

modinamia, carga bacteriana, respuesta inflamatoria sistémica y pulmonar y mortalidad mediante un modelo animal (ratas) de sepsis producido por punción y ligadura cecal (CLP).

Métodos: Realizamos un modelo de sepsis abdominal mediante CLP a todos los animales con posterior control del foco quirúrgico realizado en diferentes tiempos: 6 h, 12 h, 18 h y 24 h (n = 15 ratas por grupo). Realizamos un grupo control *sham* y otro CLP sin control del foco. Todas las ratas recibieron resucitación con fluidos y antibiótico de amplio espectro a las 0h tras la CLP y cada 12 h hasta ser sacrificadas a las 72h. Se analizó la pérdida de peso, la tensión arterial media (TAM), el lactato en plasma y la carga bacteriana (CFU/ μ l), cultivos y citocinas inflamatorias en plasma y lavado broncoalveolar (BAL) así como la histología pulmonar a las 72 h. La tasa de supervivencia se analizó a las 72h en todos los grupos.

Resultados: Los animales sometidos a control del foco precoz mostraron una pérdida de peso significativamente menor (-23 vs. -43 gramos; p = 0,012) comparado con el control del foco tardío. La TAM (69,33 vs. 51,00 mmHg; p = 0,03) y el lactato (2,15 /L vs. 2,82 mmol/L; p = 0,03) mejoraron significativamente tras realizar el control del foco precoz comparado con el control del foco tardío. Los cultivos (sangre, peritoneal) mostraron crecimiento de bacterias gram negativas (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Bacteroides fragilis*). La carga bacteriana, el recuento total de proteínas y los marcadores proinflamatorios (TNF- α y la IL-6) en plasma se redujeron significativamente en el grupo precoz de control del foco. Además, el control del foco precoz redujo significativamente la inflamación pulmonar (TNF α , IL1B, IFN- γ y otros) y especialmente la carga bacteriana pulmonar en comparación con el grupo tardío. El grupo precoz de control del foco mostró una tendencia, no significativa, a mayor supervivencia respecto al grupo control del foco tardío (70 vs. 53%).

Conclusiones: El retraso en el control del foco, en un modelo animal de sepsis abdominal, se asocia a mayor carga bacteriana, peor recuperación hemodinámica y mayor inflamación sistémica y pulmonar. Además, se observa una tendencia a mayor supervivencia a más precocidad del control del foco.

08:30-10:00 h

AUDITORIO 3

PÓSTERES ORALES

CARDIOVASCULAR 3

Moderadores: Lluís Zapata Fenor, Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona/
Miguel Ángel Rodríguez Yago, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

301. IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO ECMO-RCP EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. ¿ES NECESARIO UN PROTOCOLO DE ACTUACIÓN?

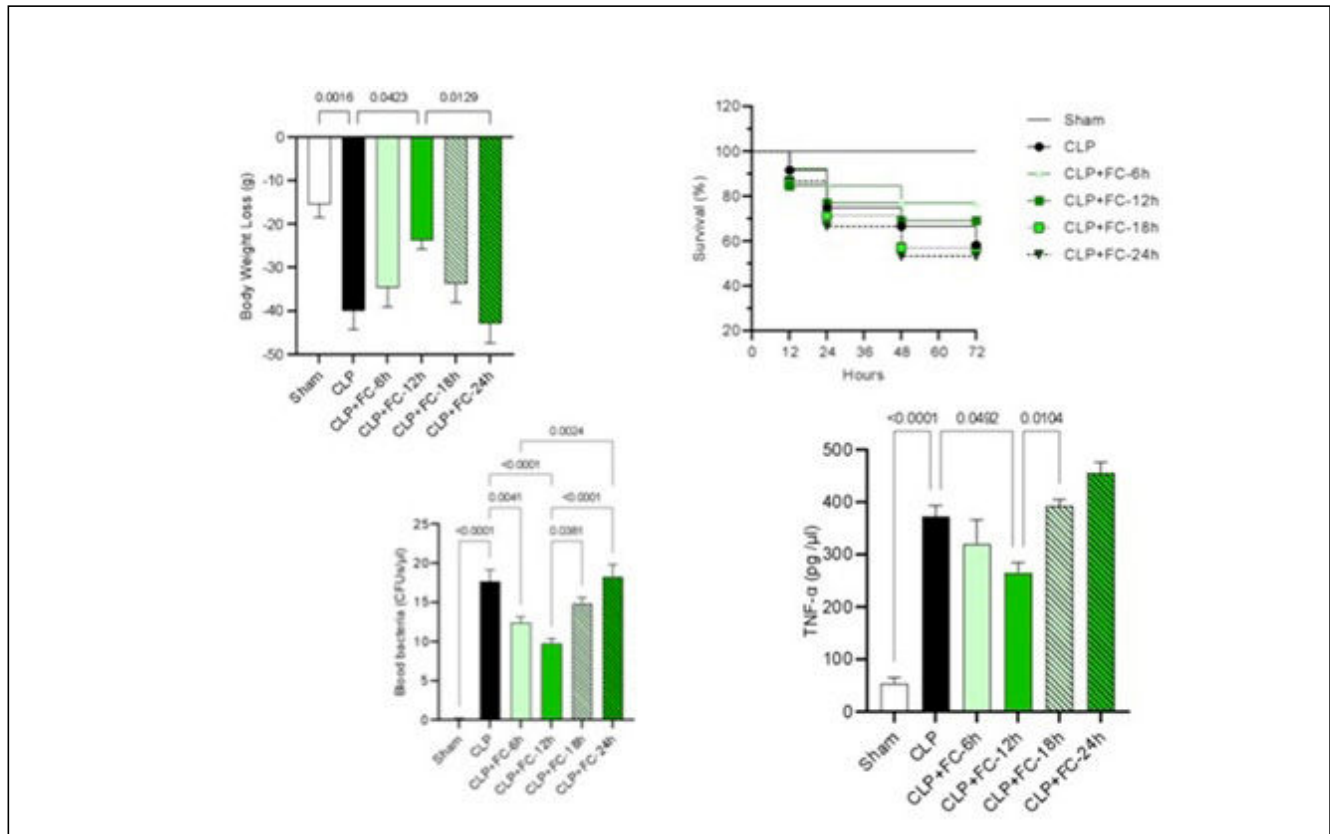
Gimeno Costa JR, Talavera Peregrina M, De Hevia Benlliure L, Orera Pérez A, Domingo Barrera I, De Ancos Jiménez J, Poquet Poquet A, Tormo Ferrándiz S, Martín Sánchez A y Álvarez Cebrían F

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar las características y la supervivencia de los pacientes sometidos a ECMO-RCP en un hospital de tercer nivel en 2 periodos de tiempo: 2016 a 2023 y 2024 (año en el que se ha implantado un protocolo específico de actuación).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluye a todos los pacientes ingresados en la UCI y sometidos a ECMO-RCP. Variables analizadas: Edad, Sexo, gravedad al ingreso (SAPS 3), factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica crónica) patología que motivó la parada/ingreso, mortalidad durante ECMO,

Figura Póster 300



mortalidad en UCI, mortalidad hospitalaria. Variables cuantitativas: descritas con la media y desviación estándar (o mediana y amplitud intercuartil); categóricas: con el porcentaje respecto al total. Comparaciones mediante t de Student (o U de Mann-Whitney) y Ji al cuadrado (o test exacto de Fisher) respectivamente.

Resultados: Se ha incluido a 28 pacientes. En la tabla se describen los resultados.

	Global (N: 28)	1.º periodo (N: 15)	2.º periodo (N: 13)	p
Edad, años, media (DE)	52 (13)	50 (11)	55 (14)	0,35
Sexo, n.º (%)				0,8
Masculino	20 (71)	11 (73)	9 (69)	
Femenino	8 (29)	4 (27)	4 (31)	
Gravedad				
SAPS 3, media (DE)	71 (14)	72 (11)	70 (20)	0,8
Antecedentes, n.º (%)				
CIC	6 (12)	3 (20)	3 (23)	0,8
Diabetes	7 (25)	4 (27)	3 (23)	0,8
Dislipemia	11 (39)	4 (27)	7 (54)	0,3
HTA	85 (27)		48 (30)	0,17
NYHA:				0,4
I	21 (75)	10 (67)	11 (84)	
II	5 (18)	4 (27)	1 (8)	
III	2 (7)	1 (7)	1 (8)	
IV	-	-	-	
Motivo de ingreso				0,46
Claguda/Icardiaca	16 (57)	10 (67)	6 (46)	
Miocarditis	1 (4)	1 (7)	-	
Arritmias o PCR	4 (14)	1 (7)	3 (23)	
CIC/ICcrónica	3 (11)	1 (7)	2 (15)	
Otras cardio	3 (11)	2 (13)	1 (8)	
TEP	1 (4)	-	1 (8)	
Supervivencia al ECMO	10 (36)	4 (26)	6 (46)	0,43
Supervivencia UCI	8 (29)	3 (20)	5 (38)	0,41
Mortalidad hospital	5 (18)	2 (13)	3 (23)	0,64

Claguda: cardiopatía isquémica aguda. PCR: parada cardiorrespiratoria. CIC: cardiopatía isquémica crónica. ICcrónica: insuficiencia cardíaca crónica. TEP: tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones: 1. Predominio de varones jóvenes. 2. Gravedad alta al ingreso, sin diferencias entre ambos periodos. Tampoco hay diferencias en los factores de riesgo cardiovascular, en la disnea basal ni en la enfermedad que motivó el ingreso y la parada cardíaca. 3. Menor mortalidad durante la terapia ECMO, en UCI y hospitalaria en el periodo en el que se ha implantado un protocolo de actuación específico (aunque no estadísticamente significativa).

302. VALOR DIAGNÓSTICO DEL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Espinoza Portillo A¹, Úbeda López L², Tejeda Adell M¹, De León Belmar JJ¹, Gomar Vidal S¹, Fernández Cabrera JA¹, Carrasco de Jaureguizar MC¹, Romero Gómez MB¹, Cortés Navalón C¹ y Genovés Roca G¹

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

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología prevalente y grave de difícil sospecha clínica y, por lo tanto, con alto riesgo de ser infradiagnosticada. Esta realidad condiciona, en ocasiones, un exceso de demanda de pruebas diagnósticas caras y no exentas de riesgos, como la angiotomografía de tórax (angioTC) que se considera, en la práctica clínica, la herramienta diagnóstica determinante a la hora de tomar decisiones terapéuticas. El volumen plaquetar medio (VPM) es un biomarcador que mide el tamaño de las plaquetas. Refleja los cambios en la tasa de producción plaquetar (trombopoyesis). Un VPM mayor se relaciona con plaquetas más jóvenes y más activas en sus funciones de adhesión y agregación. Varios estudios han demostrado el valor diagnóstico y pronóstico de este parámetro en diversas enfermedades inflamatorias y protrombóticas, como es el TEP, en el que la trombógenesis condicionará un consumo plaquetar y un incremento en la trombopoyesis.

Métodos: En este estudio se analizaron pacientes con sospecha clínica de TEP a los que se solicitó un angioTAC que confirmó o descartó el diagnóstico. Se analizó el valor del VPM determinado previamente a la realización del angioTAC, por si pudiera mejorar la especificidad de la

sospecha clínica, minimizando la realización de pruebas complementarias (angioTC).

Resultados: Se analizaron 573 pacientes (2016 a 2019) a los que, tras una sospecha diagnóstica de TEP se solicitó un angioTC urgente. De estos, 149 pacientes (26%) fueron diagnosticados de TEP y en 424 de ellos (74%) se descartó dicho diagnóstico. Los resultados no mostraron diferencias en los valores del VPM entre los pacientes en los que el TEP fue diagnosticado o descartado. (t(571) = 0,88, p = 0,379). Al analizar su capacidad diagnóstica mediante la curva ROC se encontró que el volumen plaquetar medio presentó un punto de corte de 8,75 fL pero con una sensibilidad (48,2%) y una especificidad (47,2%) muy bajas.

Conclusiones: Estos hallazgos parecen ir en contra del potencial valor del VPM en el diagnóstico del TEP, probablemente porque los cambios en la tasa de recambio plaquetar precisan de un tiempo de respuesta mayor al de otros resultados analíticos como el dímero D.

303. VALOR DIAGNÓSTICO DE LA PaCO2 EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Espinoza Portillo A¹, Úbeda López L², Tejeda Adell M¹, De León Belmar JJ¹, Romero Gómez MB¹, Cortés Navalón C¹, Carrasco de Jaureguizar MC¹, Fernández Cabrera JA¹, Ochagavía Barbarín J¹ y Genovés Roca G¹

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

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología muy prevalente y con alta morbilidad. No existen hallazgos clínicos, exploratorios, radiográficos ni electrocardiográficos que puedan confirmar o descartar su diagnóstico. La sospecha diagnóstica suele realizarse mediante escalas de probabilidad como la escala WELLS, apoyada por una determinación elevada del Dímero D. Una sospecha fundada condiciona la realización de una angiotomografía de tórax (angioTC) que confirmará o descartará el diagnóstico. La gasometría es una prueba habitual en el estudio de aquellos pacientes con sospecha de TEP. Los hallazgos más habituales son la hipoxemia, la alcalosis y la hipocapnia. Entre estos, parece que la alcalosis respiratoria podría ser la más específica de las tres. El mecanismo fisiopatológico de dicha hipocapnia no está plenamente establecido. Una respuesta a la hipoxemia o a la lesión pulmonar, podrían estar en relación con esta hiperventilación.

Métodos: Nos planteamos en este estudio el papel de la gasometría arterial en el estudio del TEP. Estudiamos 573 pacientes a los que entre los años 2016 y 2019 se les realizó una angioTAC urgente por sospecha clínica de TEP. Dicha prueba permitió confirmar o descartar el diagnóstico. 149 pacientes (26%) de los pacientes fueron diagnosticados de TEP y en 424 de ellos (74%) se descartó dicho diagnóstico. De estos 573 obtuvimos una gasometría realizada con anterioridad al angioTC en 269 casos.

Resultados: Entre los valores gasométricos, solo la PaCO2 mostró diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001) entre los pacientes con tromboembolismo pulmonar y el grupo control, con unas medianas de 37 mmHg y 43 mmHg, respectivamente. Estas diferencias son estadísticamente significativas, aunque clínicamente irrelevantes. Al realizar un análisis en base a la curva ROC obtuvimos un punto de corte de 40,50 mmHg pero con unas sensibilidades y especificidades muy bajas (sensibilidad: 39%; especificidad: 44,9%).

Conclusiones: Concluimos que los pacientes en los que se confirmó el TEP presentaban una PaCO2 ligeramente inferior, aunque la sensibilidad y especificidad de esta determinación son muy bajas en el diagnóstico de esta patología.

304. PAPEL DE DOS PUNTOS DE CORTE DEL DÍMERO D EN EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Espinoza Portillo A¹, Úbeda López L², Genovés Roca G¹, Tejeda Adell M¹, De León Belmar JJ¹, Fernández Cabrera JA¹, Carrasco de Jaureguizar MC¹, Gomar Vidal S¹, Romero Gómez MB¹ y Micó Gómez ML¹

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

Objetivos: El dímero D, asociado a escalas de probabilidad como la escala WELLS, es la determinación analítica de empleo más extendido en la sospecha clínica del tromboembolismo pulmonar (TEP). Aunque el diagnóstico definitivo se establece en la clínica mediante la realización de una angiotomografía pulmonar (angioTC), el empleo

de escalas de probabilidad y del propio Dímero D se considera fundamental para evitar la realización innecesaria de estas pruebas complementarias que no están exentas de riesgos ni costes. Aunque el papel del Dímero D en el diagnóstico del TEP está ampliamente probado y aceptado, existen discrepancias respecto a los niveles de corte a emplear.

Métodos: Nos planteamos en este estudio analizar la capacidad diagnóstica en el TEP de dos niveles de dímero D. Para ello analizamos a 573 pacientes a los que entre los años 2016 y 2019 se les realizó una angio-TAC urgente por sospecha clínica de TEP. De los 573 pacientes estudiados, 149 pacientes (26%) fueron diagnosticados de TEP y en 424 de ellos (74%) se descartó dicho diagnóstico. De todos ellos se estudiaron los valores pre-angioTC de Dímero D, analizándose estos mediante una curva ROC que mostró un punto de corte de 3.150 ng/mL. Comparamos, posteriormente, la capacidad diagnóstica (sensibilidad y especificidad) del dímero D empleando, por una parte, el punto de corte más recomendado en la literatura (500 ng/mL) y, por otra parte, el obtenido en la curva ROC de nuestra muestra (3150 ng/mL).

Resultados: En nuestro estudio el dímero D confirmó su papel en el diagnóstico del tromboembolismo pulmonar, mostrando un punto de corte de 3.150 ng/mL que se asoció a una sensibilidad del 71,3% y una especificidad del 64,4%. Al aplicar a nuestra muestra el punto de corte recomendado en la literatura (500 ng/mL) obtuvimos una sensibilidad del 97% y una especificidad del 6%.

Conclusiones: Del análisis de nuestros datos podemos deducir que si aplicamos el punto de corte obtenido mediante el análisis ROC los resultados mejoran la especificidad (64,4%) manteniendo una adecuada sensibilidad (71,3%). No podemos olvidar, en todo caso, la importancia de minimizar los infradiagnósticos de una patología con tanta repercusión clínica y pronóstica.

305. MECANISMOS DE DESCARGA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DURANTE LA ASISTENCIA ECMO VENO-ARTERIAL (V-A) EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO

Gimeno Costa JR, Madrid López I, Pérez Esteban F, Martín Latorre R, De Rivas Alcover L, Gordón Sahuquillo M, Pérez Guillén M, López Vilella R, Andrés Sarrión MT y Delgado Maio A

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar los dispositivos de descarga utilizados, las características de los pacientes y la mortalidad, en los procedimientos de descarga del ventrículo izquierdo (DD) durante la terapia ECMO venoarterial (ECMO-VA).

Métodos: Estudio observacional. Inclusión retrospectiva de todos los pacientes con DD (2012 a 2024). Variables: demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), gravedad (SAPS3), parada cardiorrespiratoria previa, ECMO-RCP, causa del shock y mortalidad (durante ECMO, en UCI y hospitalaria). Variables cuantitativas: media y desviación estándar (o mediana y amplitud intercuartil); categóricas: porcentaje respecto al total. Comparaciones: t de Student (o U de Mann-Whitney) y ji cuadrado (o test exacto de Fisher) respectivamente. Se comparan los pacientes con cada DD (un DD) respecto a los que no precisan DD. Los pacientes con dobles y triples DD se analizan aparte, excepto BCIA y posterior Impella®. Significación estadística si $p < 0,05$.

Resultados: Se han llevado a cabo 94 DDV en 79 pacientes (25%): 49 (52%) balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA), 20 (21%) cánula de descarga apical (DA) y 24 (26%) dispositivos Impella®. El número de descargas ha aumentado a lo largo de los años (24 en 2024). La mediana de tiempo hasta el implante: BCIA: 0 días (0-1); 1 día (0-8) en Impella® y 6(1-8) en CA. La tabla describe variables y comparaciones. En 4 pacientes se colocó BCIA y después CA (todos *exitus*); en 3 Impella® y después CA (1 superviviente) y en una paciente los tres (falleció).

Conclusiones: 1. El 25% de pacientes precisa DD durante ECMO-VA. Son jóvenes, predominan varones y están graves al ingreso. 2. No hay diferencias en los FRCV. Hay una mayor proporción de pacientes con disnea a mínimos esfuerzos que no precisan descarga (miocardiopatía de base). 3. Mayor proporción de BCIA en cardiopatía isquémica aguda (dislipémicos y con cardiopatía isquémica previa); Impella® en miocarditis y cardiopatía isquémica aguda; CA en miocardiopatía crónica; BCIA e Impella® posterior en PCR previa y significativamente en ECMO-RCP. 4. Durante la terapia ECMO-VA, mayor mortalidad en descarga con BCIA y CA. Mayor mortalidad en UCI en BCIA, BCIA+Impella® y significativamente en CA; menor mortalidad en UCI con Impella® (incluso menor que en

pacientes no descargados). Mayor mortalidad hospitalaria con CA (significativa) y dobles y triples asistencias.

