años (17-69), 71% varones. Al ingreso: APACHE II 22(12-42) y SOFA 9 (5-17). Indicación de ECMO: disfunción primaria injerto 35 pacientes, inicio programado de trasplante 38 pacientes, 10 por disfunción de ventrículo derecho, 7 DRA no filiado, 4 shock cardiogénico, 4 otras causas, 3 por dehiscencia sutura bronquial y 3 como puente a trasplante. En 80 pacientes soporte ECMO VA (50 periféricas y 22 centrales), 24 pacientes ECMO VV; 8 pacientes primero soporte AV periférico y después VV. Complicaciones técnicas: 21 pacientes sangrado, trombosis en 3 e isquemia arterial en uno. Infecciones (55%): NAVM 50 pacientes, 3 bacteriemias primarias, 3 infecciones pericánula y un shock séptico foco no filiado. 34 pacientes necesitaron TRRC. Todos precisaron VMI, con una mediana de 19 días (1-210) y traqueostomizados 40 pacientes (38%); días de ingreso en UCI 22 (1-260). Fallecieron 51 pacientes (34 durante la asistencia). Hay una relación estadísticamente

significativa entre mortalidad y los scores pronósticos APACHE II (24 $\pm$ 5 vs. 21 $\pm$ 3; p.001, OR 4,83 (2,90-6,76)) y SOFA (10 $\pm$ 2 vs. 8 $\pm$ 1; p < 0,001, OR 2,30 (1,48-3,12)); pero no existe relación con las complicaciones infecciosas, estancia en UCI ni días de VM.

Conclusiones: El trasplante pulmonar se trata de una cirugía de alto riesgo, la experiencia ocasiona adelantarse a las complicaciones y por ello en numerosas ocasiones se implanta la ECMO de forma programada durante la intervención. Las complicaciones infecciosas son frecuentes en este tipo de pacientes con scores pronósticos elevados, pero sin relación con la mortalidad. Si en cambio la gravedad del paciente en las primeras 24 horas de ingreso, se relaciona de forma estadísticamente significativa con la mortalidad.

288. UN DESAFÍO TÉCNICO: LA PRESERVACIÓN CARDÍACA EN DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE

Navarro Vicente A, Soto Segado P, Sánchez Gómez J, Asensio Rodríguez M, Fernández González M, Vázquez Andrés G, Lucas Galán C, Jimena Pérez R y Moya Sánchez J

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Describir el procedimiento de preservación cardíaca en donación en asistolia controlada en donantes que padecen insuficiencia respiratoria hipoxémica, a partir de la experiencia con 3 pacientes en el Hospital Universitario de la Arrixaca.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico con 3 donantes cardíacos en asistolia tipo III que padecían insuficiencia respiratoria hipoxémica antes de la adecuación del soporte vital (ATSV). Además de la canulación premortal de los vasos femorales, en estos pacientes se canula la vena yugular derecha, salvo que ya estuviera canulada por un soporte respiratorio mecánico previo. Luego, se procede a la inducción del ATSV, se produce el paro cardíaco y, tras 5 minutos, se certifica el fallecimiento. Posteriormente, se realiza una esternotomía, se clampa y se seccionan los troncos supraaórticos, dirigiendo los extremos cefálicos al reservorio de la circulación extracorpórea e iniciando la preservación regional normotérmica toraco-abdominal (PRN-TA). A continuación, se intuba nuevamente al donante y se empieza la ventilación mecánica. Tras recuperar el latido cardíaco, con buena contractilidad inicial, se desconecta progresivamente el soporte circulatorio extracorpóreo. Debido a la grave afectación respiratoria, se integra un bypass en Y en el circuito extracorpóreo para ofrecer soporte venovenoso a través de la vena yugular derecha. Finalmente, se clampa la aorta ascendente, se administra cardioplejía fría y se realiza la cardiotomía, manteniendo condiciones óptimas de oxigenación durante el proceso de destete.

Resultados: En el Hospital de la Arrixaca se han efectuado 3 donaciones cardíacas en asistolia controlada con donantes con insuficiencia respiratoria hipoxémica utilizando la técnica mencionada. En los 3 casos, el tiempo desde el inicio de la PRN-TA a la recuperación del latido cardíaco fue inferior a 5 minutos y la función del injerto cardíaco al alta fue adecuada.