	Global N: 317	No descarga N: 238	BCIA N: 37	Impella® N: 14	BCIA+Impella® N: 8	Cánula N: 14
Edad, media (DE)	52 (12)	52 (12)	55 (10)	50 (15)	51 (11)	51 (13)
Sexo, n° (%)						
Masculino	232 (73,2)	177 (74)	26 (70)	10 (71)	5 (63)	12 (86)
Femenino	85 (26,8)	61 (26)	11 (30)	4 (29)	3 (38)	2 (14)
Gravedad						
SAPS 3, media (DE)	63 (14)	64 (14)	60 (13)	56 (6)	64 (14)	70 (13)
Antecedentes, n° (%)						
/mediana (RI)						
IMC	23 (23-29)	26 (23-29)	26 (24-29)	27 (24-29)	24 (23-25)	27 (23-29)
CIC	49 (15)	32 (13)	12 (32) ²	2 (14)	2 (25)	1 (7)
Diabetes	69 (22)	53 (22)	9 (24)	1 (7)	2 (25)	2 (14)
Dislipemia	90 (28)	64 (27)	16 (43) ³	3 (21)	2 (25)	3 (21)
HTA	85 (27)	65 (27)	12 (32)	2 (14)	1 (13)	4 (29)
NYHA:						
I	181 (57)	131 (55)	23 (62)	9 (64)	6 (75)	8 (57)
II	65 (21)	45 (19)	13 (35)	2 (14)	1 (13)	3 (21)
III	58 (18)	52 (22) ⁴	-	2 (14)	1 (13)	2 (14)
IV	13 (4)	10 (4)	1 (3)	1 (7)	-	1 (7)
M. idiopática	60 (19)	47 (20)	5 (14)	2 (14)	1 (13)	3 (21)
M. isquémica	32 (10)	24 (10)	3 (8)	2 (14)	1 (13)	1 (7)
Motivo ingreso						
Claguda/Coriaria	143 (45)	103 (43)	21 (57)	7 (50)	3 (38)	6 (43)
Miocarditis	24 (8)	15 (6,3)	4 (11)	3 (21)	2 (25)	-
CIC/ICrónica	91 (29)	70 (29)	6 (16)	4 (29)	3 (38)	7 (50)
Otras Cardio	32 (10)	27 (11)	4 (11)	-	-	-
Respiratorio	27 (9)	23 (10)	2 (5)	-	-	1 (7)
PCR previa	55 (19)	42 (19)	6 (19)	-	2 (40)	4 (29)
ECMO-RCP	31 (10)	20 (8)	5 (14)	2 (14)	3 (37,5) ⁵	-
Mortalidad en ECMO	124 (39)	84 (35)	18 (49)	5 (36)	3 (38)	9 (64)
Mortalidad en UCI	147 (46)	101 (44)	20 (54)	6 (43)	5 (63)	10 (71) ⁵
Mortalidad hospital	184 (58)	129 (54)	24 (65)	9(64)	5 (63)	12 (86) ⁶

Claguda: cardiopatía isquémica aguda. PCR: parada cardiorrespiratoria. CIC: cardiopatía isquémica crónica.

ICrónica: insuficiencia cardíaca crónica. TEP: tromboembolismo pulmonar.

1: $p < 0,01$ respecto al global 2: $p = 0,007$ respecto a no descarga 3: $p = 0,04$ respecto a no descarga 4: $p = 0,03$ respecto a no descarga 5: $p = 0,033$ respecto a no descarga (OR: 3,4) 6: $p = 0,025$ respecto a no descarga (OR: 5,1)

306. ¿INFLUYEN LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES VASCULARES TRAS IMPLANTE DE TAVI?

Cuadra Calahorra A, Janeiro Rosales I, Bermejo Rubio H y Méndez Romero M
Hospital Universitario Puerta del Mar (C.H.U. Puerta del Mar), Cádiz.

Objetivos: Analizar la posible relación entre diferentes factores de riesgo cardiovascular (FRCV) con la aparición posterior de complicaciones a nivel vascular durante el implante de TAVI en una cohorte de pacientes de un centro hospitalario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes sometidos a intervención valvular aórtica transcatheter (TAVI) transfemoral en el periodo entre enero de 2023 y septiembre de 2024. Se realiza un análisis de la posible asociación entre la aparición de complicación vascular y la presencia o no de los siguientes parámetros de forma independiente: hipertensión arterial, diabetes, dislipemia y enfermedad renal crónica. Los datos se analizan mediante el test chi cuadrado con el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se analizan un total de 198 pacientes, de los cuales solo el 9,1% (18 pacientes) presentaron algún tipo de complicación vascular. 14 de los 18 pacientes presentaban HTA previamente sin ser significativa su relación ($p = 0,464$); 9 de los 18 pacientes presentaban DM, sin significación estadística ($p = 0,718$); 1 de los 18 pacientes con complicación vascular presentaba enfermedad renal crónica, no siendo significativa su relación ($p = 0,344$); 11 de los 18 pacientes con complicación vascular tenían dislipemia previamente, no siendo significativo ($p = 0,348$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el padecer hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia o enfermedad renal crónica no se ha asociado a un mayor riesgo de presentar complicaciones a nivel vascular como sangrados, hematomas, rotura vascular, disección vascular, etc. durante el implante de TAVI. Si bien es cierto que esta no significación estadística puede verse artefactada por un tamaño muestral pequeño ($n = 198$ de los que solo 18 tuvieron complicaciones vasculares)

y a que tampoco se ha definido ni el grado de la enfermedad renal crónica ni si la diabetes asociaba o no vasculopatía previa. Sería conveniente en futuros estudios realizar dicha aclaración, así como aumentar el tamaño muestral para valorar mejor la probable asociación de estos factores de riesgo con las complicaciones vasculares posteriores.

307. SUPERVIVENCIA Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS SUFRIR UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

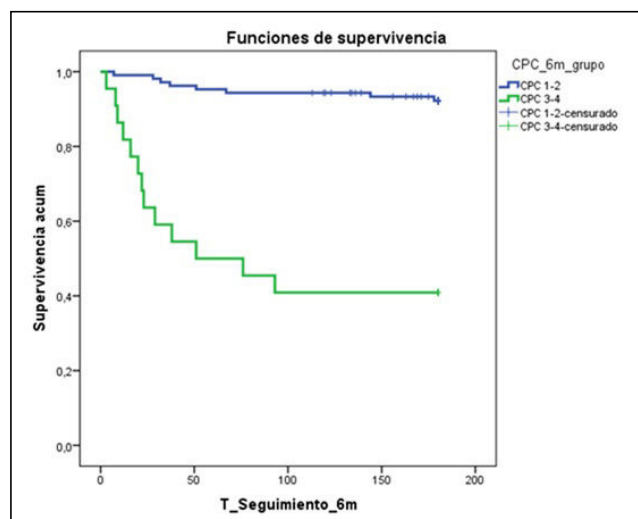
Blanco Santoro M, Ventura Prado L, García Fuertes P, Martín Sánchez L, Sánchez Chueca P, Borque Laguarda EB, Gómez Arteta L, Sampedro Martín I, Giménez Lecina J y Carrillo López A

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Determinar la mortalidad que presentan los supervivientes de una parada cardiorrespiratoria (PCR) ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel. Estudiar el pronóstico neurológico y la situación funcional de nuestros pacientes a los 6 meses del alta de UCI mediante la escala Cerebral Performance Category (CPC).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico de pacientes de más de 18 años que sufrieron una PCR y fueron atendidos en nuestra UCI desde enero de 2019 hasta noviembre de 2024. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, inferencial y curva de Kaplan-Meier con SPSS 20.

Resultados: Obtuvimos una N = 256 pacientes ingresados en UCI por PCR con una edad media de 63 ± 14 años y predominio de sexo masculino en un 71,5%. Un 52,7% fueron paradas intrahospitalarias (PCR-IH) frente a un 47,3% de paradas extrahospitalarias (PCR-EH). La mortalidad en UCI de la muestra fue del 50,39% (57,7% PCR-IH frente a 40,49% PCR-EH). Realizamos un estudio pronóstico sobre nuestros supervivientes (N = 128) obteniendo una mortalidad oculta del 10,9% (N = 14) que fallecieron durante el ingreso hospitalario al alta de UCI. Valorando la situación neurológica a los 6 meses del alta hospitalaria un 67% de los pacientes se encontraba en CPC 1, un 15,6% en CPC 2, un 10,1% en CPC 3 y un 7,3% en CPC 4. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre pronóstico neurológico favorable (CPC 1-2) y ritmo de parada desfibrilable con una OR 2,7 IC95% (1,7-7,7). La mortalidad a los 6 meses fue de un 16,4%. No encontramos diferencias significativas entre PCR-EH y PCR-IH (15,1 vs. 18,2% $p < 0,05$). En nuestra muestra la mortalidad a los 6 meses se relacionó con el ritmo de parada siendo mayor en pacientes con ritmo no desfibrilable (35,5 vs. 5,3% $p < 0,05$). Igualmente encontramos relación entre la mala situación neurológica y mortalidad (59,1% en CPC 3-4 frente al 7,5% en CPC 1-2 $p < 0,05$). Presentamos la curva de Kaplan-Meier a continuación.



Conclusiones: La supervivencia a largo plazo de los pacientes que presentaron PCR está condicionada al ritmo de parada y su evolución neurológica. Es importante realizar una atención protocolizada por equipos expertos y unos cuidados posresucitación de calidad de cara a mejorar estos resultados.

308. NUESTRA EXPERIENCIA CON LA REPARACIÓN TRANSCATÉTER DE VÁLVULA MITRAL MEDIANTE SISTEMA MITRACLIP

Fuentes Torres MC, Janeiro Rosales I, Bermejo Rubio H, Garrino AP y Méndez Romero M

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

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la reparación mitral con MitraClip, analizando las complicaciones asociadas al procedimiento y la evolución del estado funcional de los pacientes tratados e ingresados posteriormente en la UCI de nuestro centro.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a implante de MitraClip en el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) entre octubre de 2023 y julio de 2024. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, complicaciones, clase funcional según escala NYHA pre y post procedimiento y arritmias de nueva aparición. El análisis estadístico fue realizado utilizando el software SPSS Statistic.

Resultados: Se analizaron un total de 29 casos, 17 hombres y 12 mujeres, con una edad media de 78,28 años (DE 7,2). De los pacientes, el 72,4% presentaba hipertensión arterial, 20,7% diabetes mellitus, 55,2% dislipemia y el 27,5% cardiopatía isquémica previa. En cuanto a la clase funcional previa, 65,5% se encontraban en clase funcional III de la NYHA, 20,7% en clase II, 10,3% en clase IV y un solo paciente (3,4%) en clase I. Todos los procedimientos fueron programados excepto dos casos que se realizaron de forma urgente (6,89%). En cuanto al soporte dado por los facultativos de nuestra unidad, se intubo al 100% de los pacientes, el 13,8% requirió de apoyo inotropo. Posteriormente ingresaron en UCI con una estancia media de 1,07 días (DE 0,4). Un 13,8% sufrió alteraciones del ritmo en las primeras 24 horas, principalmente bloqueo de rama izquierda y fibrilación auricular, ninguno requirió de marcapasos transitorio ni definitivo. No se detectaron otras complicaciones relevantes ni *exitus* secundarios a la implantación de este dispositivo. En cuanto a la clase funcional, 20 pacientes mejoraron su clase funcional (69%), 6 pacientes la mantuvieron (20,7%), y un único paciente empeoró (3,4%). 2 de los pacientes no se registró la clase funcional a los 3 meses (6,9%).

Conclusiones: La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular destaca la complejidad de los casos tratados, pero la mejora funcional y ausencia de complicaciones graves respaldan al MitraClip como una opción segura y eficaz. Sin embargo, el tamaño reducido de la muestra limita la generalización, sugiriendo la necesidad de estudios multicéntricos más amplios.

309. ANÁLISIS DE BIOMARCADORES SÉRICOS NEUROPRONÓSTICOS (NSE Y S100) COMO PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA TRAS RCP Y ECMO-RCP

Lasa Berasain P, Ruiz Lucea J, Vázquez Yoldi A, Yeregui Baztán L, Artaza Beltrán de Heredia A, Martínez San José N, Huarte Mañu D, Usieto Losfables M, Candau Rodríguez C y Tous Espelós A

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluar las diferencias en los biomarcadores neuronales (enolasa y S100) entre pacientes en parada cardiorrespiratoria convencional (RCP) y parada con asistencia ECMO (ECMO-RCP). Analizar su capacidad para predecir mortalidad de forma precoz en ambos grupos.

Métodos: Estudio retrospectivo de 86 pacientes ingresados en UCI tras parada cardiorrespiratoria (PCR), divididos en dos grupos: resucitación cardiopulmonar convencional (RCP, n = 75) y ECMO-RCP (ERCP, n = 11). Se midieron las concentraciones séricas de enolasa específica neuronal (NSE) y la proteína S100b (S100) a las 24 h, 48 h y 72 h pos-PCR. Se compararon los grupos con test no paramétricos y se evaluaron sus capacidades predictivas de mortalidad con curvas ROC.

Resultados: 1. Mortalidad global: No hubo diferencias significativas entre los grupos RCP y ECMO-RCP ($p = 0,486$). 2. Biomarcadores a las 24 horas: NSE: media más elevada en ECMO-RCP (81 vs. 65,5 ng/mL, $p = 0,227$). Puntos de corte para mortalidad: > 90 ng/mL (RCP) y > 113 ng/mL (ECMO-RCP). S100: media similar en ambos grupos (2,04 vs. 2,23 µg/L, $p = 0,192$). Puntos de corte para mortalidad: $> 2,33$ µg/L (RCP) y $> 7,58$ µg/L (ECMO-RCP). 3. Supervivencia vs. mortalidad: Concentraciones significativamente mayores de NSE y S100 en fallecidos ($p = 0,0039$ y $p = 0,048$, respectivamente). 4. Tendencias temporales: No se observaron diferencias significativas en las concentraciones de biomarcadores a las 48 y 72 horas entre supervivientes y fallecidos o entre grupos.

Conclusiones: Tanto la NSE como la S100 a las 24 h presentaba diferencias estadísticamente significativas en función de mortalidad tanto

para RCP como para ERC. El grupo de ERC presentaba puntos de cortes más elevados, aunque sin significación estadística. La seriación de los biomarcadores presentó menor capacidad predictiva. Futuros estudios prospectivos, multicéntricos, deberían tratar de identificar puntos de corte predictivos de mortalidad y evolución neurológica.

310. EXPERIENCIA TRAS CASI DOS AÑOS CON TAVI EN LA UCI HUM

Fuentes Torres MC, Sánchez Rentero L, Garrino AP, Bermejo Rubio H y Janeiro Rosales I

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

Objetivos: Analizar las principales características epidemiológicas, complicaciones y mejoría funcional en aquellos pacientes sometidos a reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVI) e ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Puerta del Mar.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional, retrospectivo, de tipo descriptivo sobre factores demográficos, complicaciones y mejoría funcional asociadas a las implantaciones de TAVI realizadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar. El periodo de estudio comprendió desde enero de 2023 hasta septiembre de 2024. Se incluyeron pacientes sometidos a TAVI e ingresados en la UCI durante el periodo de estudio. Se realiza el análisis estadístico con el SPSS Statistics.

Resultados: Del total de 198 pacientes registrados, el 56,6% son mujeres y 43,4% hombres, con una edad media de 78,5 años (DE 6,3). El 83,8% presentaban hipertensión arterial, 46% diabetes mellitus, 70,2% dislipemia, 27,3% cardiopatía isquémica previa, 12,1% disfunción renal, 35,4% estaban en tratamiento anticoagulante, 16,2% estaban doblemente antiagregados, 32,3% presentaban arritmias previamente, y un 26,3% presentaban algún tipo de bloqueo. La mayoría presentaban disnea (57,6%) o disnea asociada a angor (22,7%), decidiéndose la colocación de TAVI de manera programada en un 87,4% de los casos. El soporte por parte de los facultativos de la UCI fue, en la mayoría, con sedación consciente, requiriendo profundización y conexión a ventilación mecánica invasiva en un 2,5% de los casos, requiriendo de apoyo inotropo en un 10,6%. Ingresando posteriormente en la UCI, con una estancia media de 1,09 días (DE 0,3). Como complicaciones intraprocedimiento, se produjo parada cardiorrespiratoria en 2 casos, uno de ellos secundario a alteración del ritmo tras dilatación con balón que finalmente falleció, y otro secundario a falta de fijación de la primera TAVI que recupera tras implante urgente de otra TAVI. Otras complicaciones fueron: 49% de arritmias *de novo*, 17,7% necesitaron un marcapasos transitorio, 19,2% requirieron de marcapasos permanente. Un 9,1% tuvo complicaciones vasculares, pero solo un 1% requirió de intervención por Cirugía Vascular. El 100% mejoraron su clase funcional en la consulta de control a los 3 meses.

Conclusiones: Este análisis reafirma la seguridad, efectividad y beneficios funcionales de la TAVI para este grupo de pacientes, destacando la necesidad de un monitoreo electrocardiográfico cuidadoso en el periodo post-TAVI por la importante incidencia de complicaciones del ritmo y necesidad de marcapasos.

311. PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS QUE INGRESAN EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Artaza Beltrán de Heredia A, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Martínez San José N, Yeregui Baztán L, Candau Rodríguez C, Usieto Losfoblos M, Huarte Mañu D y Tous Espelós A

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Las paradas cardiorrespiratorias (PCR) recuperadas son una patología cuya incidencia está aumentando en los últimos años. Este estudio tiene como objetivo analizar las características de estos pacientes con el fin de mejorar la evolución y resultado final de los mismos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con PCR recuperada y posterior ingreso en UCI de un hospital terciario registrados en CMDB del 01/01/2023 al 31/12/2024. Se recogen características demográficas, clínicas, analíticas, de tiempos de parada, complicaciones y resultado al alta. Análisis estadístico realizado mediante STATA 14.

Resultados: Muestra total de 79 pacientes. 57 hombres (72,15%). Edad media 63 años ($\pm$ desviación estándar (DE) 13,87). Factores de riesgo: hipertensión arterial (HTA) 41 (51,9%), diabetes mellitus 22 (27,85%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica 12 (15,19%), enfermedad renal crónica 14 (17,72%), cardiopatía 36 (45,57%). Parámetros al ingreso en la UCI: puntuación de SOFA 9,84 ($\pm$ DE 2,84), lactato 58 ($\pm$ DE 46,44), hemoglobina 12,5 ($\pm$ DE 2,7), pico medio de troponinas 26953 ($\pm$ DE 741095), pico medio

de creatina quinasa 2.380,2 ($\pm$ DE 5.002,3). Características de la PCR: Ritmo desfibrilable 33 (41,77%), extrahospitalaria 49 (62,03%), tiempo medio total de reanimación 19,58 minutos ($\pm$ DE 20,98), tiempo medio de *no flow* 2,08 min ($\pm$ DE 3,56), tiempo medio de *low flow* 17,67 min ($\pm$ DE 20,71), tiempo medio de soporte vital básico 4,17 minutos ($\pm$ DE 5,26), colocación de membrana extracorpórea de oxigenación (ECMO) 4 (5%). Complicaciones durante el ingreso en la UCI: sobreinfección 25 (32,89%), secuelas neurológicas 34 (44,74%), complicaciones cardíacas eléctricas 19 (25%), complicaciones cardíacas mecánicas 8 (10,53%), fracaso renal agudo sin técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) 36 (47,37%) y con TCRR 7 (9,21%), transfusión de hemoderivados 17 (22,37%). Evolución y resultado al alta: Estancia media en UCI de 5,17 días ($\pm$ DE 7,43), estancia media hospitalaria de 9,05 días ($\pm$ 9,97), *exitus* pre-UCI 2 (2,53%), *exitus* en UCI 49 (62,03%), *exitus* al alta de UCI 1 (1,27%).

Conclusiones: Observamos mayoría de hombres. Los factores de riesgo más prevalentes son la HTA y la cardiopatía. La mayoría de las PCR ocurren en ambiente extrahospitalario y en ritmos no desfibrilables. Las complicaciones que en mayor número presenta nuestra muestra son las secuelas neurológicas y el fracaso renal. Todo ello nos lleva a plantearnos nuevos objetivos de cara a la optimización de tiempos y resolución de las complicaciones para la progresiva mejoría de los resultados.

312. TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO VS. MANEJO CONSERVADOR CON ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO

Iriondo Irigoras I

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Objetivos: Las guías actuales describen unos criterios claros de fibrinólisis en pacientes con TEP de riesgo alto hemodinámicamente inestables. No concretan la indicación de fibrinólisis en los casos de TEP de riesgo intermedio-alto con estabilidad relativa. El objetivo del estudio es describir qué pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto hubieran sido candidatos a fibrinólisis en base a su situación hemodinámica.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados con TEP en UCI desde octubre del 2020 hasta octubre de 2023 (n = 59).

Resultados: De los 59 pacientes, un 59,3% (35) eran varones, con una media de edad de 62 (σ = 13) y con una mediana de PESI 90 (RIC25-75: 86,75-99,25). El 40,6% (24) eran de riesgo intermedio-alto, entre 86-125 según la escala PESI, aunque uno de ellos se excluyó de este grupo por PCR pese al valor de PESI. De estos el 52,1% (12) presentaban alteraciones del VD por ETT, aumento de marcadores de daño miocárdico y un índice de *shock* (IS) alto (considerado > 0,7). De estos pacientes el 15% (2) presentaban contraindicaciones absolutas/relativas de fibrinólisis. El 91,6% (11) de estos pacientes recibieron tratamiento conservador con anticoagulación y ninguno fue tratado con fibrinólisis. La mediana de estancia en UCI fue de 2 días (RIC 25-75: 2-3) y la mortalidad en UCI de este subgrupo fue del 8,3% (1).

Conclusiones: El 91,6% de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto según la escala PESI que podrían ser considerados candidatos a fibrinólisis por disfunción de VD, aumento de marcadores de daño miocárdico y por un IS elevado fueron tratados de forma conservadora con anticoagulación sistémica y sin complicaciones asociadas a la misma. No hubo cambios de estrategia por evolución desfavorable. Hubo 1 *exitus* en este grupo de pacientes. Los resultados del estudio están limitados por su tamaño muestral. Seguimos sin poder contestar cuáles son los potenciales pacientes que se beneficiarían de fibrinólisis en el grupo de riesgo intermedio-alto.

313. CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA EXTERNA COMO TÉCNICA DE CONSULTAS EXTERNAS EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

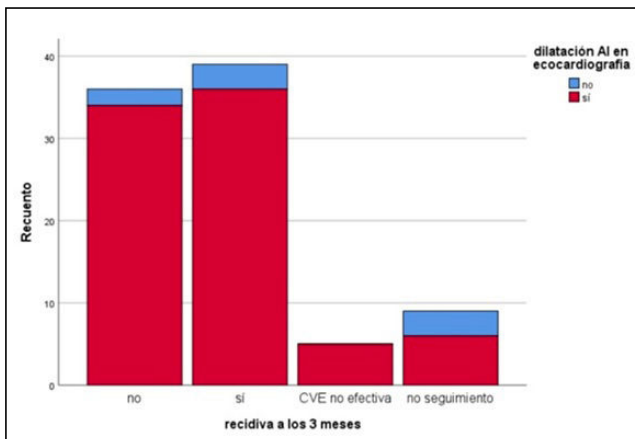
García García MA¹, Bolado López de Andújar D², Calabuig Guillén C¹, González Díaz A¹, Quinzá Real A¹, Zaragoza Martínez RG¹, Palomo Navarro M¹, Arizo León D¹, Ferrando Sánchez C¹ y Moreno Clari E¹

¹Hospital de Sagunto, Valencia. ²Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Hacer un análisis descriptivo del uso de la cardioversión eléctrica (CVE) programada en nuestra unidad, la UCI de un hospital de segundo nivel.

Métodos: Se valoraron antecedentes de CVE previa en el paciente, aurícula izquierda dilatada, cardiopatía, neumopatía, uso de tratamiento anticoagulante y de control de frecuencia cardíaca, eficacia y complicaciones de la técnica y recidiva precoz. Se describieron variables categóricas con número y porcentaje, y las variables numéricas continuas con mediana y rango intercuartil (percentil 25-percentil 75). Se contabilizaron tiempos entre la primera valoración por la arritmia y la realización de CVE, y entre la CVE y la aparición de la recidiva. La diferencia estadística se definió con una $p < 0,05$.

Resultados: Se valoraron 94 pacientes para CVE de los cuales 4 estaban en ritmo sinusal. Con los 90 restantes hemos hecho el análisis descriptivo. Se trata de 15 mujeres (16,7%) y 75 hombres, con edad mediana 67,7 años (RIQ 60,3-74,5), 78 FA y 12 flutters auriculares. Puntuación CHA(2)DS(2)-VASc mediana de 2 (1-4). Hasta 22 pacientes (24,4%) tienen alguna CVE previa. El tiempo entre la primera valoración de la arritmia es de 58 días (RIQ 21-111). Hay dilatación de AI en ecografía en 81 pacientes (91,9%). 32 pacientes (35,6%) tienen cardiopatía y 24 (27,8%) broncopatía (de ellos, 27 -30%- tienen apnea del sueño-). 71 pacientes (78,9%) llevan tratamiento con betabloqueante. De forma mayoritaria toman NACO. Se describe eficacia en 63/90 (70%) de las primeras descargas, 18/27 de las segundas (66%). Y porcentajes menores en los intentos siguientes. En total, 85 (94,4%) pasan a ritmo sinusal. Se describen incidencias en 26 procedimientos (28,9%): 10 (11,1%) bradicardias significativas, 2 (2,2%) insuficiencias respiratorias graves. En los meses siguientes, en los pacientes que han pasado a RS, 40 (47,1%) recidivan; 36 (42,4%) no lo hacen, y en 9 no disponemos de seguimiento. La tasa de recidiva no parece relacionarse de forma significativa con el tamaño auricular ni los antecedentes de los pacientes. La FA parece recidivar algo más precozmente que el flutter auricular. 16 pacientes se remiten a ablación de ICT.



Conclusiones: La realización de CVE es una técnica habitual de consulta externa en nuestra unidad. La eficacia inicial es elevada, pero la tasa de recidiva precoz parece alta.

314. REPARACIÓN TRANSCATÉTER DE VÁLVULA TRICUSPÍDEA MEDIANTE TRICLIP: NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez Rentero L, Fuentes Torres MDC, Cuadra Calahorra A, Méndez Romero M y Bermejo Rubio H

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

Objetivos: Describir los factores de riesgo, complicaciones asociadas al procedimiento y la mejoría de clase funcional en una cohorte de pacientes sometidos a Triclip en un centro hospitalario.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a implante de Triclip en el Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz) entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Se realizó un análisis descriptivo de variables demográficas, complicaciones, clase funcional según escala NYHA pre y post procedimiento y arritmias de nueva aparición. Los resultados se expresan en forma de porcentajes y medias, realizados con el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se analizaron 12 casos, de los cuales 6 fueron varones. La edad media fue de 74 años (71-77). 7 de los casos se encontraban en clase funcional II de la NYHA (disnea a moderados esfuerzos), 4 en clase III (disnea a mínimos esfuerzos) y 1 en clase IV (disnea en reposo). Todos

los procedimientos fueron programados excepto un caso que se realizó urgente. 11 pacientes presentaban fibrilación auricular previamente, 1 era portador de marcapasos definitivo, 2 pacientes tenían bloqueo de rama derecha y otro un ritmo nodal. Los 12 pacientes estaban anticoagulados. Un caso precisó de soporte vasoactivo con noradrenalina durante el procedimiento, sin otras complicaciones generales. No se detectaron eventos arrítmicos durante su estancia en UCI. Un paciente precisó colocación de marcapasos definitivo. 10 pacientes mejoraron su clase funcional hasta el grado I de la NYHA, siendo 2 los que mantuvieron su clase en II. Sin ser asociación estadísticamente significativa $p = 0,42$.

Conclusiones: La reparación percutánea de válvula tricúspide borde a borde es un procedimiento seguro sin complicaciones graves que requieran una prolongación de su ingreso en UCI. Continuaremos con nuestra línea de investigación para valorar la mejoría del estado funcional e indicación del procedimiento, aunque es alentador que todos los pacientes se encuentren en clase funcional por debajo de III.

315. BLOQUEO DE RAMA IZQUIERDA POS-TAVI Y POSIBLE NECESIDAD DE MARCAPASOS PERMANENTE

Fuentes Torres MC, Janeiro Rosales I, Garrino AP, Sánchez Rentero L y Cuadra Calahorra A

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

Objetivos: Describir la incidencia de bloqueo de rama izquierda (BRI) y necesidad de marcapasos permanente en pacientes sometidos a TAVI en un centro hospitalario, y analizar la posible asociación entre ambas variables.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, primero de tipo descriptivo, y posteriormente de tipo analítico para valorar la asociación entre el desarrollo de BRI *de novo* tras implante de TAVI y la evolución posterior a bloqueo avanzado con necesidad de marcapasos permanente. Se estudian a los pacientes sometidos a TAVI transfemoral e ingresados posteriormente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Puerta del Mar en el periodo desde enero 2023 a septiembre de 2024. Se realiza el análisis estadístico mediante prueba de chi cuadrado y porcentajes con el programa SPSS Statistics.

Resultados: Del total de 198 pacientes registrados ($n = 198$), el 24,7% presentaron BRI en el posprocedimiento inmediato, y el 1% presentaron BRI asociado a bloqueo auriculoventricular de primer grado. De este grupo, el 82,4% mantuvieron el BRI en las siguientes 24 horas, y en el 17,6% desapareció el trastorno de la conducción. Evaluando los factores de riesgo de los pacientes que mantuvieron el BRI, encontramos que el 2,4% presentaban otro bloqueo previo (concretamente hemibloqueo anterior izquierdo, HBAI), en el 85,7% se habían implantado una válvula autoexpandible versus el 14,3% que presentaba una válvula balón-expandible. En los pacientes con BRI *de novo* tras TAVI, 11 (18,6%) evolucionaron a un bloqueo avanzado con necesidad de marcapasos permanente. El análisis de chi-cuadrado ($\chi^2 = 4,12$; $p = 0,13$) sugiere que no se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de BRI y la evolución a bloqueo avanzado con necesidad de marcapasos en esta muestra.

Conclusiones: El BRI es una complicación frecuente tras el implante de un TAVI. Analizando los factores de riesgo se identificó poca prevalencia de trastornos de conducción previos al implante valvular en este grupo de pacientes. Se ha observado mayor incidencia de BRI con el uso de autoexpandibles, en comparación con las válvulas balón-expandibles.

08:30-10:00 h

SALA MULTIUSOS 2

PÓSTERES ORALES

NEFROLOGÍA/DEPURACIÓN EXTRARRENAL

Moderadores: Manuel García-Montesinos de la Peña, Hospital Universitario de Navarra. Pamplona/Ángel Orera Pérez, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

316. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN INFECCIONES RELACIONADAS CON CATÉTER EN PACIENTES CON HEMOFILTRACIÓN VS. DIÁLISIS CONVENCIONAL?

Bustamante Munguira E, Medina Díez S, Bustamante Munguira M, Sancho Moreno A, De Pedro Sánchez MÁ, Coca Rojo A, Franco Martí M, De la Torre Vélez P, Francisco Amador A y Alcalde Susi R

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Estudiar durante 6 meses (julio-diciembre 2024) los pacientes ingresados que hayan requerido diálisis y/o hemofiltración, valorando si existen diferencias en el desarrollo de infección relacionada con catéter (IRC) entre ellos, muchos de ellos pasan por una primera fase de hemofiltración y después diálisis.

Métodos: Estudio de cohortes observacional prospectivo sin intervención, Desde julio -diciembre 2024. Dos grupos de pacientes seguidos a lo largo de su ingreso, valorando diálisis o hemofiltro y si desarrollan o no IRC.

Resultados: 49 pacientes: 17 requirieron diálisis a lo largo de toda su estancia en UVI y 32 hemofiltro y posteriormente 12 de ellos varias sesiones de diálisis previas al alta del servicio.

Diálisis	17 pacientes
Hemofiltración	32 pacientes
Grupo de diálisis	
Sexo	66,6% varones 33,3% mujeres
Edad media	70,83 años
APACHE II	21,25
FR	41,66% IRC en diálisis 32% dm, HTA
Estancia media	18,3 días
Causas de ingreso	FRA 41,66% Shock séptico 25%
Complicaciones IRC	11,76% ingresan con catéter infectado
Mortalidad en UCI	16,6%

Grupo de hemofiltración	
Sexo	57,14% varones 42,85% mujeres
Edad media	68,80 años
APACHE II	27,90
FR	6,25% IRC en diálisis 47% DM, HTA
Estancia media	11,9 días
Causas de ingreso	IRA 23,80% Shock séptico 37% Intoxicación medicamentosa 14,28%
Complicaciones IRC	3,12%
Mortalidad en UCI	28,57%

Conclusiones: En ambos grupos, el desarrollo de IRC es mínimo, tan solo 1 de los 49 pacientes la desarrolló, en el grupo de diálisis, los 2 pacientes que presentaban IRC la importaron de planta en catéter tunelizado que se retiró. La adherencia a los proyectos Zero en las UCI, nos ayuda a mejorar y tener unas tasas de IRC bajas. El paciente con hemofiltro es más grave con un apache mayor 27,9 y mortalidad también superior 28,7%, 10 puntos superior, siendo dicha gravedad, junto con mayor prevalencia de diabetes lo que podría justificar este discreto aumento en la IRC.

317. ESTUDIO DE PRECISIÓN DE DOS GASÓMETROS EN LA MEDIDA DE CALCIO IONIZADO CON VALORES POR DEBAJO DE NIVELES FISIOLÓGICOS

Caldentey López AJ¹, Gutiérrez Madroñal L¹, Sala Carazo M¹, Brisa JI¹, López Feliciano P¹, Fiorella Sarubbo M², Ribes Valles JL¹ y Rialp Cervera G¹

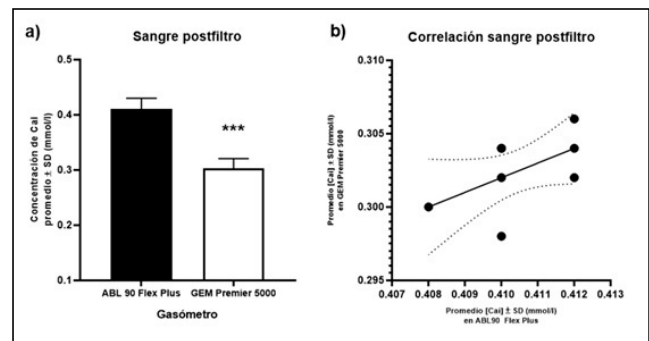
¹Hospital Son Llàtzer, Illes Balears. ²UIB, Illes Balears.

Objetivos: Los gasómetros (GS) están validados para medir calcio ionizado (Cai) en rangos fisiológicos, pero se usan para medir el Cai en sangre posfiltro en el reemplazo renal con citrato. Para estos rangos de Cai se ha descrito una mayor dispersión de las mediciones que varía según los GS estudiados. El objetivo del estudio es evaluar la repetibilidad de dos GS (GEMPremier5000 y ABL90FlexPlus) para la medición de

dos soluciones control con concentraciones conocidas de Cai de 1 mmol/L (Solución A) y de 0,17 mmol/L (Solución B) para el GS ABL, y de muestras de sangre posfiltro.

Métodos: Se realizaron 5 medidas repetidas de la Solución A y de la Solución B durante 7 días consecutivos en los dos GS. Además, se analizaron 5 muestras de sangre posfiltro, realizándose de cada muestra 10 medidas repetidas en cada uno de los GS de forma alterna y aleatorizada. Se utilizó la prueba de Wilcoxon y la prueba de Homogeneidad de variancias para comparar las desviaciones estándar. Los datos se expresan en mediana (RIC). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Los valores obtenidos para la Solución A fueron 0,99 (0,01) y 0,96 (0,01) mmol/L en los GS ABL y GEM, respectivamente ($p < 0,001$), mientras que para la Solución B fueron 0,17 (0,01) y 0,12 (0,01) mmol/L para los GS ABL y GEM, respectivamente ($p < 0,001$). En ambos GS no hubo diferencias en la dispersión de las mediciones de Cai para la Solución A ($p = 0,70$) y para la Solución B ($p = 0,12$). Sobre los resultados de las mediciones en sangre posfiltro, los valores obtenidos para las medidas repetidas de Cai en cada GS fueron 0,410 (0,002) y 0,302 (0,005) mmol/L en los GS ABL y GEM, respectivamente ($p < 0,001$). Sí hubo diferencias en la dispersión observada entre ambos GS ($p = 0,043$).



Conclusiones: Se han observado diferencias significativas en las mediciones de Cai en rangos bajos entre los dos GS estudiados. A pesar de que la dispersión de las mediciones no presenta diferencias significativas entre GS con las soluciones control, sí se observan diferencias entre los dos GS en las mediciones de sangre total.

318. FRACASO RENAL AGUDO EN SOPORTE DE OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Asensio Rodríguez M, Fernández González M, Vázquez Andrés G, Soto Segado P y Jimena Pérez R

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Evaluar la incidencia y los factores de riesgo asociados al fracaso renal agudo (FRA) en pacientes críticos tratados con ECMO tanto venoarterial (VA) como venovenoso (VV) en el Hospital Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia de enero de 2022 a diciembre de 2023.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo realizado en UCI del HUVA de Murcia, en el que se han recogido un total de 123 pacientes. Los criterios de inclusión son pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que precisen ECMO tanto VV como VA, y que hayan sobrevivido a las primeras 24 horas tras el inicio de la terapia. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica terminal y que hayan requerido terapia de reemplazo renal durante los 14 días previos al implante de la ECMO. La variable principal es la aparición de lesión renal aguda durante la terapia ECMO. Para ello se recogió la presencia o ausencia de FRA (definido según las guías KDIGO) de la historia clínica del paciente. Se han empleado medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y tablas de frecuencia para cualitativas. Se utilizarán pruebas de chi-cuadrado y t de Student para comparar grupos, y odds ratio para identificar factores de riesgo ($p < 0,05$).

Resultados: Se han recogido un total de 123 pacientes que precisaron implante de ECMO VV y VA. El 68,3% de la muestra eran varones, frente a un 31,7% que eran mujeres. La edad media fue de 52 años y del total, el 24,4% estaban diagnosticados de diabetes de cualquier tipo. De los 123 pacientes que requirieron implante de ECMO, 64 pacientes precisaron ECMO VA y 59 pacientes ECMO VV. La incidencia de fracaso renal

asociado a la técnica de ECMO fue de 36% y la incidencia en las distintas modalidades de la técnica, fue de un 23% en el ECMO VV y 13% en el ECMO VA. De los 44 pacientes que desarrollaron FRA, el 6,5% desarrollaron AKI I, el 15,4% AKI II y el 44,7% AKI III. La incidencia de FRA AKI I y AKI II fue similar en ambas modalidades, mientras que los pacientes sometidos a la terapia ECMO VA, tenían mayor incidencia de AKI III. De los pacientes con diabetes (30%), el 18% desarrollaron FRA, sin encontrar asociación significativa. De manera similar, aunque los hombres presentaron una mayor incidencia de FRA (47,2 vs. 26,6% en mujeres), esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: La incidencia de FRA en ECMO es del 36%, siendo mayor en los ECMO VV. Sin embargo, el ECMO VA asocia mayor gravedad. La necesidad de ECMO es por sí mismo un factor de riesgo para el desarrollo de FRA. Variables como sexo, edad y diabetes fueron evaluadas sin encontrar relación estadísticamente significativa con el desarrollo de FRA.

319. ACIDOSIS LÁCTICA ASOCIADA A METFORMINA: REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Jiménez Tejera G, Ballesteros Herráez JC, Obando Martínez C, Muñoz González S, Zalvide Cascales A, Delicado López E, Figueroa Falconi J, Núñez Blanco N, Marciano Millán E y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C.A.U. de Salamanca), Salamanca.

Introducción: La metformina es un fármaco ampliamente utilizado en el manejo de la DM tipo II. Aunque rara, la acidosis láctica es una de sus complicaciones más graves, con alta mortalidad asociada. Debe sospecharse en pacientes tratados con metformina que presenten acidosis metabólica y factores predisponentes.

Objetivos: Describir características clínicas, evolución y manejo de los casos de acidosis láctica secundaria al consumo de metformina ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de acidosis láctica secundaria a intoxicación por metformina entre 2018 y 2024. Recopilados datos demográficos, comorbilidades, parámetros bioquímicos y hemodinámicos al ingreso, así como los tratamientos administrados y la evolución clínica.

Resultados: Incluidos 10 pacientes de 72,4 años de media, 60% varones con APACHE II 28,3. Todos presentaban diabetes mellitus y otras comorbilidades como hipertensión arterial (90%), insuficiencia renal crónica (20%) y EPOC (10%). Al ingreso destacó: pH medio de 6,9, lactato 12,2 mmol/L, bicarbonato 6,1 mEq/L, creatinina 11,09 mg/dL, K⁺: 6,3 mEq/L, PCR 1,6 mg/dL, procalcitonina 0,66 ng/mL. Estancia media en UCI: 4 días y en el hospital: 11,4 días; mortalidad 0%. Variables hemodinámicas al ingreso: TAm: 60 mmHg, FC: 96,5 lpm, Tª 34,2 °C. Pruebas complementarias, como ecografía o TAC abdominal, se realizaron en el 30% de los pacientes para descartar otras etiologías. El tratamiento incluyó: bicarbonato (media: 311 mEq las primeras 24 horas); soporte vasoactivo con noradrenalina (dosis máxima: 1,03 µg/kg/min durante 44,7h de media) y vasopresina (30%; dosis máxima 3,5 ml/h durante 45,3 horas de media); hemodiálisis convencional (90%) con 2 sesiones de media y hemofiltración venovenosa continua (10%) durante 42 horas de media. La evolución de los parámetros bioquímicos se muestra en la tabla.

	Ingreso	24 horas	48 horas	72 horas	Alta
pH	6,91	7,38	7,43	7,43	7,43
Lactato	12,25	6,43	2,04	1,71	1,8
Bicarbonato	6,1	18,09	22,31	23,96	25,06
EB	-21	-6,321	-1,6	0,18	0,1
Urea	211,7	103,99	77,23	60,66	71
Creatinina	11,09	5,42	3,44	2,72	2,92
Potasio	6,27	3,9	3,82	3,62	3,66
Glucosa	160,5	143,1	163	167	167,33
PCR	1,66	3,7	5,35	7,12	3,5
PCT	0,66	11,01	8,32	3,94	3,82
Leucocitos	16544	16632	13804	13508	11446

Conclusiones: La acidosis láctica asociada a metformina tiene mejor pronóstico que otras causas de acidosis láctica en UCI, la sospecha diagnóstica deberá hacerse en pacientes con factores de riesgo y tratamiento con metformina, descartando otras causas de acidosis. El manejo precoz con bicarbonato, medidas de resucitación y soporte vasoactivo y el inicio precoz con técnicas de depuración renal, son fundamentales para una evolución favorable.

320. INCIDENCIA E IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD DE LA DISFUNCIÓN RENAL PRECOZ EN PACIENTES CRÍTICOS TRAUMÁTICOS

Salgado M¹, Páez Rodríguez C², Huertas Guerrero R², Oliva Zelaya I¹, Moreno Muñoz G¹, Canelles Carrera S¹, Herrera Gutiérrez M², Ferré Mas C¹, Bodí Saera M¹ y Rodríguez Oviedo A¹

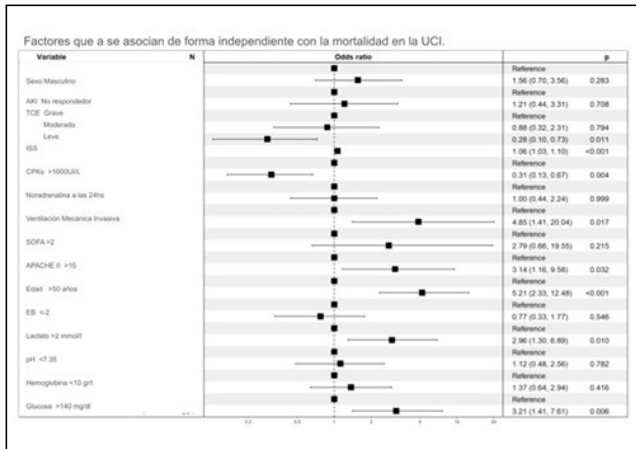
¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ²Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

Objetivos: Analizar la incidencia de AKI al ingreso en pacientes traumáticos, su evolución tras la resucitación inicial (48 h) y su impacto sobre la mortalidad en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico. Se incluyeron a todos los pacientes (> 16 años) con politrauma ingresados en UCI. Se excluyeron aquellos con enfermedad renal crónica. Se consideraron las variables demográficas, clínicas, comorbilidades y datos de gravedad durante los primeros 5 días de ingreso y la evolución al alta de UCI. Se consideró AKI al ingreso a un valor de creatinina sérica > 1 mg/dL. Se consideraron "No respondedores" a aquellos con un incremento de Cr > 0,3 mg/dL a las 48 h. Las comparaciones entre los grupos se realizaron mediante "chi" cuadrado o "U" de Mann Whitney y las pareadas mediante ANOVA con corrección de Bonferroni. Los factores asociados a las variables dependientes se determinaron mediante regresión logística binaria (GLM) y se expresan como OR (IC95%). Se consideró un nivel significativo de p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 556 pacientes. El 22,1% presentaron AKI al ingreso y estos tuvieron predominio de hombre (91 vs. 71%, p < 0,001), mayor edad (57 vs. 50, p < 0,01), gravedad (ISS 22 vs. 17, p < 0,001), déficit de bases (-3,8 vs. -1,2, p > 0,001), lactato (2,25 vs. 1,54, p < 0,001) y necesidad de vasopresores (27 vs. 7%, p < 0,001). A las 48 horas, un 8% (n = 45) de los pacientes fue "No respondedor" (n = 20 con AKI al ingreso y n = 25 No AKI al ingreso) (tabla). La hemorragia masiva al ingreso (OR = 4,50), la persistencia de un EB < -2,0 (OR = 2,62) y un lactato > 2 mmol/L a las 48 horas (OR = 6,03) se asociaron de forma independiente con los no respondedores. La mortalidad fue del 12,9% y significativamente mayor en los pacientes con AKI al ingreso (27,6 vs. 8,8%, p < 0,001), y en los No respondedores (40 vs. 10,6%, p < 0,001). Sin embargo, ser "no respondedor" no se asoció de forma independiente con la mortalidad en el análisis multivariado (fig.).

	Respondedor N=511	No Respondedor N=45	p
Características generales			
Edad	51.0 (37.0-66.0)	57 (38.0-67.0)	0,46
Sexo masculino	385 (75.3%)	36 (80.0%)	0,605
IMC	25.70 (23.40-27.80)	26.30 (23.10-29.40)	0,247
Comorbilidades			
Obesidad	0	0	0
Hipertensión arterial	1 (0.20%)	0 (0.00%)	1
Diabetes Mellitus	0	0	0
Insuficiencia cardíaca	0	0	0
Infarto de miocardio	0	0	0
EPOC	0	0	0
Enfermedad Renal crónica	0	0	0
Enfermedad hematológica	0	0	0
Enfermedad hepática	0	0	0
Severidad de la enfermedad			
APACHE II	16.00 (11.00-22.00)	23.00 (18.00-29.00)	<0.001
SOFA	2.09 (1.79-4.00)	6.01 (4.14-8.00)	<0.001
ISS	17.0 (10.5-25.0)	26.0 (18.0-34.0)	<0.001
RTS	7.80 (6.90-7.84)	7.02 (5.41-7.84)	<0.001
Retrascor	3.00 (2.00-6.00)	5.00 (2.00-8.00)	0,002
Variables de laboratorio			
EB < -2 al ingreso	230 (45%)	31 (68.9%)	0,003
EB < 2 a las 48h	126 (24.7%)	31 (68.9%)	0,003
Lactato > 2 mmol/l al ingreso	160 (31.3%)	29 (64.4%)	<0.001
Lactato > 2 mmol/l a las 48h	85 (16.6%)	30 (66.7%)	<0.001
pH < 7.35 al ingreso	204 (39.9%)	31 (68.9%)	<0.001
pH < 7.35 a las 48h	112 (21.9%)	20 (44.4%)	<0.001
CPKs máximas > 1000 U/l	226 (44.2%)	21 (46.7%)	0,873
Hemoglobina < 10 gr/l al ingreso	130 (25.4%)	21 (46.7%)	0,004
Hemoglobina < 10 gr/l a las 48h	202 (39.5%)	28 (62.2%)	0,005
Creatinina al ingreso	0.76 (0.64-0.93)	0.96 (0.74-1.41)	<0.001
Creatinina a las 48h	0.67 (0.57-0.80)	1.83 (0.97-2.62)	<0.001
Glucosa > 140 mg/dl al ingreso	235 (46%)	25 (55.6%)	0,281
Glucosa > 140 mg/dl a las 48h	178 (34.8%)	26 (57.8%)	0,004
Fallos orgánicos y complicaciones			
VMI	235 (46.0%)	39 (86.7%)	<0.001
Neumonía VMI	32 (6.26%)	7 (15.6%)	0,03
Noradrenalina al ingreso	90 (17.6%)	27 (60.0%)	<0.001
Shock hemorrágico	38 (7.44%)	12 (26.7%)	<0.001
PCR recuperada	10 (1.96%)	10 (22.2%)	<0.001
Hemorragia masiva	30 (8.87%)	18 (40.0%)	<0.001
Trauma renal directo	21 (4.11%)	4 (8.89%)	0,135
Insuficiencia renal aguda al ingreso	103 (20.2%)	20 (44.4%)	<0.001
TCRR	9 (1.76%)	3 (6.67%)	0,065
Outcomes			
Días de VMI	0.00 (0.00-5.00)	1.78 (0.44-15.7)	<0.001
LOS Hospital	11.00 (6.00-23.00)	9.00 (2.00-24.00)	0,089
LOS UCI	4.69 (2.64-11.00)	4.42 (1.61-21.10)	0,579
Mortalidad en UCI	54 (10.6%)	18 (40.0%)	<0.001
Mortalidad global	58 (11.4%)	19 (42.2%)	<0.001



Conclusiones: El presente estudio alerta sobre la necesidad de realizar una adecuada resucitación inicial de los pacientes traumáticos valorada mediante el exceso de base y lactacidemia.

321. ANÁLISIS DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA (TCDE) EN NUESTRA UNIDAD

Macaya Redín L, García Gígorro R, Rodríguez Ruiz C, Sánchez-Chiquito Palmero P, Gonzalo Somoza G, Villanova Martínez M, Bueno García B y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: La prevalencia de la disfunción renal aguda (DRA) en UCI alcanza el 42,4% y por este motivo, las TCDE son un recurso en crecimiento constante.

Métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional durante 24 meses (enero 2023-diciembre 2024) que analiza las TCDE en nuestra UCI. Se recogen variables demográficas, tipo de catéter y de membrana, modalidad de terapia y anticoagulación, duración de la membrana y motivo de finalización de la terapia. Se expresa como media ($\pm$ DE) y mediana para variables cuantitativas y porcentaje para cualitativas. V. categóricas, test chi-cuadrado y V. cuantitativas, t Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: Se recogen 96 pacientes y 267 terapias. El 66,7% son hombres, con una mediana de edad de 69,5 años (58,8-76). El 55% (147) de las membranas son AN69 y el 45% (120), polisulfona. 33 pacientes recibieron el tratamiento con polisulfona, mientras que 70 pacientes lo hicieron con AN69. 7 pacientes, emplearon con ambas membranas. La canalización femoral (73%) es más frecuente que la yugular (20%), siendo anecdótica la canalización subclavia. La mediana de longitud del catéter son 25 cm (20-25). El 13,7% y el 14,5% de los pacientes precisaron TCDE en nuestra UCI, en 2003 y 2004, respectivamente. La modalidad de elección, en nuestra serie, es la HDFVVC en un 73% (195/267), 21% HFVVC (56/267), 5% SCUF (15/267) y 0,4% (1/267) HDVVC. La mediana de dosis de efluente es 30 ml/kg/h (25-35). El tipo de anticoagulación fue regional con citrato (ARC) en 152 terapias (57%), 63 HNF (23%), 42 sin anticoagulación (18%) y 10 epoprostenol (4%). En el caso de ARC, 50 tratamientos con polisulfona (33%) y 102 con AN69 (67%). La duración media de la membrana fue de 31,7 $\pm$ 24,7 h, con una mediana de 25 h (12-48). La duración de la terapia con AN69 fue superior a la terapia con polisulfona (19,9 vs. 43,09 h, $p < 0,001$) de forma general, y también según el tipo de anticoagulación, ARC (43,09 $\pm$ 26,23 h vs. 19,9 $\pm$ 12,8 h, $p < 0,001$), HNF (35,7 $\pm$ 25,12 vs. 18,7 $\pm$ 16 h, $p < 0,005$) y sin anticoagulación (36,06 $\pm$ 29 vs. 22,9 $\pm$ 23 h, $p < 0,04$). El motivo de retirada de la terapia es coagulación en el 46% (122/267), fin indicación 24% (64/267), alcanzar vida útil -72h- 17% (44/267), LTSV 6% (17/267), problema técnico 6% (16/267) y cambio terapia 1% (3/267). Las terapias con polisulfona presentan más coagulación (75 vs. 22%, $p < 0,004$) y menor cumplimiento de vida útil -72h- (2,5 vs. 28%, $p < 0,004$) que las terapias con AN69.

Conclusiones: En nuestra serie destaca el cambio de membrana con impacto importante en la coagulación de la misma, con el consiguiente beneficio en eficacia, reducción del down-time, de costes económicos y de personal.

322. ANÁLISIS COMPARATIVO DE DOS ESTRATEGIAS DE ANTICOAGULACIÓN REGIONAL CON CITRATO: CONCENTRADO VS. DILUIDO

Macaya Redín L, García Gígorro R, Rodríguez Ruiz C, Sánchez-Chiquito Palmero P, Gonzalo Somoza G, Martínez de la Gándara A, Escuela Gerico MP y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: La coagulación del circuito extracorpóreo es la complicación más frecuente de las TCDE. El uso de anticoagulación está limitado en pacientes críticos por coagulopatía, hemorragia o trombopenia. Actualmente, está aumentando de forma muy importante el uso de la anticoagulación regional con citrato (ARC).

Métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional que analiza durante 24 meses (enero 2023-diciembre 2024), las terapias con ARC en nuestra UCI, estableciendo 2 grupos: citrato concentrado (113 mmol/L) y citrato diluido (18 mmol/L). Se recogen v. demográficas, modalidad de terapia, dosis de citrato (mmol/L), calcio iónico posfiltro (mmol/L), calcio iónico sistémico (mmol/L), pH y bicarbonato (mEq/L) en la conexión y a las 24 h, duración de la membrana y motivo de finalización de la terapia. Se expresa como media ($\pm$ DE) y mediana para v. cuantitativas y porcentaje para v. cualitativas. V. categóricas se comparan con test chi-cuadrado y v. cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney.

Resultados: Se recogen 96 pacientes y 152 terapias con ARC, 50 (33%) ARC-c y 102 (67%) ARC-d. El 66,7% son hombres, con una mediana de edad de 69,5 años (58,8-76). Por protocolo, la HFVVC se realiza con ARC-c y la HDFVVC, con ARC-d. La ARC-d se ajusta a Cai posfiltro 0,25-0,35 mmol/L mientras que ARC-c no determina Cai posfiltro y no modifica dosis de citrato. La dosis de tratamiento en HDFVVC fue superior a HFVVC (30 vs. 25 ml/kg/h, $p < 0,001$). La dosis de citrato en la conexión fue superior en ARC-d que en ARC-c (3 vs. 2,83, $p < 0,001$) y a las 24 h (3,6 vs. 2,95, $p < 0,001$) y en contraposición, el Cai posfiltro en la conexión (0,4 vs. 0,34, $p < 0,001$) y a las 24 h (0,39 vs. 0,31, $p < 0,001$) fue superior en ARC-c que ARC-d. El bicarbonato en la conexión (27,1 vs. 19,9, $p < 0,001$) y a las 24h (29,2 vs. 24,7, $p < 0,001$) fue superior también en ARC-c que ARC-d. No hubo diferencias significativas entre ARC-c y ARC-d en el Cai sistémico y el pH en la conexión (1,09 vs. 1,07, $p < 0,32$) y (7,35 vs. 7,33, $p < 0,10$) y a las 24 h (1,08 vs. 1,07, $p < 0,73$) y (7,4 vs. 7,41, $p < 0,73$). La duración media de la membrana en ARC-d fue 43,09 $\pm$ 26 h y en ARC-c 19,9 $\pm$ 12,8 h ($p < 0,001$). El motivo de retirada más frecuente fue coagulación en el 36% terapias: el 82% con ARC-c y el 14% con ARC-d ($p < 0,001$). El 27%, por fin de indicación: 83% ARC-d y 17% ARC-c. El 19,7% cumplen vida útil-72 h-: el 100% en ARC-d y ninguna en ARC-c ($p < 0,001$). El 9,2% por problema técnico, siendo más frecuente en ARC-d 85% que ARC-c 14%. Otras causas son: LTSV 5,3% y 2% cambio de terapia.

Conclusiones: En nuestra serie, se observan importantes diferencias en coagulación y duración de las membranas en la comparación de ARC-c y ARC-d.

323. IMPACTO DEL CITRATO COMO ANTICOAGULANTE EN TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL. COSTES Y DURACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

Ballarín Audina T, Díaz González C, Recena Pérez P, Martínez González C, Giersig Heredia CM, Balboa Palomino S y García Sampedro A

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Describir la utilización de citrato como anticoagulante en terapias de reemplazo renal continuas (TRRC) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Cabueñes (CAHU).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI que recibieron TRRC con citrato durante 2023 y 2024. Las variables cuantitativas se expresaron como media ($\pm$ DE) o mediana (min-máx) y cualitativas en porcentajes.

Resultados: Incluidos 47 pacientes. Edad media 66 años ($\pm$ 17). 62% varones. Comorbilidades más frecuentes: hipertensión (62%), dislipemia (38%), diabetes (38%). 32% fumadores y 32% consumidores de alcohol. 4,3% con trombofilia, 4,3% con trastorno de la coagulación. 8,5% recibía anticoagulantes orales (25% acenocumarol, 25% apixabán, 50% edoxabán), 34% antiagregantes (81% acetilsalicílico, 6,3% ticagrelor, 12,5% clopidogrel). Motivo de ingreso: shock séptico (40,4%), insuficiencia respiratoria (10,6%), coma metabólico (12,7%), shock cardiogénico (10,6%),

shock hipovolémico y fracaso renal agudo 6,4%, parada cardiorrespiratoria y pancreatitis 4,3%, posoperatorio complicado y politraumatismo 2,1%. Indicación principal de inicio de la TRRC: anuria (53,3%), acidosis metabólica grave (26,6%), intoxicaciones (6,4%), hiperpotasemia grave, balance negativo y rabdomiólisis (4,3%). Duración media de terapia 4,6 días ($\pm 4,4$). Coste medio del citrato de 685 euros (± 631), con un coste diario de 213 euros (± 76). Duración total de 81 horas (± 82). Cambios de set: ningún 47%, uno 25,5%, dos y tres cambios 8,5%. Cuatro y cinco 4,3%, siete 2,1%. Downtime total: 51 minutos (± 73). Complicaciones en un 10,6% de los pacientes: obstrucción del catéter (60%), dialitrua (20%) y alcalosis metabólica (20%). Motivo de retirada: *exitus* 27,7%, fin de tratamiento 54,4% y paso a técnicas intermitentes 17%.

Conclusiones: El uso de citrato como anticoagulante en las TRRC es una técnica segura con una tasa de complicaciones baja, la mayoría relacionadas con el catéter. Se registraron 9 casos de alcalosis metabólica secundaria al uso de citrato y ninguno de acidosis. El uso de citrato no implica cambios en las indicaciones de las TRRC, sino que simplemente ofrece una alternativa en el tipo de anticoagulación utilizado.

324. COMPARACIÓN DE LAS DIFERENTES MODALIDADES DE ANTICOAGULACIÓN DE LAS TERAPIAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA EN LA VIDA REAL

Barrueco Francioni JE¹, Herrera Gutiérrez ME¹, Sánchez-Izquierdo Riera JA², Arias Verdú MD¹, González Fernández M², Quilez Trasobares N², Barea Mendoza JA², Molina Collado Z², Tizón Varela A³ y Seller Pérez G¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Analizar el comportamiento de las diferentes modalidades de anticoagulación de las terapias de depuración extracorpórea (TDE).

Métodos: Análisis del registro prospectivo multicéntrico DiallyReg desde 2019 a 2023. Se analizaron las modalidades de anticoagulación según tipo de TDE, tiempo de duración de la sesión de TDE según modalidad de anticoagulación, causas del fin de sesión de TDE y la asociación de complicaciones según modalidad de anticoagulación.

Resultados: Se analizaron 1.704 sesiones en 653 pacientes: 1.143 (67,1%) con TDE continuas y 561 (32,9%) con TDE nocturna. En las TDE continuas 482 (42,2%) sesiones duraron menos de 24 horas. 134 (49,4%) sesiones fueron sin anticoagulación, 222 (46,7%) con heparina, 21 (4,4%) otras y 105 (28,5%) con citrato. De las 105 sesiones con citrato, 53 (48,6%) se pierden por coágulo. Siendo 14,4% del total. Aunque 149 (40,5%) superaron las 50 horas de respecto a 775 (25,8%) sesiones de TDE continuas con otras modalidades ($p < 0,001$). Respecto a las complicaciones, se observaron en global 0,64 (0,02) episodios/sesión. Sin anticoagulación 0,58 (0,03), heparina 0,64 (0,04), otro 1,3 (0,16), citrato 0,62 (0,05) con $p < 0,001$.

Tabla 1. Modalidades de anticoagulación según tipos de TDE

		TDE continua	TDE nocturna
	Total (1704)	1.143 (67,1%)	561 (32,9%)
Nada	723 (42,4%)	271 (23,7%)	452 (80,6%)
Heparina sódica	560 (32,9%)	456 (39,9%)	104 (18,5%)
Otras	53 (3,1%)	48 (4,2)	5 (0,9%)
Citrato	368 (21,6%)	368 (32,2%)	0 (0%)

Tabla 2. Causas de fin de las sesiones de depuración

		TDE continua	TDE nocturna
	Total (1.704)	1.143 (67,1%)	561 (32,9%)
Fin de tratamiento	280 (16,4%)	262 (22,9%)	491 (87,5%)
Retirada programada	760 (44,6%)	287 (25,1%)	66 (11,8%)
Coágulo	553 (32,5%)	487 (42,6%)	4 (0,7%)
Otro	111 (6,5)	107 (9,4%)	

Conclusiones: Aunque la duración de las sesiones es superior con el citrato para las TDE continuas, en la práctica diaria se pierde un número significativo de filtros por coágulo en las primeras 24 horas. Es necesario un protocolo de TDE que contemple el resto de modalidades de anticoagulación que permitan la personalización de la TDE acorde al objetivo y situación clínica de los pacientes.

325. DIURESIS HORARIA: EL MARCADOR PRECOZ Y OLVIDADO DEL DIAGNÓSTICO DEL FRACASO RENAL AGUDO POSCIRUGÍA CARDÍACA

Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, García Pastor S, Fernández Muñoz I, Fernández Martín-Caro I, González Gómez M, Bardal Ruiz A 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 en función de KDIGO 2012. Anteriormente tratado en la literatura, el uso de uno u otro para la monitorización del FRA en los pacientes tras intervención por cirugía cardíaca, ha mostrado resultados dispares. Pretendemos analizar los criterios diagnósticos del FRA y la rapidez del mismo en los pacientes posoperados 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 recogió momento de realización de FRA según sus distintos criterios y estadiaje. Las variables cualitativas fueron expresadas mediante número o porcentaje. Las comparaciones intra e intergrupos se hicieron mediante chi-cuadrado considerando la significación como una $p < 0,05$.

Resultados: De los 197 pacientes analizados, el 60,9% desarrollaron FRA, clasificándose el 59,9% como KDIGO-I, el 27,9% como KDIGO-II y el 9,64% como KDIGO-III. Estratificando por estadio, según la primera causa diagnóstica y el criterio utilizado obtuvimos: KDIGO I ($p < 0,05$): en el 60,3% de los casos, el diagnóstico se realizó primero mediante el criterio de FRA-RD, frente al 38,8% que se diagnosticaron antes por criterio de FRA-ACr. Del total, el 39,7% cumplió únicamente el criterio de FRA-RD, el 18,1% solo el de FRA-ACr y el 42,2% terminó cumpliendo ambos criterios. KDIGO II ($p < 0,05$): el criterio FRA-RD permitió un diagnóstico más temprano en el 74,5% de los casos, frente al 25,5% que lo hizo por FRA-ACr. En este grupo, el 60% cumplió exclusivamente FRA-RD, el 12,7% solo FRA-ACr y el 27,3% ambos criterios. KDIGO III ($p > 0,05$): el diagnóstico fue simultáneo en el 52,7% de los casos. En cuanto a la precocidad diagnóstica, el 37% se identificó inicialmente por FRA-RD, el 5,3% por FRA-ACr y el 5,3% por el inicio de terapia de depuración extrarrenal (DER). Al analizar los criterios diagnósticos empleados, el 26,3% cumplió exclusivamente FRA-RD, otro 26,3% presentó varios criterios combinados, y en un 26,3% no se identificó un criterio objetivo.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la diuresis horaria fue el único criterio diagnóstico de fracaso renal hasta en un 38,7% de los pacientes KDIGO-I, y de un 60% de los que realizan un KDIGO-II, siendo además un marcador más precoz hasta en un 60,3% y un 74,5% respectivamente.