Conclusiones: En donantes en asistolia controlada con insuficiencia respiratoria hipoxémica, a la técnica estándar de preservación cardíaca se incorpora la opción de cambiar la modalidad del ECMO de venoarterial a venovenosa una vez que se recupere el latido cardíaco, lo que permite asegurar una correcta oxigenación durante el proceso de disminución de la terapia.

289. ¿EXISTE UN CAMBIO EN EL PERFIL DEL DONANTE EN ASISTOLIA?

Fernández González M, Lucas Galán C, Jimena Pérez R, Soto Segado P, Asensio Rodríguez M, Sánchez Gómez J, Navarro Vicente A, Vázquez Andrés G, Moya Sánchez J y Mateos Llosa M

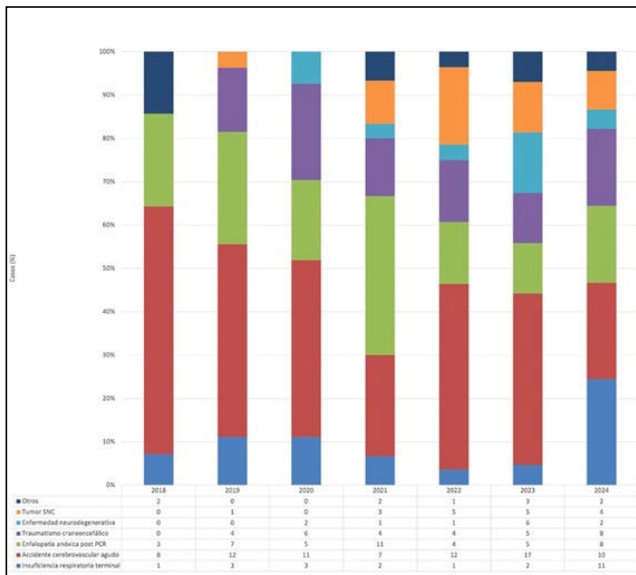
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Analizar la evolución del perfil del donante en asistolia controlada (Maastricht tipo III) en el tiempo, describiendo sus características demográficas, causa de fallecimiento, maniobras de preservación y efectividad de la donación.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de un hospital de tercer nivel con Neurocirugía y con actividad donadora y trasplantadora. Se recogieron de manera consecutiva aquellos donantes

adultos en asistolia controlada (DAC) correspondientes al periodo comprendido entre 2018 y 2024.

Resultados: Un total de 214 donantes fueron incluidos. La edad media fue de $59,1 \pm 14,1$ años, registrando un descenso entre 2018 y 2024 (64,6 vs. 59,5 años). Un 70,1% fueron hombres. Las principales causas de fallecimiento fueron: accidente cerebrovascular agudo (ACVA), encefalopatía anóxica post parada cardiorrespiratoria (PCR), traumatismo craneoencefálico (TCE), insuficiencia respiratoria terminal, tumor del sistema nervioso central (SNC) y enfermedad neurodegenerativa. A lo largo del periodo estudiado, se observó un incremento notable en el porcentaje de donantes fallecidos por insuficiencia respiratoria terminal (4,8% en 2018 vs. 24,4% en 2024), así como de tumores del SNC (0% en 2018 vs. 8,9% en 2024). En cuanto a las técnicas de preservación, la perfusión regional normotérmica fue utilizada en el 82,25% de los DAC. En todos los pacientes la limitación de tratamiento fue en el quirófano y la canulación, *premortem*. Respecto a la eficacia de la donación, un 79,9% (171 de 214) fueron donantes reales. La media de órganos trasplantados por donante fue de $1,8 \pm 1,4$, registrando un aumento de 2018 a 2024 (1,5 en 2018 vs. 1,8 en 2024), con diferencia estadísticamente no significativa ($p = 0,421$). El tiempo medio de isquemia caliente funcional (TICF) fue de 13 ± 8 min. No se registraron diferencias significativas en el TICF entre 2018 a 2024 (12,6 min en 2018 vs. 11,7 min en 2024, $p = 0,37$).



Conclusiones: La donación en asistolia constituye una fuente emergente de donantes con un crecimiento exponencial en el tiempo. El perfil de dichos donantes está cambiando, presentando menor edad y siendo la insuficiencia respiratoria terminal y las neoplasias del SNC las que han experimentado un crecimiento mayor en los últimos años.

290. INICIO DE UN PROGRAMA ECMO-PRN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL SIN ECMO TERAPÉUTICO. ¿CÓMO LO HACEMOS?

Suárez Fernández DE, González Santamaría M, Flores Caballero B, Priego Sanz J, Campos Fernández S, Fernández Ferreira A y Muñoz Romero JL

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Analizar las características, complicaciones y órganos extraídos-trasplantados de las donaciones en asistolia tipo III (DAC III) desde el inicio de un programa de ECMO-PRN en un hospital sin ECMO terapéutico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de la DAC III en el primer año de implementación de la ECMO-PRN de marzo a noviembre de 2024 en el Complejo Hospitalario de Ourense (CHUO). Se analizaron características demográficas, órganos ofertados y extraídos, parámetros de función orgánica durante el ECMO-PRN, características y complicaciones de la técnica y soporte transfusional. Se utilizaron variables cuantitativas expresadas como mediana y RIC (p25-75) y variables cualitativas, expresadas como n y %.

Resultados: Se incluyeron 8 donantes, con edad de 63 años (57-73), el 62,5% eran mujeres. Los donantes fueron 37,5% por patología neurológica degenerativa, 50% patología neurológica aguda y el 12,5% tras Encefalopatía anóxica pos-PCR. La canulación se realizó percutánea, ecoguiada y con escopia para la colocación de balón de oclusión, por la coordinación de trasplantes en quirófano. Se evidenciaron complicaciones de la canulación de la ECMO en total 37,5% (imposibilidad de colocación del balón 1 pcte, hemorragia 1 pcte y migración del balón 1 pcte, siendo esta la única complicación que impidió la donación. El tiempo medio en bomba en minutos fue $67,5 \text{ min DE} \pm 19,98$, los flujos pautados como media de 2,45 L/min DE 0,31. Se utilizaron dosis de HNF 500 Unidades/kg y tras 90 min 250 Unidades/kg con una media de 35.000 U/kg DE $\pm .5154,31$. Requirieron soporte transfusional tipo concentrados de hematies todos los pacientes (8) y una media de 2,87 DE 1, 45. El lactato pos-PCR tiempo 0 fue de 7,03 DE 0,88, a los 30 min 4,15 DE 2,92 y al finalizar de 3,48 DE 2,14. Solo se extrajeron pulmones en 1 donante y se trasplantó el 100%. Se extrajeron un total de 13 riñones y se trasplantaron 92,3%. Se extrajeron 6 hígados y se trasplantaron el 100%. Se extrajeron una media de 3,25 órganos por paciente con DE 2,05. Se trasplantaron el 85,7% de los órganos sólidos extraídos.

Conclusiones: El porcentaje de complicaciones durante la ECMO-PRN fue bajo y solo 1 de ellas afectó a la extracción. La efectividad por donante de nuestras DAC III ha sido similar a las series consultadas. La dosis de heparina utilizada no provocó ninguna hemorragia ni trombosis que impidiera la extracción de órganos. Los flujos utilizados y el tiempo de ECMO-PRN posibilitaron un correcto aclaramiento de lactato.

Martes, 17 de junio de 2025

08:30-10:00 h

AUDITORIO 1

COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIONES A PREMIO

Moderadores: Fernando Suárez Sipmann, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid/ Óscar Peñuelas Rodríguez, Hospital Universitario de Getafe, Madrid

291. EVALUACIÓN FUNCIONAL Y PSICOLÓGICA A MEDIO-LARGO PLAZO EN SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO TRAS CIRUGÍA CARDÍACA

Ginestal Calvo J, Blanco Carrasco L, Galiano Carrilero C, Domínguez Aguado H, Sanz Ayán MP, Eixerés Esteve A, Pérez Vela JL, Burgui Gualda E y Ashbaugh Lavesiera R

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Evaluar el impacto del síndrome de bajo gasto cardíaco (SBGC) posoperatorio inmediato tras cirugía cardíaca en la calidad de vida y en el estado emocional a los 9 meses del alta hospitalaria. Identificar áreas clave para la mejora del cuidado integral en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en una UCI de Cuidados Críticos Cardiológicos entre abril y octubre de 2023. Se incluyeron todos los pacientes adultos intervenidos de cirugía cardíaca. Se utilizó el cuestionario de calidad de vida específica para insuficiencia cardíaca "Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire" (KCCQ) y el cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para evaluar el estado emocional. Los datos se recopilaron durante la hospitalización y en un seguimiento telefónico a los 9 meses. El análisis estadístico utilizó pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) y de comparación de frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca. De ellos, 34 presentaron SBGC posoperatorio inmediato. 10 pa-