326. RESUCITACIÓN VOLUMÉTRICA COMO PREDICTOR DE DAÑO RENAL AGUDO EN SEPSIS

Moreno Alcorcón T, Costa Oterino B, Moliner Arrébola N, Abril Palomares E y Navarro Velasco G

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Objetivos: Establecer la utilidad del éxito de la resucitación volumétrica (medida como aclaramiento de lactato) para predecir la evolución a daño renal agudo (DRA) en el paciente séptico y evaluar su posible asociación con la mortalidad.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en una UCI polivalente de un hospital terciario. Se incluye a pacientes que ingresan en UCI por sepsis/shock séptico de menos de 24 horas de evolución desde su diagnóstico, sin disfunción renal en el momento del reclutamiento. Se excluye a menores de 18 años, pacientes con DRA al ingreso, trasplantados renales y mujeres embarazadas. Se midió el lactato sérico al ingreso y una vez finalizada la fase de resucitación (que se estimó de forma arbitraria en las primeras 24 horas). Seguimiento clínico posterior hasta el alta hospitalaria. Se definieron las siguientes variables: DRA: puntuación en la escala KDIGO. Resucitación exitosa: aclaramiento de lactato sérico superior al 20% una vez concluida la fase de resucitación. Aclaramiento de lactato: porcentaje de cambio en el lactato plasmático en un tiempo determinado. Se calcula:

$$C_{Lact} = (Lac \text{ inicial} - Lac \text{ final}) / Lac \text{ final} \times 100$$

(Se comprobó la asociación entre las variables con la prueba de χ^2 . Se rechazó la hipótesis nula con un error menor a 0,05).

Resultados: Se recogieron 46 pacientes (28 hombres y 18 mujeres) con una edad media de $65 \pm 14,24$ años. 39 pacientes (84,8%) en situación de

shock séptico. Índices de gravedad: APACHE II $16,24 \pm 7,24$, SAPS 3 $61,07 \pm 16,43$, SOFA $7,26 \pm 2,98$. Mortalidad global: 14 pacientes (30,4%). 19 pacientes (41,3%) no desarrollaron DRA y 27 (58,7%) lo padecieron.

Resucitación y mortalidad		
	Supervivientes	Exitus
Resucitación exitosa	30 (75%)	10 (25%)
Resucitación deficiente	2 (33%)	4 (66%)
p = 0,05.		

Conclusiones: El aclaramiento de lactato no es útil en el diagnóstico precoz del DRA en el paciente séptico, si discrimina de estadísticamente a aquellos con mayor mortalidad.

327. IMPACTO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL (TRR) EN PACIENTES CON SEPSIS Y LESIÓN RENAL AGUDA (AKI)

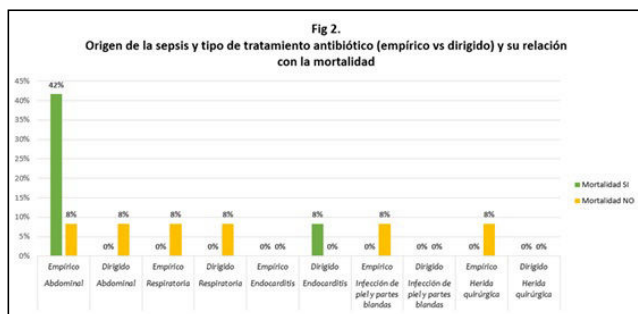
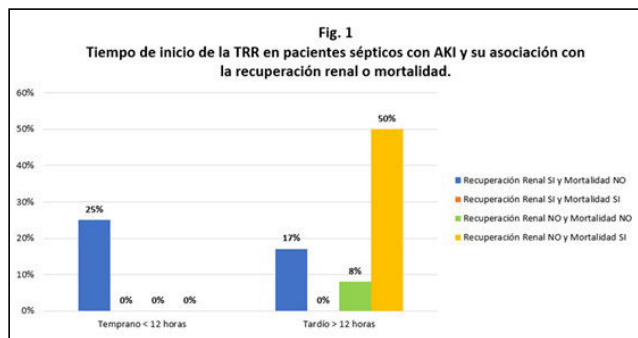
Morocho Guadalima AP, Aguilera García C, Raya Rojas L y Botet Gómez R

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

Objetivos: Valorar el impacto de inicio precoz (< 12 h) vs. tardío (≥ 12 h) de la TRR en pacientes sépticos con AKI y su asociación con la recuperación renal y/o mortalidad. Observar si el origen de la sepsis y el tipo de tratamiento antibiótico ABT: empírico vs. dirigido tiene con la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y unicéntrico con registros médicos de UCI del Hospital Universitario de Badajoz durante el 1 de enero a 30 de septiembre de 2023. De un total de 1272 pacientes, 12 cumplieron los criterios de inclusión: mayores de 18 años, shock séptico con AKI (criterios KDIGO) y necesidad de TRR durante su ingreso. Excluidos pacientes con enfermedad renal crónica o necesidad de TRR o HD previa. Estudio descriptivo con análisis de frecuencias absolutas y porcentajes para cada combinación, y test exacto de Fisher para valorar la asociación entre el tipo de ABT y la mortalidad.

Resultados: El 25% de la muestra, respecto al inicio temprano de TRR, presentó recuperación renal sin mortalidad en comparación al 17% con inicio tardío; el inicio tardío conlleva una mortalidad sin recuperación renal mayor respecto al inicio temprano (50 vs. 0%) (fig. 1). La mortalidad fue mayor en foco abdominal y ABT empírico (42%) respecto a otros orígenes, con mortalidad nula o significativamente menor independiente de la ABT. Se encontró una asociación de menor mortalidad con ABT dirigido independientemente del foco (fig. 2). El test exacto de Fisher no mostró asociación estadísticamente significativa (valor de 1) entre el tipo de ABT y la mortalidad.



Conclusiones: El inicio temprano de la TRR muestra mayor recuperación renal y menor mortalidad; la ABT dirigida asocia mejores resultados de mortalidad. Por el pequeño tamaño muestral, estos datos no se pueden extrapolar, siendo necesario estudiar este resultado en cohortes más amplias.

328. PRONÓSTICO DE PACIENTES EN SHOCK SÉPTICO EN TRATAMIENTO CON ANTIDIABÉTICOS ORALES

Recuerda Núñez M, Díez del Corral Fernández B, Jiménez Romero C, Giménez Beltrán B, Treceño Villalba A y Estella García Á

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar el perfil clínico y la mortalidad de los pacientes en situación de shock séptico y valorar si aquellos con tratamiento con iSGLT-2 y/o biguanidas presentan mayor mortalidad.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes con shock séptico ingresados en una UCI de segundo nivel durante un tiempo de estudio de 6 meses. Se analizan variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), foco séptico, escalas de mortalidad (APACHE II, SOFA al ingreso y a las 72 h), datos analíticos, requerimientos de ventilación mecánica y terapias de reemplazo renal (TRR), fármaco antidiabético domiciliario y mortalidad tanto en UCI como mortalidad posterior. Los datos se analizan con el programa SPSS V.27.

Resultados: se incluyen un total de 108 pacientes, de los cuales el 25,9% están en tratamiento con antidiabéticos orales (n = 28) y cuya edad media fue de 71,5 años (71% varones), el 25% padecía enfermedad renal crónica previamente (7 pacientes) y el 100% presentaba algún FRCV. El APACHE II al ingreso fue de $24,3 \pm 6,26$, pH medio 7,26, lactato medio 24,7 mg/dl, Cr 4,08 mg/dl. El 82,1% requirió VM y el 25% TRR. El foco infeccioso fue abdominal en el 46%, respiratorio 28%, urinario 14%, bacteriemia 3% y otros 7%. La mortalidad en UCI de los pacientes sin dichos tratamientos fue de 47,5% (38 pacientes) 36 en la UCI y de 2 pacientes al alta de UCI, en cambio, la mortalidad de los pacientes en tratamiento con antidiabéticos fue del 57,1% (16 pacientes de 28) 39% en UCI y 17,8% pos-UCI. El 71% de los pacientes que tomaban metformina (sola o asociada) fallecieron y el 50% de los que tomaban iSGLT2 (solos o asociados) también fallecieron. Ningún paciente que tuviera asociado glicazida falleció.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes en shock séptico fue un 10% mayor en nuestra serie en pacientes que toman antidiabéticos orales frente a los que no lo toman. Mayor en los que toman biguanidas solos o asociados a iSGLT-2 o iDDP4 respecto a los que toman iSGLT2 aislados. El perfil clínico del paciente es varón, septuagenario, con FRCV siendo la mortalidad global alta.

329. INTOXICACIÓN POR METFORMINA CON INGRESO EN UCI EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS

Recuerda Núñez M, Treceño Villalba A, Jiménez Romero C y Estella García Á

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar las características clínicas de los pacientes ingresados en una UCI de segundo nivel y analizar si la asociación la metformina con los nuevos fármacos antidiabéticos orales, tan comercializados actualmente (iSGLT-2), presentan relación con la incidencia y el pronóstico.

Métodos: Se incluyen pacientes ingresados en una UCI de 17 camas de segundo nivel durante un tiempo de estudio de cuatro años. Se analizan datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), fármaco antidiabético, gasometría al ingreso en UCI, tratamiento administrado, necesidad de vasoactivos, terapia reemplazo renal (TRR), y ventilación mecánica, así como presencia de infección, y *exitus*. Los datos se analizan con el SPSS V.27.

Resultados: Se incluyeron un total de 10 pacientes (40% varones). La edad media fue de 69,3 años. Presentaban FRCV el 100% de los pacientes; HTA el 100%, dislipemia 90%, DM-2 el 100% (dos de ellos insulino dependiente) Además, el 30% padecía patología tiroidea. El 50% de los pacientes estaban en tratamiento con metformina, el 30% estaba asociado con empagliflozina, el 10% asociado a dapagliflozina y el otro 10% asociado a canagliflozina. El 80% de los pacientes presentó una causa infecciosa (40% de origen urinaria, 20% abdominal, 10% respiratoria), el resto ingresó en el contexto de un síndrome coronario agudo.

El pH medio al ingreso fue de $7,02 \pm 0,25$, HCO_3^- 11 ± 13 , PCO_2 30 ± 14 , EB -12 ± 15 . Los niveles de metformina medios fueron de $27,6 \mu\text{g/ml}$ (mayor de 5 riesgo de intoxicación), la glucosa media 208 mg/dl , Cr $20,10 \text{ mg/dl}$, PCT 124 , PCT 14 , láctico $84,45 \text{ mg/dl}$. Tiempo de estancia en UCI fue de 4,25 días, el 80% requirió vasoactivos, el 60% ventilación mecánica y el 80% sesiones de hemofiltración, siendo exitus el 40% de los casos.

Conclusiones: El perfil clínico de pacientes con intoxicación por metformina es mujer sexagenaria que, en contexto de una infección, presenta un fallo renal agudo acumulando la metformina y produciendo acidosis metabólica grave. La incidencia de las intoxicaciones por Metformina en monoterapia es similar al de la metformina asociada a iSGLT-2, en nuestra serie. La mortalidad en ambos tipos de paciente es similar.

08:30-10:00 h

SALA C1+C2

PÓSTERES ORALES

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 5

Moderadores: Cruz Soriano Cuesta, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid/
Pablo Vidal Cortés, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

330. EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENTEROBACTERIAS PORTADORAS DE CARBAPENEMASAS. EVOLUCIÓN EN UNA DÉCADA

Cenoz Osinaga JI, Cid Valado P, Campos Lorenzo J, Gallego Barbachano I, Pallares González MA, Blanco Chapela J, Sancho Muriel D, Paz Esquete J y Martínez Melgar JL

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra.

Objetivos: Revisar la evolución de la presencia de enterobacterias portadoras de carbapenemasas (EPC), infecciones, tratamientos, y mortalidad, durante una década en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un Hospital Universitario de nivel II, donde se realizan estudios de vigilancia al ingreso y semanal, basándonos en las recomendaciones del proyecto Resistencia Zero.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo donde se revisan 3,877 pacientes ingresados en el SMI entre 2015 y 2024; se detectan 69 con EPC. Se analizan edad, sexo, momento de detección de la EPC (previo o durante el ingreso), bacteria, mecanismo de resistencia, colonización o infección por EPC, tipo de infección y tratamiento antibiótico empírico utilizado (con o sin colonización previa por EPC) y mortalidad. Se comprueban anualmente los resultados.

Resultados: La tasa de pacientes ingresados en el SM con EPC fue de 1,78%, 48 hombres y 21 mujeres, edad media 60,17, *E. coli* 4 (3 OXA y 1 NMD), *E. cloacae* 5 (1 OXA y 4 NMD), *S. marcescens* 1 (KPC) y *K. pneumoniae* 60 (1 KPC, 46 OXA y 12 NDM). Se registraron 47 colonizaciones (20 previo y 27 durante) y 22 infecciones (8 previo y 14 durante). Se detectó un incremento anual progresivo de EPC desde el año 2015 (no se aisló ninguna EPC hasta el año 2022 (tasa 4,29%), con posterior descenso (2,36% en 2023 y 0,72% en 2024). Se registraron 10 infecciones respiratorias, 6 urinarias, 2 abdominales, 2 de piel y 2 de foco desconocido. De los 19 pacientes que fallecieron, en 11 se aisló EPC como colonización (5 con infección nosocomial posterior, en 4 de ellos se trató empíricamente con ceftazidima-avibactam o cefiderocol y 1 fue exitus precoz) y 8 como infección (solo 1 recibió tratamiento empírico adecuado). De los 50 pacientes no fallecidos, se registraron 36 colonizaciones (4 con infección nosocomial por EPC posterior que recibieron tratamiento empírico adecuado) y 14 con infecciones por EPC (11 recibieron tratamiento empírico no adecuado durante una media de 2,5 días).

Conclusiones: La evolución de la tasa de EPC en nuestro SMI muestra un pico durante la pandemia con descenso posterior. Predominan las EPC de clase D (50 OXA-48), seguidas de clase B (17 NDM) y clase A (2

KPC). Las infecciones más frecuentes fueron respiratorias, seguidas de urinarias. Los estudios de vigilancia son de utilidad para iniciar tratamiento empírico adecuado.

331. INFECCIONES POR STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA EN NUESTRA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA. TRATAMIENTO UTILIZADO Y MORTALIDAD

Ballesteros Barroso M, Sánchez de Toro Hernández PJ, Amat Serna T y Rivera Fernández R

Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: Tasa de curación clínica y microbiológica en paciente crítico con infecciones por *Stenotrophomona maltophilia*.

Métodos: Se analizan las infecciones por *S. maltophilia* en pacientes críticos en la UCI del HUIJ, en los años 2020-2024. Variables: foco infeccioso, tratamiento antibiótico inicial y de rescate, curación clínica y/o microbiológica y mortalidad. Se ha definido como curación clínica la extubación o finalización de ventilación mecánica invasiva (VMI) por cánula de traqueostomía de manera permanente y curación microbiológica el resultado negativo de un cultivo de broncoaspirado o lavado broncoalveolar. Análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: 69 pacientes, el 70% varones, edad media 63 ± 13 años. APACHE II 17 ± 7 puntos. El 81% presentaron infección (colonización previa 31%), foco más frecuente respiratorio ($N = 51$). Hasta un 91% recibieron VMI (mediana 27 días; Q1-Q3: 13-39). Tratamiento inicial, 62% monoterapia: levofloxacino (28%), trimetoprim-sulfametoxazol (26%) y un caso tratado con cefiderocol. Terapia combinada: TMP/SMX y levofloxacino en el 30% de los pacientes. Tras el tratamiento inicial: curación 47% (clínica 36%, microbiológica 31%). En los casos de fracaso terapéutico (23 pacientes), el tratamiento de rescate más frecuente también fue en monoterapia: levofloxacino en 10 pacientes y TMP/SMX en 4 pacientes. La terapia combinada más frecuente fue TMP/SMX y levofloxacino en 4 pacientes. Se usó cefiderocol en dos casos. Tras el primer tratamiento de rescate: curación 57% ($N = 13$) (clínica 7 pacientes, microbiológica 10 pacientes). En una tercera línea por no control de la infección, se utilizó cefiderocol en dos casos, con curación clínica y microbiológica en un paciente. Estancia en UCI mediana de 25 días (Q1-Q3: 12-47) y hospitalaria de 38 días (Q1-Q3: 25-72). La mortalidad global fue del 43% (29 pacientes), en UCI 26 pacientes.

Conclusiones: La *S. maltophilia* tiene alta virulencia en el paciente crítico, se debería iniciar un tratamiento óptimo según las guías de práctica clínica. Se ha observado que, a mayor número de líneas de tratamiento por fracaso terapéutico menor respuesta tanto clínica como microbiológica. La mortalidad encontrada fue similar a la descrita por la literatura. Se debería plantear el uso de terapias combinadas o tratamiento inicial con cefiderocol para evitar el fracaso terapéutico y la morbimortalidad asociada.

332. ¿INFLUYE LA REGIÓN CORPORAL COLONIZADA POR MICROORGANISMOS EN LA PROBABILIDAD DE DESARROLLO DE INFECCIÓN?

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

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

Objetivos: Valorar en una muestra de pacientes colonizados cuál es la zona más frecuente de colonización y su relación con el desarrollo de infección.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en 55 pacientes ingresados en UCI del Hospital Torrecárdenas colonizados de septiembre 2023 a septiembre 2024. Las variables categóricas se expresan como porcentajes, se utiliza test de χ^2 y test de Fisher cuando la frecuencia esperada era inferior a 5. Se recogieron muestras a nivel rectal, nasal, axilar, perineal, faríngeo y traqueal.

Resultados: Durante el periodo de estudio se recogieron un total de 55 pacientes colonizados, de ellos 18 (32,7%) desarrollaron infección. De 7 muestras rectales positivas, 6 pacientes (85,7%) desarrollaron infección. $p = 0,04$. Dicha zona fue colonizada con más frecuencia por *Klebsiella pneumoniae* (57%). De 17 muestras nasales positivas, 8 pacientes (47,1%) presentaron infección frente a 9 (52,9%). $p = 0,22$. Dicha zona fue colonizada con más frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* (41%). De 19 muestras axilares positivas, 9 pacientes (47,4%) presentaron infección frente a 10 (52,6%). $p = 0,18$. Dicha zona fue colonizada

con más frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* (42%). De 33 muestras perineales positivas, 12 pacientes (36,4%) presentaron infección frente a 21 (63,6%). $p = 0,53$. Dicha zona fue colonizada con más frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* (63%). De 12 muestras faríngeas positivas, 5 pacientes (41,7%) presentaron infección frente a 7 (58,3%). $p = 0,49$. Dicha zona fue colonizada con más frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* (33%). De 20 muestras traqueales positivas, 11 pacientes (55%) presentaron infección frente a 9 (45%). $p = 0,02$. Dicha zona fue colonizada con más frecuencia por *Pseudomonas aeruginosa* (45%).

Conclusiones: La zona donde más resultados positivos de cultivos se obtuvieron fue a nivel perineal. El microorganismo responsable del mayor número de colonizaciones fue la *Pseudomonas aeruginosa*. Las zonas corporales con muestra positiva para colonización que desarrollaron con más frecuencia infección fueron: rectales ($p = 0,04$) y traqueales ($p = 0,02$).

333. ANÁLISIS DEL PATRÓN DE RESISTENCIA, TRATAMIENTO EMPÍRICO Y MORTALIDAD ASOCIADA A INFECCIÓN POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA*

Jiménez Parra N

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Conocer el perfil de resistencia (R) de infecciones causadas por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) en una unidad de cuidados intensivos (UCI), la tasa de tratamiento antibiótico (AB) inicial correcto y los factores asociados a la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de la infección por PA en la UCI del Hospital Universitario Son Espases durante el periodo 2022-2023. Análisis estadístico mediante chi cuadrado, test exacto de Fisher y regresión logística.

Resultados: Se analizaron 179 pacientes (p) consecutivos con infección por PA. La edad media fue 65 (55-72) años; SAPSIII: 55 (44-64) y APACHE II: 22 (17-28) puntos. Las comorbilidades previas fueron: diabetes 24% ($n = 43$); p oncohematológico 10% ($n = 18$); otras inmunosupresiones 9% ($n = 17$) y EPOC 4% ($n = 8$). El foco de infección fue: respiratoria comunitaria 11%; respiratoria asociada a VM: 68%; bacteriemias primarias y asociadas a catéter: 3%; infección de piel y partes blandas: 5%; infección de tracto urinario: 12%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 42% ($n = 76$ p). Los factores clínicos asociados a mortalidad se muestran en la tabla 1. El 26% de los p presentaban colonización previa por PA con patrón de R. El tratamiento AB inicial fue incorrecto en 40 p (22%), más frecuente en infecciones con patrón de R, pero no asociándose a una mayor mortalidad, [74p, 40 vs. 34 ($p = 0,43$)]. Las infecciones con patrón de R se asociaron a más días de VM, más traqueostomías y estancia más prolongada en UCI. Ni el patrón de resistencia, ni el tipo de infección se asociaron con la mortalidad.

Total=179	Exitus			
	n	no	si	p
Comorbilidades	86 (48%)	39 (38%)	47 (62%)	0,002
SAPS III		53 (42-62)	57 (48-66)	0,004
APACHE II		21 (16-26)	24 (18-29)	0,002
Sepsis/shock	83 (46%)	31 (37%)	52 (63%)	<0,001
Patrón R	74 (41%)	40 (54%)	34 (46%)	0,43

Tabla 1

Patrón R	n %	AB inicial correcto	AB inicial incorrecto	p (IC 95%)
No MDR	105 (59%)	93 (89%)	12 (11%)	<0,001
MDR	21 (12%)	16 (76%)	5 (24%)	0,160
XDR	40 (22%)	22(55%)	18 (45%)	< 0,001
MBL	13 (7%)	8 (62%)	5 (38%)	0,021

Tabla 2

Conclusiones: El 78% del tratamiento inicial en infección por *Pseudomonas aeruginosa* es correcto. El tratamiento antibiótico inicial incorrecto es más frecuente en infecciones con patrón de resistencia. Solo la gravedad del cuadro clínico se asoció a la mortalidad en este grupo de pacientes.

334. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL PANEL DE NEUMONÍA PCR EN PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE

Mataix Manero M, Cuadrado del Rey P, Plumed Martín L y Antón Pascual JL

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Evaluar concordancia entre Panel de neumonía PCR y cultivo microbiológico en muestras de lavado broncoalveolar (BAL) de pacientes críticos con infección respiratoria grave. Analizar el impacto del panel en la modificación del tratamiento antimicrobiano.

Métodos: Estudio retrospectivo de 72 pacientes de la UCI de HGUA de enero a diciembre de 2024 con infección respiratoria grave, tanto al ingreso como durante el mismo, y en los que se realizó Panel de neumonía PCR y cultivo de BAL. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS. Para el análisis descriptivo de las variables no paramétricas se empleó la mediana y el rango intercuartílico; en las paramétricas se aplicó la media y la desviación típica; y en las categóricas se usó frecuencia absoluta y porcentaje. Asimismo, se evaluó la concordancia entre el panel y el cultivo utilizando el índice kappa (κ).

Resultados: La muestra empleada en todos los casos fue BAL. El panel fue positivo en un 66,67%, el microorganismo más frecuente fue *Haemophilus influenzae* (19,4%). La concordancia entre el panel y el cultivo fue justa ($\kappa = 0,343$ $p = 0,003$). La sensibilidad fue del 82% y la especificidad del 51,52%. El porcentaje de discordancia (panel positivo y cultivo negativo) es de 22%. El valor predictivo positivo fue de 66,67% y el negativo de 70,83%. Se retiraron antibióticos en 47,2%. Se añadió un primer antibiótico en 25%, un segundo en 6,94% y un antiviral en 5,5%. En un 31,9% estas acciones se realizaron en las primeras 24 horas. El panel redujo el tiempo de diagnóstico en menos de 24 horas en 41,3% y el tiempo de antibióticos en 45,8%.

Conclusiones: Aunque la concordancia entre el panel y el cultivo fue limitada, el panel aportó información adicional en un porcentaje significativo de casos, impactando positivamente en la gestión clínica y en la optimización del uso de antibióticos y antivirales.

335. APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS A LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Poquet A, De Ancos J, Vignoly G, Romero E, Ramírez M, Castellanos Á y Ramírez P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una de las complicaciones infecciosas más difíciles de diagnosticar en el paciente crítico. Decidimos evaluar la intervención que un programa de optimización de antimicrobianos (PROA) tuvo sobre los episodios de NAV.

Métodos: Registro prospectivo de los episodios de NAVM evaluados por el PROA en una UCI de un hospital de referencia durante 2023 y 2024. Un mismo paciente pudo ser evaluado por más de un episodio de NAVM. Solo se registró la primera intervención del PROA en cada episodio de NAVM. En los casos de aceptación de una recomendación de retirada o desescalada antibiótica se realizó un seguimiento del paciente durante la siguiente semana. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje.

Resultados: Se recogieron 97 evaluaciones de NAVM-PROA sobre 115 antimicrobianos (91 pacientes). No se realizó ninguna recomendación sobre 29 fármacos (25%); en los restantes 87 fármacos las recomendaciones fueron: añadir fármaco 3 (3,4%), solicitar niveles 1 (1,1%), sustituir por otro fármaco 1 (1,1%), desescalar 10 (11,4%) y retirar 71 (81,6%). La desescalada fue aceptada en el 90% de los casos, se realizó retroceso de esta en un caso de sobreinfección. La recomendación de retirada fue por falta de indicación clínica 54 (76%) (aceptación 74%), por falta de indicación microbiológica 8 (11,2%) (aceptación 100%), por duración 8 (11,2%) (aceptación 87,5%) o por adecuación del esfuerzo terapéutico 1 (1,4%) (aceptación 100%). Hubo retroceso en la retirada de 16 prescripciones (28,5%), en 8 casos por diagnóstico de una infección distinta a la NAVM. De las 8 retiradas fallidas con persistencia de diagnóstico de NAVM la retirada se había recomendado por falta de indicación clínica 7 o por duración 1; el nuevo fármaco se pautó tras 24 h en el 87,5% de los casos y se mantuvo una media de 5 días. El PROA mantuvo su recomendación de no tratar en todos los casos.

Conclusiones: La reevaluación del diagnóstico de NAVM por el equipo PROA supone un elevado número de modificaciones en la prescripción antibiótica. Las modificaciones de retirada/desescalada fueron bien aceptadas y no fueron retractadas en la mayoría de las ocasiones.

336. UTILIDAD DE SERIAR B-D-GLUCANO SÉRICO EN PACIENTE CRÍTICO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA

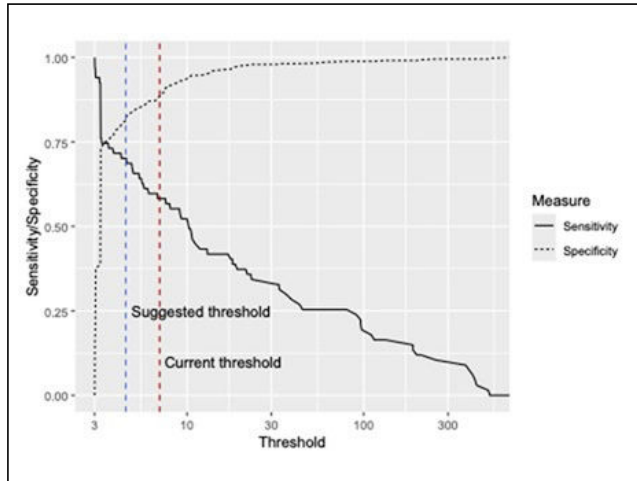
Haener KS¹, Ramírez Gallego P¹, Pemán García J¹, Hervás Marín D², Martín Latorre R¹, Narvarte Ramán FM¹, Sanz Castellar J¹, Soriano Cervera C¹ y López Gómez ME¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Universitat Politècnica de Valencia, Valencia.

Objetivos: La infección fúngica invasiva (IFI) en el paciente crítico cada vez es más frecuente y se asocia a una elevada mortalidad. En este estudio evaluamos un protocolo de detección precoz mediante la determinación de B-D-glucano (BDG) en pacientes susceptibles de sufrir de una IFI.

Métodos: Estudio unicéntrico y prospectivo. Se incluyeron pacientes con inmunosupresión clásica, pancreatitis aguda, SDRA, soporte con ECMO, patología intestinal o estancia en UCI superior a 15 días junto al uso de dispositivos invasivos. Se extrajeron muestras semanales de BDG en suero. En caso de obtener un resultado positivo se activaba un protocolo diagnóstico que incluía: hemocultivos, lavado broncoalveolar con cultivos y determinación de galactomanano y PCR de *P. jirovecii* (así como otras pruebas complementarias). Se realizó análisis estadístico con R, análisis descriptivo y evaluación de capacidad diagnóstica mediante curvas Roc.

Resultados: Se realizaron un total de 559 tomas de BDG en 210 pacientes. Hubo un predominio de varones (123 (58,5%)), con una edad media de 58,73 (13,29) años. Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial (46,1%), dislipemia (40,4%), neutropenia (11,9%), neoplasia (23,8%) y tratamiento con corticoides a altas dosis (5,2%). El ECMO fue necesario en 15 pacientes (7,1%) y la ventilación mecánica invasiva en 154 (73,6%). De las muestras tomadas, 120 (21,6%) resultaron positivas (punto de corte 7) y se activó el protocolo un total de 54 (45%) veces. Se diagnosticó una infección fúngica en 26 pacientes (12,3%), lo que supuso 45 determinaciones falso positivo de BDG (51,72%) y 25 (6%) falsos negativos de BDG. De este modo el punto de corte establecido de 7 tuvo una sensibilidad del 48,3% (IC95% [37,5, 59,2]%) y una especificidad del 94,0% (IC95% [91,2, 96,0]%). El análisis cuantitativo de los resultados de BDG resultó en un mejor punto de corte de 4,5 para el diagnóstico precoz de la infección fúngica; sensibilidad 97%, especificidad 92%, y área bajo la curva ROC de 0,986.



Conclusiones: La determinación periódica de BDG sérico en pacientes críticos susceptibles es una herramienta útil en el diagnóstico precoz de la IFI, si bien parece necesario un ajuste del punto de corte diagnóstico.

337. ANÁLISIS DE VARIABLES PREANALÍTICAS EN LA TOMA DE HEMOCULTIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Del Busto Martínez C

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: El hemocultivo (HC) es la técnica diagnóstica de las bacteriemias, principal causa de las sepsis. Las variables, principalmente

preanalíticas, influyen en el rendimiento diagnóstico del HC con importantes implicaciones sobre la seguridad en el paciente. Los objetivos son: analizar las principales variables preanalíticas de los HC solicitados en un hospital de tercer nivel y en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y encontrar puntos de mejora.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo (2023). Los datos preanalíticos y sus estándares aconsejados son: volumen de la muestra: 7-13 ml; episodio con un solo HC: 0%; tiempo de procesamiento: < 4 horas; porcentaje de contaminaciones: < 3%; porcentaje de catéteres sin HC: 0%. Para obtener los datos se cruzaron datos del sistema de gestión de historia clínica Millenium (Indra) y del programa informático del laboratorio Gestlab (Cointec).

Resultados: A lo largo del año 2023, se recibieron en el Servicio de Microbiología 23.558 hemocultivos (2.528 de UCI), detectándose un total de 1.749 bacteriemias (159 de UCI). Los resultados de las variables preanalíticas las podemos ver en la tabla.

Variables preanalíticas		
Indicador	UCI (2023)	Promedio del HUCA (2023)
1. Volumen de las botellas de hemocultivo		
% botellas infrainoculadas	13,7%	26,1%
% botellas sobreinoculadas	3,4%	6,8%
2. % de episodios clínicos con solo 1 hemocultivo	3,3%	2,7%
3. Tiempo de procesamiento		
Mediana del tiempo de procesamiento	28 min	34 min
% de hemocultivos con tiempo de procesamiento superior a 4 horas	4,3%	12,2%
4. % de contaminaciones	6,7%	8%
5. % catéteres sin hemocultivo	8,7%	30,1%

Conclusiones: La técnica de recogida y procesamiento de hemocultivos en nuestro hospital aún precisa de mejora. Los datos preanalíticos en UCI son mejores que en el resto del hospital excepto en la recogida de un único hemocultivo. Es necesario ofrecer estos datos a los servicios implicados para mejorar la fase preanalítica del hemocultivo y ofrecer una mejor atención y más segura a los pacientes.

338. MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO INGRESADOS EN UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

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

Objetivos: Describir las principales características clínicas y la morbilidad de los pacientes con shock séptico que ingresaron en UCI de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, realizado en pacientes con shock séptico que ingresaron en UCI del HGUGM entre octubre-noviembre de 2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, necesidad de soportes orgánicos y morbilidad.

Resultados: Cincuenta y un pacientes incluidos. Edad 58 ± 15 años, 61% varones. I. Charlson 2 (RIC 0-5), algún nivel de dependencia en actividad diaria 16%, 39% pacientes oncológicos (18% tratamiento activo). Foco infeccioso: respiratorio 35%, abdominal 20% y urinario 20%. Hemocultivos positivos 31%. Aislamientos microbiológicos: *E. coli* 26%, *Klebsiella* spp 16%, *S. pneumoniae* 12% y *S. aureus* 8%. Gravedad ingreso: SOFA 7 (RIC 4-13), APACHE II 18 (RIC 13-23), índice de shock sistólico 1,31 ± 0,52 y lactato 3,7 ± 3,4 mmol/l. Precisaron soporte vasoactivo 90%, vasopresina asociada 40% y dobutamina 15%. Miocardiopatía séptica 29%, disfunción ventricular grave (FEVI < 30%) 16,5%. Fracaso renal agudo 71%, de ellos, 40% requirieron depuración extrarrenal. Un 47% requirió VMI con duración de 6 días (RIC 2-12). Recomendaciones manejo inicial propuesto por SSC implementado en 90% de los pacientes. Estancia en UCI 4 días (RIC 3-12), con mortalidad del 19%. Estancia hospitalaria 16 días (8-34), con mortalidad del 25%.

Conclusiones: Importante porcentaje de pacientes con shock séptico con proceso oncológico activo que ingresaron en UCI. Elevada morbilidad y estancia hospitalaria, a pesar de elevado cumplimiento de recomendaciones SSC. Foco infeccioso primario más frecuente respiratorio y *E. coli* microorganismo más aislado.

339. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD DE LA BACTERIEMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Del Busto Martínez C

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Se definen los indicadores para la certificación ISO9001 del PROA y la futura certificación del PROA de la AEMPS, evaluando la mortalidad en pacientes con bacteriemia detectadas en 2023 en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo (2023). Los datos se desagregaron por los 5 microorganismos más frecuentes (excluyendo estafilococos coagulasa-negativa), la presencia de resistencia y el origen. Para obtener los datos se cruzaron datos del sistema de gestión de historia clínica Millenium (Indra) y del programa informático del laboratorio Gestlab (Cointec). Se definió: mortalidad acontecida en los 14 días siguientes a la bacteriemia; solo se contabilizó el primer episodio de bacteriemia por paciente; microorganismos resistentes: enterobacterias productoras de BLEE y/o carbapenemasa (mR), *S. aureus* resistente a meticilina (MR), *E. faecalis* resistente a glicopéptidos, *P. aeruginosa* (XDR) resistente a tres de estos fármacos: ceftazidima, piperacilina/tazobactam, meropenem, ciprofloxacino, tobramicina y colistina; nosocomial: bacteriemia acontecida tras 48 h de ingreso.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: Hubo un mayor número de bacteriemias comunitarias, principalmente por *E. coli* no Mr. Los patógenos menos frecuente fueron *Enterococcus faecalis* y *faecium*. No se observaron diferencias significativas de mortalidad en función del patógeno, origen o resistencia. Se han definido indicadores sencillos y reproducibles que pueden obtenerse mediante el cruce de datos entre el programa clínico y el programa de laboratorio, útiles para la certificación de un PROA.

340. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS A LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UCI

Domingo Barrera I, Gordón Sahuquillo M, Villarreal Tello E, Frasquet Artés JS, Travesí Pérez M, Castellanos Ortega Á y Ramírez Gallego M

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: La desescalada antibiótica es una estrategia clave dentro de los programas de optimización de antibióticos (PROA). En los pacientes oncohematológicos (POH) existe cierta reticencia a retirar o reducir el tratamiento antimicrobiano. El objetivo de este estudio es realizar un seguimiento de la desescalada en los POH en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, incluyendo a todos los POH hospitalizados en la UCI durante 2024 y evaluados por el PROA. Solo se registró la primera intervención del PROA que supuso una recomendación de desescalada en cada paciente. En los casos de aceptación de dicha recomendación se realizó un seguimiento del paciente durante la siguiente semana. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas en mediana (IC).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 14 (33,3%) mujeres, mediana edad 65 (51-71). Enfermedades oncohematológicas más frecuentes: LMA n 13 (31%), LLA n 5 (11,9%) y SMD n 4 (9,5%). El 90,9% (n 40) de los pa-

cientes estaba recibiendo un tratamiento antimicrobiano. En 26 pacientes (62%) se recomendó desescalada o retirada de antibioterapia (tabla). Cinco fármacos fueron reanudados en 4 pacientes (15,4%) tras una mediana de 2 días (1-4). Por iniciativa del servicio de Hematología en 3 casos (75%) y del servicio de la UCI en 1 caso (25%). En 2 pacientes (7,7%) se diagnosticó una infección tras la desescalada: persistencia de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* tras pasar a monoterapia (no control del foco infeccioso) y bacteriemia por *Enterococcus faecium* 6 días tras la sesión PROA. Dos pacientes (7,7%) fallecieron por la infección desescalada, en ninguno de ellos hubo nuevos aislamientos.

Recomendación	Fármaco original	Fármaco recomendado	Aceptación	Reanudación
Retirada por causa microbiológica (n 18; 69,2%)	linezolid (12), meropenem (2), tedizolid (1), ampicilina (1), aciclovir (1), anidulafungina (1)		18 (100)	3 (16,7)
Retirada por falta de indicación (n 12; 46,2%)	meropenem (4), linezolid (2), tedizolid (1), vancomicina (1), ciprofloxacino (1), anfotericina B (1), isavuconazol (1), aciclovir (1)		12 (100)	1 (8,3)
Desescalada (n 8; 30,8%)	Meropenem (7), ceftazidima/avibactam (1)	Ceftazidima (3), ceftriaxona (1), levofloxacino (1)	7 (87,5)	2 (25)
Paso a monoterapia (n 3; 11,5%)	Amikacina (3)		3 (100)	0 (0)
Retirada por duración (n 2; 7,7%)	Levofloxacino (1), ceftazidima (1)		2 (100)	0 (0)

Conclusiones: La desescalada antimicrobiana en pacientes oncohematológicos es factible y bien aceptada por los especialistas de medicina intensiva. Los resultados indican que este tipo de intervención es segura en los pacientes hematológicos críticos.

341. BÚSQUEDA DE LA MEJORA DEL USO DE ANTIBIÓTICOS. ANÁLISIS PREVIO DE LA BASE DE DATOS DE ENVIN

Castro Medina C, Sousa González A, Gutiérrez Morales I, Villa López IM y Jiménez Pichardo L

Hospital General de Riotinto, Huelva.

Objetivos: Analizar los indicadores de calidad en el empleo de antimicrobianos en una UCI de un hospital comarcal sin Programa de Optimización de Antibióticos (PROA).

Métodos: Estudio retrospectivo del uso de antimicrobianos en los pacientes ingresados durante más de 24 horas en UCI de un hospital comarcal durante 12 meses (año 2023). Los indicadores de calidad se calcularon a partir de los datos de uso de antimicrobianos del registro ENVIN-HELICS y fueron expresados como tasa de uso de antimicrobianos, tasa de tratamientos dirigidos, tasa de días sin antimicrobianos en UCI, tasa de tratamiento empírico adecuado, tasa de cambio de antimicrobiano empírico por ajuste o desescalada y días de uso de profilaxis quirúrgica.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 225 pacientes con un total de 880 días de estancia en UCI. La tasa de uso de ATM fue de 125,2% (estándar < 100%), así como la tasa de días sin antimicrobia-

Tabla Póster 339

2023	Total			Nosocomiales			Comunitarias		
	Bacteriemias	Exitus	%	Bacteriemias	Exitus	%	Bacteriemias	Exitus	%
Escherichia coli	385	24	6,2	96	13	13,5	289	11	3,8
Escherichia coli mR	47	4	8,5	11	1	9,1	36	3	8,3
Escherichia coli no mR	338	20	5,9	85	12	14,1	253	8	3,2
Staphylococcus aureus	171	20	11,7	71	9	12,7	100	11	11,0
Staphylococcus aureus MR	29	6	20,7	14	3	21,4	15	3	20,0
Staphylococcus aureus MS	142	14	9,9	57	6	10,5	85	8	9,4
Pseudomonas aeruginosa	109	13	11,9	78	8	10,3	31	5	16,1
P. aeruginosa XDR	3	2	66,7	3	2	66,7	0	0	
P. aeruginosa no XDR	106	11	10,4	75	6	8,0	31	5	16,1
Enterococcus faecalis*	98	11	11,2	46	8	17,4	52	3	5,8
Enterococcus faecium*	98	15	15,3	74	13	17,6	24	2	8,3
Total	861	83	9,6	365	51	14,0	496	32	6,5

nos del 25,2% (estándar 30-40%) lo que muestra un elevado uso global de antimicrobianos en nuestra UCI. La tasa de tratamiento empírico adecuado fue de 89,4% similar al estándar de calidad (90%) por lo que se realiza una adecuada cobertura inicial de las infecciones, fundamental en pacientes críticos. En cambio, la tasa de tratamiento cambiados fue 20% (< 35%), la tasa de tratamientos dirigidos 24,5% (> 30%) y la tasa de tratamientos empíricos desescalados fue 11,7% (> 20%). El número medio de días de profilaxis quirúrgica fue 1,4 días, dentro del estándar de calidad (< 2 días).

La **Tabla 1** resume el resultado anual, así como distribución por cuatrimestres, de los diferentes indicadores de calidad de consumo de antimicrobianos evaluado.

Tabla 1. Monitorización cuatrimestral de indicadores de calidad de uso de ATM en UCI.

	1er C	2º C	3er C	2023	Estándar
Tasa uso ATM	133,55	118,08	125,00	125,23	<100
Tasa tratamiento dirigido	24,69	25,58	22,86	24,47	>30
Tasa tratamientos cambiados	18,52	17,44	25,71	20,25	<35
Tasa días sin ATM	23,87	23,16	30,56	25,23	30-40
Tasa tratamiento empírico adecuado	90,16	87,50	90,74	89,39	90
Tasa tratamiento empírico ajustado-desescalado	4,92	10,94	20,37	11,73	>20
Número de días de uso profilaxis quirúrgica	2,75	1,18	1,00	1,43	<2

Conclusiones: Existen un margen de mejora en el empleo global de antimicrobianos, así como en la desescalada hacia un tratamiento dirigido que disminuya el espectro y la presión antimicrobiana con la consiguiente reducción de aparición de resistencias. Sería conveniente iniciar un PROA y la obtención de resultados microbiológicos con mayor brevedad.

342. COLONIZACIÓN POR CANDIDA PASAPSILOSIS RESISTENTE A AZOLES: INCIDENCIA DE CANDIDEMIA Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD

Pineda Capitán JJ

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

Objetivos: Determinar a qué pacientes se les realizó estudio de portadores entre pacientes ingresados en UCI desde enero a noviembre 2024. Determinar aquellos pacientes colonizados por *Candida parapsilosis* resistente a azoles (CPRA). Análisis incidencia acumulada de candidemias por *Candida parapsilosis* y por otras especies de cándida en paciente colonizados y no colonizados por CPRA. Análisis de mortalidad en pacientes colonizados y no colonizados.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base recogida prospectivamente (enero-noviembre 2024). Se realizó frotis axilar para determinación de estado de portador al ingreso en todos los pacientes con criterios de aislamiento preventivo según el proyecto Resistencia Zero y después semanalmente a todos los pacientes. En los aislamientos invasivos de CPRA se secuenció el gen *erg11*. Todos los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria o fallecimiento. Se realizó una chi-cuadrado o test de Fisher para cálculo de proporciones.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 2386 pacientes realizándose estudio de portadores a 1080 pacientes, presentando durante su estancia en la Unidad colonización por CPRA 184 pacientes (17%). Se confirmó que todos los aislamientos de CPRA fueron *Candida parapsilosis* sensu stricto, siendo todos sensibles a equinocandinas y anfotericina B. Todos los aislamientos secuenciados presentaban la mutación G458S que confiere resistencia a azoles. Se diagnosticaron 13 episodios de candidemia por CPRA (9 durante su estancia en UCI y 4 en planta de hospitalización) entre los pacientes colonizados. 66 pacientes no colonizados desarrollaron candidemia por otras especies de *Candida* y 7 pacientes no colonizados desarrollaron candidemia por CPRA: Incidencia acumulada de candidemia por CPRA en colonizados fue de 7,06% (IC95% 4,18-11,71) vs. (8,15% IC95% 6,53-10,12) en no colonizados ($p = 0,66$). Además, en los pacientes colonizados, se diagnosticaron 10 episodios de candidemia por otra especie: incidencia acumulada de 5,4%. La mortalidad en UCI de los pacientes colonizados por CPRA fue del 25,54% y del 26% en los no colonizados ($p = 1$).

Conclusiones: La colonización por CPRA no aumenta el riesgo de desarrollo de candidemia ni aumento de la mortalidad respecto a pacientes no colonizados.

343. ANÁLISIS DE INFECCIONES INGRESADAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DR. PESET DE VALENCIA DURANTE LA (DANA) DE OCTUBRE 2024

Sigona Giangreco IA, Hernández Garcés H, Giner Brocal E, Sánchez Zafra S, Adoumalou López N, Chacón Betancourt EB, Chavero García T y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

Objetivos: Describir las complicaciones infecciosas ingresadas en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Dr. Peset de Valencia por la DANA en octubre de 2024.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Dr. Peset de Valencia. Se incluyeron pacientes mayores de edad ingresados en el servicio a consecuencia de infecciones por la DANA. Se definió *víctima primaria* como la que sufre daños directos por la inundación (casi ahogamiento, traumatismo, heridas incisas) y *víctima secundaria* como la que ingresa en UCI con patología agravada por la DANA. Las variables registradas fueron: patógeno y tratamiento empírico, comorbilidades, días de hospitalización, necesidad de vasoactivo y/o ventilatorio, inmunidad y tipo de víctima. Los datos se expresaron mediante número de casos y porcentaje; variables cualitativas y mediante media $\pm$ DE las variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron 4 pacientes, 2 (50%) hombres y 2 (50%) mujeres con una edad media de 68 $\pm$ 10,56 años. Cuatro víctimas secundarias y una que cumplía con ambas definiciones. Los patógenos identificados y los tratamientos utilizados fueron: dos pacientes (40%) *Salmonella enterica* (ciprofloxacino), uno (20%) *Leptospira* spp. (piperacilina/tazobactam, linezolid y clindamicina), uno (20%) *Legionella* spp. (azitromicina + ceftriaxona) y uno (20%) *Aeromonas caviae* (levofloxacino). Las comorbilidades que presentaron los pacientes fueron: diabetes mellitus tipo 2, EPOC, artritis reumatoide, HTA, obesidad, asma, hiperparatiroidismo, trastorno depresivo y dislipemia. En cuatro pacientes (60%) no fue necesario el uso de drogas vasoactivas ni soporte ventilatorio. Sin embargo, el caso de neumonía por *Legionella* spp. requirió VMI y uso de vasopresores. La media de días ingresados fue de 9,25 $\pm$ 2,5 y no se registró ningún fallecimiento.

Conclusiones: Este estudio resaltó la importancia de evaluar las complicaciones infecciosas en el contexto de desastres ambientales. Se observó como las barreras logísticas pueden retrasar o complicar los cuadros primarios. A pesar de las complejidades, el tratamiento empírico aplicado fue efectivo en la todos de los casos, reflejando un manejo adecuado de las infecciones sin necesidad de soporte intensivo en la mayoría de los pacientes. La ausencia de mortalidad en el estudio sugiere una respuesta clínica eficaz, a pesar de los desafíos.

344. IMPACTO DE LOS TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

Martínez Martínez M, Romero D, Papiol Gallofre E, Alcaraz R, Nuviols Casals FX, Martín Gómez MT y Ferrer R

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto de BFPP en tiempo desde la obtención de la muestra al tratamiento antibiótico dirigido en pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), neumonía nosocomial (NN) que requiere ventilación mecánica o neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con factores de riesgo para el fracaso de tratamiento, comparado con los cultivos convencionales de lavado bronquioalveolar (LBA).

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes adultos que requirieron ingreso en UCI y fueron diagnosticados de NAVM, NN o NAC). Las muestras de LBA se procesaron con BFPP y cultivos convencionales. BFPP estaba disponible desde las 8 a las 20h de lunes a viernes. Los cultivos convencionales se procesaron e interpretaron de lunes a domingo de 8 a 22h. La población se describe usando frecuencia y porcentaje, media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (IQR). Las diferencias en el tiempo hasta el tratamiento antibiótico dirigido se evaluaron utilizando el test t de Student.

Resultados: Se incluyeron sesenta pacientes. 36 (60%) fueron varones. La mediana de edad fue de 59 (IQR 50-66) años. La mediana de APACHE fue 20 (IQR 11-28). Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad pulmonar (16 -26,7%), diabetes mellitus (12- 20%) y enfermedad renal crónica (11,7%). La infección de tracto respiratorio inferior

Tabla Póster 344

	BFPP (n = 60)			Cultivo de LBA (n = 60)		
	Negativo (36 - 60%)	Positivo (24 -40%)	Total	Negativo (39 - 65%)	Positivo (21 -35%)	Total
Escalada	1	3	4	0	0	0
Desescalada	3	7	10	2	4	6
Fin del tratamiento	5	2	7	2	1	3
Total	9	12	21	4	5	9

más frecuente fue la NAVM (44,73,3%), seguida de la NAC (11, 18,3%) y la NN (5, 8,3%). Tres pacientes (5%) recibieron tratamiento empírico inadecuado y requirieron escalar tratamiento tras los resultados microbiológicos. BFPP supuso cambios terapéuticos en 21 pacientes. Los cultivos definitivos supusieron 9 modificaciones posteriores (tabla). El tiempo medio desde la obtención de la muestra al cambio de tratamiento antibiótico fue < 1 día (media 4,8 h desviación estándar 9,6 h) con BFPP y mayor de cuatro días (media 105,6 h, desviación estándar 79,2 h) con los cultivos convencionales (p < 0,001).

Conclusiones: Con el uso de BFPP se podría conseguir una terapéutica antibiótica dirigida de manera más rápida y disminuir el tratamiento empírico inadecuado en pacientes con infecciones respiratorias de tracto inferior.

08:30-10:00 h

SALA 8

PÓSTERES ORALES

HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA CRÍTICA 2

Moderadores: Ángel Estella García, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera/
Elena Cuenca Fito, Hospital Universitario de Ourense

345. PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI: EVOLUCIÓN SEGÚN EL MOTIVO DE INGRESO (PATOLOGÍA MÉDICA VS. POSOPERATORIO URGENTE)

Malingre Gajino M

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Objetivos: Comparar la evolución clínica y mortalidad del paciente oncohematológico que ingresa en UCI, diferenciando según el motivo de ingreso (médico o quirúrgico urgente).

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 desde el 1 de enero de 2024 al 30 de junio de 2024. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2.3.28. Hemos excluido los pacientes que ingresan en contexto de posoperatorio programado.

Resultados: Se trata de una muestra de 62 pacientes: 41 (66%) ingresaban por motivo médico. El principal motivo de ingreso médico fue la inestabilidad hemodinámica en 32 pacientes (52%), seguido de la insuficiencia respiratoria en 21 pacientes (34%). 21 (34%) eran pacientes posoperatorios que ingresan tras intervención quirúrgica urgente. La mayoría de las neoplasias eran de origen gastrointestinal (17, un 27%). En segundo lugar, se encontraban las neoplasias hematológicas (16, un 26%) y en tercero las de pulmón (14, un 23%). Se realizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas, sin evidenciarse asociación estadística con ninguno de los scores registrados (ECOG, Índice de Comorbilidad de Charlson, escala de fragilidad, Karnofsky, APACHE-II y SOFA). Para las variables cualitativas se utilizó la prueba chi cuadrado, encontrándose asociación estadística con el posoperatorio y la necesidad de

nutrición enteral o parenteral (p 0,009 con RR 0,4). Los pacientes hematológicos que ingresaban eran principalmente por motivos médicos (p 0,036 con RR 3,3). No se encontró asociación estadística con las variables de soporte orgánico. La mortalidad durante el ingreso en UCI fue de 22 pacientes (35%), mientras que la mortalidad a los 3 meses fue de 31 pacientes (52%). No se encontró asociación estadística entre la mortalidad según el motivo de ingreso, ni con la necesidad de reingreso hospitalario a los 3 meses.

Conclusiones: No se ha evidenciado diferencias estadísticamente significativas entre el paciente médico y quirúrgico urgente con respecto a la necesidad de soporte orgánico, mortalidad o reingreso hospitalario. No se han evidenciado diferencias estadísticamente significativas en la clase funcional del paciente según el motivo de ingreso.

346. PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI: EVOLUCIÓN SEGÚN EL MOTIVO DE INGRESO (PATOLOGÍA MÉDICA VS. POSOPERATORIO)

Malingre Gajino M

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Comparar la evolución clínica y mortalidad del paciente oncohematológico que ingresa en UCI, diferenciando según el motivo de ingreso (médico o quirúrgico).

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 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 135 pacientes: 41 (30%) ingresaban por motivo médico. El principal motivo de ingreso fue la inestabilidad hemodinámica en 32 pacientes (24%), seguido de la insuficiencia respiratoria en 21 pacientes (16%). 94 (70%) eran pacientes quirúrgicos, de los cuales 73 (54%) se intervenían de forma programada. La mayoría de las neoplasias eran de origen gastrointestinal (57, un 42%). En segundo lugar, se encontraban las neoplasias de pulmón (23, un 17%) y en tercero las hematológicas (18, un 13%). Se realizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas. Dentro de los scores se evidenció asociación estadística con la escala de fragilidad (p 0,005 con OR 1,7), APACHE-II (p < 0,001 con OR 1,1) y SOFA (p < 0,001 con OR 1,3), con una puntuación media mayor en los pacientes médicos con respecto a los quirúrgicos. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado, encontrándose asociación estadística entre el paciente médico y la presencia de neutropenia (p 0,001 con RR 5,1). Los pacientes hematológicos que ingresaban eran principalmente por motivos médicos (p < 0,001 con RR 3,5). También hubo una mayor necesidad de soporte ventilatorio (p 0,031 con RR 1,3), vasoactivo (p 0,023 con RR 1,3), antibioterapia (p 0,009 con RR 1,3) y terapias de depuración extrarrenal (p 0,002) en los pacientes médicos. La mortalidad durante el ingreso en UCI fue de 24 pacientes (18%), mientras que la mortalidad a los 3 meses fue de 39 pacientes (29%). Se encontró una asociación estadística entre la mortalidad (tanto al ingreso como a los 3 meses) con el paciente médico (p < 0,001 con RR 3,2 y p < 0,001 con RR 2,2 respectivamente). También se encontró asociación entre el posoperatorio urgente y la necesidad de reingreso hospitalario a los 3 meses (p 0,013 con RR 1,3).

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes oncohematológicos que ingresan en nuestra UCI es para control posoperatorio. Hemos observado una mayor necesidad de soporte orgánico en el paciente médico con respecto al quirúrgico, así como una mayor tasa de mortalidad y de reingreso hospitalario.

347. VARIABLES RELACIONADAS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON NEOPLASIA SÓLIDA EN LA UCI

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Conocer los factores pronósticos asociados a mortalidad hospitalaria puede ser de utilidad para mejorar los resultados clínicos de este grupo particular de pacientes y optimizar los recursos disponibles en su atención.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo de cohortes. Se seleccionaron a los pacientes con tumor de órgano sólido que ingresaron en la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) desde enero de 2017 a diciembre de 2021. El diagnóstico de la neoplasia de órgano sólido se había realizado antes o durante su ingreso en la UCI. Se incluyeron los pacientes con enfermedad metastásica o tumoral localizada que habían recibido tratamiento con intención curativa o paliativa durante los doce meses previos al ingreso en la UCI. Se excluyeron los tumores hematológicos.

Resultados: Ingresaron 200 pacientes con neoplasia de órgano sólido en la UCI. La edad media fue de $61,6 \pm 14,2$ años. El 77% presentaron buena situación basal (ECOG 0-1). Las neoplasias más frecuentes fueron las digestivas y hepatobiliares (24,5%). El 38% fueron pacientes metastásicos. El motivo de ingreso más frecuente fue el neurológico (26%), la insuficiencia respiratoria (24,5%) y la sepsis (24%). Los soportes orgánicos más empleados fueron la ventilación mecánica invasiva (47,5%) y la noradrenalina (55,5%). La mortalidad en la UCI y hospitalaria fue del 32% y 42%, respectivamente. A los seis meses la mortalidad fue del 51% y al año 61%. Se relacionaron de forma independiente con mayor mortalidad el tratamiento oncológico previo (OR 2,31), la necesidad de noradrenalina (OR 2,96) la ventilación mecánica (OR 2,17) y la escala APACHE II (OR 1,07). Los niveles de albúmina (OR 0,47) y el ECOG 0-1 (OR 0,28) fueron factores protectores para la mortalidad hospitalaria.

Variable	OR	IC 95%	p
Edad	0,97	0,94-1,00	0,158
ECOG 0-1	0,28	0,11-0,67	0,005
Tratamiento previo	2,31	1,08-5,07	0,032
FC	1,01	0,99-1,03	0,08
Albúmina	0,47	0,25-0,85	0,014
Noradrenalina	2,96	1,37-6,56	0,006
VMI	2,17	1,02-4,68	0,044
APACHE II	1,07	1,01-1,13	0,018
Días hasta ingreso en la UCI*	0,99	0,96-1,00	0,27

*Días desde el ingreso hospitalario hasta el ingreso en la UCI. ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group. FC: frecuencia cardíaca. VMI: ventilación mecánica invasiva. APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. SAPS: Simplified Acute Physiology Score.

Conclusiones: La evolución de la mortalidad hospitalaria de pacientes con tumor de órgano sólido que requieren ingreso en la UCI ha mejorado progresivamente. La mortalidad hospitalaria de nuestra serie fue del 42%. A los seis meses había fallecido la mitad de los pacientes y al año el 62%. Los factores asociados a mortalidad hospitalaria identificados en nuestra muestra fueron haber recibido tratamiento oncológico previo, la necesidad de noradrenalina, ventilación mecánica y la escala APACHE II. El aumento de los niveles de albúmina y el ECOG 0-1 fueron factores protectores para mortalidad hospitalaria.

348. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS CIRUGÍA PROGRAMADA

García Arjona R, Palomares Nova G y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación de diferentes variables con la mortalidad de los pacientes que ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) tras cirugía programada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de enero 2021 a octubre 2024. Se analiza la relación entre mortalidad y características sociodemográficas, escalas de gravedad, tipo y estadiaje de tumor, cirugía, complicaciones y reintervención, fracaso orgánico, días en UCI y rein-

greso. Se emplea programa estadístico SPSSv25 mediante estadística no paramétrica y regresión logística.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 89 pacientes con una edad mediana de 62 años y siendo el 62,9% hombres. La mortalidad en UCI fue del 12% y al año de ingreso (pacientes ingresados hasta 2023) del 22,4%.

Variable	Test	Significación estadística (p). Mortalidad
Edad	t de Student	0,244
Sexo	Chi-cuadrado	0,571
HTA	Chi-cuadrado	0,015
Otros antecedentes	Chi-cuadrado	> 0,05
APACHE II	U-Mann Whitney	0,001
ASA	U-Mann Whitney	0,825
Tipo de tumor	Chi-cuadrado	0,024
Tipo de tumor: ovario + hígado	Regresión logística	Odds ratio 8,6
Estadiaje	U-Mann Whitney	0,859
Metástasis	Chi-cuadrado	0,970
Tipo de cirugía	Chi-cuadrado	0,402
Complicación quirúrgica	Chi-cuadrado	0,388
Reintervención	Chi-cuadrado	0,006
Fracaso hemodinámico	Chi-cuadrado	0,000
Fracaso respiratorio	Chi-cuadrado	0,000
Ventilación mecánica > 24 horas	Chi-cuadrado	0,001
Fracaso renal	Chi-cuadrado	0,000
Fracaso hepático	Chi-cuadrado	0,000
Días en UCI	U-Mann Whitney	0,271
Reingreso	Chi-cuadrado	0,292

Conclusiones: En nuestra serie la hipertensión, el APACHE II, el tipo de tumor (hígado y útero), la necesidad de reintervención, el fracaso orgánico y la ventilación mecánica más allá de las primeras 24 horas están relacionados significativamente con una mayor mortalidad en UCI. Con los datos obtenidos no podemos aun predecir pronóstico según el tipo de paciente.

349. CIRUGÍA PROGRAMADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

García Arjona R, Pérez Ruiz M y Palomares Nova G

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir el perfil clínico, evolución y resultados de los pacientes posoperados de manera programada que ingresan en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes que tras cirugía programada ingresan en UCI polivalente desde enero 2021 a octubre 2024. Las variables analizadas fueron; sociodemográficas, patología intervenida, extensión de enfermedad, tipo de cirugía, escalas de gravedad, complicaciones secundarias, fracaso orgánico y soporte que precisaron; estancia y reingresos en UCI; mortalidad y principales causas.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresan 3031 pacientes, de ellos 89 fueron posquirúrgicos programados, suponiendo 2,94% del total de ingresos. El 62,9% eran hombres y las restantes mujeres; mediana de edad 62 (desviación estándar [DS] 10,19). El 53,9% eran hipertensos, 38,2% dislipemia, 19,1% obesidad, 27% diabetes, 7,9% cardiopatía isquémica, 5,6% enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La escala ASA refleja una mediana 3 (DE 0,56); la escala APACHE II 11 (DE 5,49). El 93,2% se intervienen patología oncológica; siendo el más frecuente el cáncer de colon en un 28,1%, páncreas 23,6%, esófago 11,2%, recto 6,7%, hepático 5,6%, vía biliar 5,6%, gástrico 4,5%, riñón 2,2%, ovario 2,2%, el 6,7% presentaban patología no oncológica. Del total de pacientes intervenidos de cirugía oncológica, el 53,5% presentaban un estadio IV, el 9,3% III, 12,8% II, el 24,4% I. Las cirugías más frecuentes fueron la duodenopancreatectomía céflica 27%, la metastasectomía 16,9%, hepatectomía 12,4%, esofagectomía 11,2% y hemicolectomía 5,6%. Con respecto a las complicaciones quirúrgicas 78,7% no presentó ninguna, 6,7% sangrado con 2,2% de shock hemorrágico, 4,5% dehiscencia de suturas, 3,5% perforación intestinal. Precizando reintervención quirúrgica 7,9%. El 66,3% extubados en las primeras 24 horas, 20% presentaron fracaso respiratorio, con media de días de ventilación mecánica de 4,08 (DE 6,96). Presentaron fracaso hemodinámico 43,8%, renal 22,5% indicándose TCRR en 6,7% y hepático 4,5%. La media de días de estancia en UCI fue 7,43 (DE 8,34), precisando reingreso

UCI 9%. La mortalidad fue 11,2%, siendo la principal causa de *exitus* el shock séptico 7,9% (FMO 3,4% restante).

Conclusiones: En nuestra unidad ingresa un bajo porcentaje de pacientes posoperados de cirugía programada, siendo la patología oncológica digestiva la más frecuente y con más de mitad de ellos en estadio avanzado. La mayoría no presentó complicaciones quirúrgicas, aunque sí otras como fracaso orgánico; la estancia fue corta y la mortalidad elevada.

350. ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS VALORADOS POR EL SMI DEL HGU CR

Hernández Gozalves G, Martínez Migallón MDS, Gómez Grande ML, Marín Marín CM, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Viñas Fernández P, Muñoz Moreno JF, Espinosa González MDC y Rubio Prieto E
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Conocer la evolución de los pacientes con enfermedad oncológica/hematológica (EOH) que valorados por nuestro servicio de Medicina Intensiva (SMI).

Métodos: Estudio prospectivo y longitudinal del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGU CR). Análisis de los pacientes que valoró el SMI en el año 2024 con algún tipo de EOH activa y seguimiento a los 3 meses. El estudio fue aceptado por el CEIM. Criterios de inclusión: pacientes > 16 años valorados por el SMI con EOH activa (reciente diagnóstico o tratamiento activo en los últimos 3 meses). Criterios de exclusión: síndrome coronario agudo; < 24 h de ingreso; enfermedad traumática grave; paciente EOH sin tratamiento quimioterápico.

Resultados: Se recogieron 52 pacientes con patologías médicas o quirúrgicas que padecían alguna EOH activa (65,4% hombres y 34,6% mujeres) con edad media de 68 años. Se rechazaron 4 pacientes (7,6%) en base a la pobre calidad de vida esperada, enfermedad crónica que limitaba su situación basal o futilidad en el tratamiento. De los pacientes rechazados, 2 fallecieron durante el ingreso y el tercero falleció a los 3 meses (mortalidad 75%). 1 paciente rechazó por voluntad propia el ingreso en UCI y falleció. 47 pacientes ingresaron en UCI (90,38%), con escala APACHE II media de 17 ± 8 . Al 23,4% de los pacientes ($n = 11$) se aplicó algún tipo de adecuación del tratamiento del soporte vital (ATSV, según el protocolo hospitalario con la certificación ISO 9001:2015). La mortalidad de los pacientes ingresados según se les aplica o no dicho protocolo queda reflejada en la tabla. La calidad de vida de los supervivientes 53,8% ($n = 28$) a los 3 meses del alta de UCI se mantuvo en el 32,1% ($n = 9$), empeoró en el 57,1% ($n = 16$) o había mejorado en el 10,7% ($n = 3$) siendo la principal causa de empeoramiento la debilidad adquirida en UCI en 81,2% ($n = 13$). La calidad de vida se evaluó mediante las escalas ECOG, Karnofsky y escala clínica de fragilidad.

Tabla 1. Mortalidad de los pacientes que ingresaron en UCI y durante el seguimiento a los 3 meses según la aplicación del protocolo ATSV

Mortalidad según aplicación del protocolo ATSV	Durante el ingreso en UCI	Seguimiento 3m
Se aplica el protocolo ATSV (23,4% $n=11$)	72,7% ($n=8$)	81,8% ($n=9$)
No se aplica el protocolo ATSV (76,6% $n=36$)	19,4% ($n=7$)	27,7% ($n=10$)
Total pacientes $n=47$ (APACHE II medio 17 ± 8)	31,9% ($n=15$)	40,4% ($n=19$)

Conclusiones: De 52 pacientes con EOH activa que fueron valorados por el SMI del HGU CR, el 90,38% ingresaron en UCI. Al 23,4% se les aplicó algún tipo de ATSV según nuestro protocolo hospitalario, con una mortalidad en este grupo del 72,7% durante el ingreso en UCI. De los pacientes supervivientes la calidad de vida había empeorado en el 57,1% principalmente por debilidad adquirida en UCI, mientras que en el resto de pacientes mejora o se mantiene su situación basal.

351. CÁNCER DE PULMÓN Y UCI: ¿QUÉ CARACTERIZA A LOS PACIENTES VALORADOS Y CÓMO EVOLUCIONAN?

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

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Análisis descriptivo de las características de pacientes con cáncer de pulmón valorados para ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) y de la evolución de los ingresados.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con cáncer de pulmón con enfermedad activa (considerando tratamiento activo actual o en los últimos 5 años) mayores de 18 años. Se analizaron mediante SPSS (V20) variables demográficas, clínicas y pronósticas. Se expresaron los resultados en media y desviación estándar (DE) en las variables que se ajustaban a la normalidad y en mediana y rango intercuartílico (RIC) las que no se ajustaban a la normalidad.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes (64,9% hombres) con una edad media de 65,58 años (DE: 8,61). La mayoría presentaba enfermedad metastásica (56,1%). El 58,2% había recibido quimioterapia, el 30,9% no había recibido tratamiento. La respuesta al tratamiento no era evaluable en el 45,5%. El 57,9% presentaba alguna comorbilidad, siendo la neumopatía la más frecuente (%). La mayoría de los pacientes tenían un ECOG y FRAIL favorables (entre 0-1 y 1-4, respectivamente). Se desestimó al 38,6% de los pacientes; la mayoría por un conjunto de varias causas, entre las que se encuentran la enfermedad tumoral (86,4%) o situación basal (50%). Los principales motivos de ingreso fueron shock (40%) e insuficiencia respiratoria (37,1%). Al ingreso tenían un SAPS II medio de 49,83 (DE: 21,61), APACHE II de 17,63 (DE: 8,97) y un SOFA mediano de 3 (RIC: 6). El 52,9% precisó soporte vasoactivo, el 39,4% soporte respiratorio no invasivo y el 47,1% ventilación mecánica invasiva (VMI). El 81,8% de los ingresados en UCI pudo ser dado de alta. En los pacientes ingresados, hubo diferencias significativas en la supervivencia en UCI entre los que precisaron VMI y los que no (50 vs. 100%, $p = 0,015$). Del total de pacientes valorados, el 71,4% fue dado de alta hospitalaria, de los cuales el 46,4% falleció en los siguientes 6 meses.

Conclusiones: El ingreso de los pacientes con cáncer de pulmón en la UCI está aumentando de forma importante tras el cambio de paradigma con el paciente oncológico crítico. La decisión de desestimar el ingreso se basa en una suma de variables y no únicamente en su enfermedad tumoral. A pesar de presentar puntuaciones elevadas en las escalas de gravedad al ingreso, la mayoría de pacientes fue dado de alta de UCI. La necesidad de ventilación mecánica invasiva es un factor importante en la mortalidad en UCI. Globalmente, la mortalidad a medio plazo de estos pacientes sigue siendo elevada.

352. PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN. ¿SON LAS HERRAMIENTAS HABITUALES SUFICIENTES PARA DECIDIR INGRESO O DESESTIMACIÓN EN UCI?

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

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en variables demográficas, clínicas y pronósticas entre los pacientes con cáncer de pulmón ingresados y desestimados para su ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con cáncer de pulmón con enfermedad activa (considerando tratamiento activo actual o en los últimos 5 años) mayores de 18 años. Se analizaron con el programa estadístico SPSS las diferencias entre variables demográficas, clínicas y pronósticas de pacientes ingresados y desestimados para su ingreso en UCI. Se expresaron los resultados en media y desviación estándar (DE) en las variables que se ajustaban a la normalidad y en mediana y rango intercuartílico (RIC) las que no se ajustaban a la normalidad. Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 35 ingresados y 22 desestimados. La edad media fue de 65,58 años (DE: 8,61), y el 64,9% eran hombres. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el sexo ni en las comorbilidades. Sin embargo, los pacientes ingresados eran más jóvenes, con una media de 64,53 años (DE: 8,49), frente a 68,82 años (DE: 8,57) en los desestimados ($p = 0,016$). En las escalas pronósticas, se encontraron diferencias significativas: en el ECOG ($p = 0,005$), la mayoría de los ingresados eran ECOG 0-1, mientras que los desestimados eran ECOG ≥ 2 . En la escala FRAIL ($p = 0,000$), el 45% de los ingresados se clasificaron Como FRAIL 1, y el 31,8% de los desestimados como FRAIL 5. No hubo diferencias en la extensión sistémica de la enfermedad, el tratamiento recibido, la respuesta al tratamiento ni en la proporción de altas hospitalarias. Finalmente, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad a los 6 meses del alta, siendo mayor en los desestimados (69,2 vs. 31,3%, $p = 0,021$).

Conclusiones: El estado funcional basal y la fragilidad del paciente tienen un impacto mayor que otros factores como el estadio tumoral o las

comorbilidades en la decisión de ingreso en UCI. Las escalas utilizadas para evaluar estos parámetros desempeñan un papel crucial para determinar el pronóstico de estos pacientes, y en consecuencia, en el proceso de toma de decisiones a la hora de ingresar estos pacientes en UCI.

353. ANÁLISIS DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Méndez Hernández I, Lozano Sutil L, Cestero Ramírez L, García Ruiz J, Fernández Ramos A, Patino Martín M, Casquet Gómez AB, Díaz-Távora Luque M, Fernández González MDC y Montans Araujo M

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

Objetivos: 1) Conocer la incidencia de pacientes hematológicos que ingresan en nuestra unidad en los que se aplican criterios de adecuación del esfuerzo terapéutico. 2) Valorar si las medidas se adoptan al ingreso o durante el mismo. 3) Valorar la mortalidad que presentan estos pacientes.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, observacional. Se registraron el total de pacientes hematológicos ingresados en la UCI del CHUC entre los años 2022-2024, la mortalidad durante el ingreso en la unidad y a los 3 meses del alta hospitalaria, así como la aplicación de criterios de adecuación al ingreso o durante el mismo. Los criterios de adecuación al ingreso fueron definidos en base a la limitación en la utilización de ventilación mecánica, terapia renal sustitutiva o de ambas.

Resultados: De un total de 61 ingresos correspondientes a pacientes hematológicos, en un 21% se aplicó algún tipo de adecuación del esfuerzo terapéutico, de las cuales un 30% se realizaron en el momento de ingreso. La limitación más frecuente fue el uso de ventilación mecánica de forma aislada. Un 50% pertenecía al grupo etario de > 80 años y todos ellos presentaban algún tipo de comorbilidad a nivel cardíaco, renal o pulmonar. La mortalidad total de estos pacientes con limitación al ingreso fue de un 25% durante su estancia hospitalaria y del 25% a los 3 meses, frente a una mortalidad del 50% en pacientes en los que inicialmente no se decidió instaurar limitaciones.

Conclusiones: La adecuación del esfuerzo terapéutico es una medida aplicada en toda UCI. Si bien, el ingreso con restricciones en ciertas medidas de soporte no tiene por qué ser sinónimo de mal pronóstico. Por ello es necesario una correcta determinación, en base a la situación funcional del paciente, de qué medidas pueden ser beneficiosas y cuáles supondrían futilidad fisiológica, sin que ello perjudique el beneficio global del ingreso en la UCI.

354. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Méndez Hernández I, Lozano Sutil L, Cestero Ramírez L, García Ruiz J, Fernández Ramos A, Patino Martín 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: 1) Conocer la supervivencia de los pacientes hematológicos ingresados en nuestra unidad. 2) Determinar factores de riesgo previos o desarrollados durante el ingreso que influyan en la mortalidad. 3) Determinar si el motivo de ingreso fue la causa de muerte.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, observacional. Se registraron el total de pacientes hematológicos ingresados en la UCI del CHUC entre los años 2022-2024, la mortalidad durante el ingreso en la unidad y a los 3 meses del alta hospitalaria, así como la presencia de complicaciones infecciosas, días de ingreso y la puntuación de las escalas APACHE II y SOFA.

Resultados: De un total de 61 ingresos correspondientes a pacientes hematológicos, la mortalidad durante su estancia en UCI fue del 49%, y del 22% entre los supervivientes a los 3 meses del alta hospitalaria. Las neoplasias hematológicas predominantes fueron la leucemia mieloide aguda y el linfoma B, el 63% de todos los pacientes estaba en tratamiento de primera línea. El 40%, 16% y 18% presentaba cardiopatía, enfermedad pulmonar o renal previa respectivamente. El motivo de ingreso predominante fue la infección respiratoria, y el motivo de *exitus* el fracaso multiorgánico, en un 29% precedido por *shock* séptico. La puntuación media al ingreso en APACHE II y SOFA fueron 20,77 y 8,6 respectivamente. La estancia en UCI fue de una media de 10 días y 21 días de ingreso hospitalario. Un 57% precisó conexión a ventilación mecánica con una mediana de 7,5 días, el 11% precisó traqueostomía. Un 11% presentó focalidad infecciosa durante el ingreso sin asociar *shock* séptico, aquellos que precisaron ventilación mecánica presentaron NAVM en un 14% de los casos.

Conclusiones: El paciente hematológico crítico presenta una alta tasa de mortalidad, tanto por su enfermedad de base como por sus consecuencias, como pueden ser una estancia prolongada hospitalaria y, sobre todo, susceptibilidad al desarrollo de infecciones. Las infecciones fueron el principal motivo de ingreso, predominando las de tipo respiratorio. La causa más frecuente de *exitus* fue el fracaso multiorgánico, en un importante número de casos asoció *shock* séptico. A todo ello, se le unen factores de riesgo adicionales como las comorbilidades previas del paciente y el uso de medidas invasivas durante un periodo prolongado de tiempo, predisponiendo a un alto riesgo de sobreinfección durante su estancia en UCI.

355. PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UCI. INGRESOS DURANTE 5 AÑOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Díez Izquierdo C¹, Navas Álvarez S¹, Salas Martín J¹, Centeno Sotillo A¹, Raposo Puglia JÁ¹ y Jiménez Guerra E²

¹Hospital Universitario Puerta del Mar (C.H.U. Puerta del Mar), Cádiz.

²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, patología de base, factores pronósticos y situación al alta de los pacientes oncohematológicos ingresados en una UCI de tercer nivel durante un periodo de 5 años.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo sobre una cohorte anidada de pacientes que han ingresado en nuestra UCI desde el 1 de enero de 2020 hasta el 30 de noviembre de 2024 con patología de base oncohematológica. Se excluyeron los pacientes cuyo motivo de ingreso no guarda relación o no se vio agravado por su patología. EL análisis estadístico se realizó con SPSS v25 (IBM Corp., Armonk, NY).

Resultados: Durante este periodo ingresaron en nuestra UCI 49 pacientes. La mayoría de los pacientes eran varones (63%) y la media de edad fue 59 años. Previo a su ingreso en UCI, la media de estancia en el hospital fue de 9,8 días. La estancia en UCI fue 11,2 días de media. La principal patología oncohematológica de base fue linfoma no Hodgkin (61%), seguido de Leucemia aguda (27%), leucemia crónica (8%), gammapatía monoclonal (2%) y aplasia medular (2%). El motivo de ingreso más frecuente fue insuficiencia respiratoria (39%), seguido de sepsis/*shock* séptico (35%), hemorragia (8%) y otras causas (18%; incluye bajo nivel de conciencia, parada recuperada...). A su ingreso 35 de los pacientes tenían infección (71%) y el mismo número de pacientes 35, inicio una infección durante su estancia. Recibieron antibioterapia dirigida 40 pacientes (82%). En cuanto a escalas pronósticas: el SOFA al ingreso fue 8,04 de media, destaca un ingreso con SOFA 0. El APACHE II fue 23,4 de media. En ambos casos, se relaciona mayor disfunción con mayor mortalidad ($p < 0,05$). Durante su estancia, como soporte orgánico, precisaron soporte vasodilatativo 38 pacientes (78%), ventilación mecánica invasiva 23 pacientes (46%) y terapia de reemplazo renal 11 pacientes (22%). En los tres casos, la necesidad del soporte se relacionó con mayor mortalidad ($p < 0,05$). La mortalidad en UCI fue 53%, la mortalidad hospitalaria fue 63%.

Conclusiones: A pesar de los avances terapéuticos de los pacientes oncohematológicos, el ingreso de los mismos en una unidad de cuidados intensivos sigue relacionándose con una alta mortalidad. La patología más presente en nuestra cohorte fue linfoma no Hodgkin y la causa más frecuente fue insuficiencia respiratoria seguido de sepsis. Se trata de pacientes que asocian un alto grado de disfunción y precisan mucho soporte, lo que se relacionó con mayor mortalidad. También se aprecia la alta tasa de antibioterapia, solo 9 pacientes no recibieron antibiótico dirigido.

356. EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE NAVARRA

Ares Miró P, Vergara López E, Arrazubi Arrula V, Ansotegui Hernández A, Díaz de Antóna Sáenz V, Gurrutxaga Sotes I, Castillo Andueza A, Piedra Roset P, Moreno Rodríguez A y Llorente Sánchez A

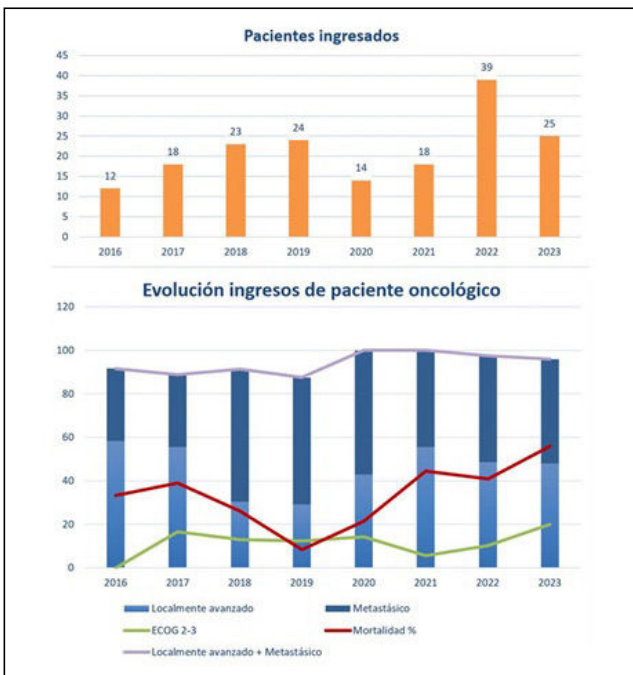
Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo que recoja las características evolutivas de los pacientes oncológicos que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Navarra (HUN).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes ingresados de manera urgente en la UCI del HUN entre enero de 2016 y septiembre de 2023. Los pacientes presentaban enfermedad oncológica activa, definida como tumor sólido activo o libre de enfermedad en los últimos seis meses, y que además eran candidatos a tratamiento adyuvante. Los resultados se expresan en forma de medias y desviaciones estándar (DE), así como en porcentajes (%).

Resultados: Fueron ingresados 173 pacientes. La supervivencia intra-hospitalaria fue de 65,3%.

		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nº de pacientes		12	18	23	24	14	18	39	25
Edad media (DE)		65,4 (6)	67,6 (7,9)	64 (13)	69 (9,9)	63,6 (12,8)	69,2 (7,4)	66,8 (8,5)	66,7 (8,8)
Situación funcional medida (%)	ECOG 0-1	100	83,3	87	87,5	85,7	94,4	89,7	80
	ECOG 2-3	0	16,7	13	12,5	14,3	5,6	10,3	20
Disfunción orgánica al ingreso, SOFA medio (DE)		8 (4,6)	9,1 (3,4)	8,2 (3)	9,3 (3,1)	9 (3,9)	9,1 (3,5)	8,1 (3,3)	8,1 (3,2)
Enfermedad oncológica	Localizada	8,3	11,1	8,7	12,5	0	0	2,6	4
	Localmente avanzada	58,3	55,6	30,4	29,2	42,9	55,6	48,7	48
	Metastásica	33,3	33,3	60,9	58,3	57,1	44,4	48,7	48
Mortalidad intrahospitalaria (%)		33,3	38,9	26,1	8,3	21,4	44,4	41,0	56,0



Conclusiones: Se ha observado un aumento constante en el número de ingresos de pacientes oncológicos en nuestra Unidad. Durante los años 2020 y 2021, se registró una disminución en los ingresos de pacientes oncológicos en UCI, lo que se podría atribuir a la crisis sanitaria provocada por la COVID-19. La mortalidad intrahospitalaria ha mostrado un incremento progresivo, lo que podría estar relacionado con el aumento de pacientes con enfermedad oncológica avanzada y un estado funcional deteriorado.

357. ANÁLISIS DE VARIABLES DEMOGRÁFICAS, ONCOLÓGICAS Y ALERGOLÓGICAS DE LAS DESENSIBILIZACIONES EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Lardelli Picallos S, Bonilla Fornes E, Cordobés Durán C, Tejada Ruiz J, Nieto Sánchez PA, Benítez Murillo MF y Gil Pérez NM

Hospital de Mérida (C.H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz.

Objetivos: Análisis de las variables de los pacientes sometidos a desensibilización en la UCI del Hospital de Mérida.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 37 pacientes ingresados en la UCI del hospital de Mérida para desensibilización a quimioterápicos entre enero de 2017 y diciembre de 2024, ingresados en la UCI del Hospital de Mérida para desensibilización a quimioterápicos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con las palabras clave “desensitization” y “chemotherapy” para recoger las variables de interés. El análisis se realizó mediante el sistema SPSS.

Resultados: De nuestra muestra, el 81% eran mujeres, con una edad media de 59 años. Como antecedentes, un 5% presentaban atopía, un 3% estaban tratados con betabloqueantes y un 5% con IECA. El 48% de la muestra presentaba cáncer de ovario, 13% recto-sigma, 11% mama, 11% colon, 5% endometrio, 5% hematológico, 3% pulmón y 3% de origen desconocido. Un 25% de los cánceres de mama y un 33% de los de ovario eran BRCA positivo. En cuanto a la clasificación de Brown, los 43% de los pacientes fueron grado 3, el 30% grado 1 y el 27% grado 2. La media de meses libres de enfermedad fue de 6 meses, realizándose el retratamiento con platino el 50%, taxanos el 14% y el 11% con carboplatino. El tiempo medio de aparición de reacciones fue de 101 minutos. No encontramos significación entre la clasificación de Brown y el sexo (p 0,7), la atopía (p 0,1), la toma de betabloqueantes (p 0,3), la toma de IECA (p 0,5), los antecedentes personales, el tipo de enfermedad oncológica (p 0,4) ni las mutaciones BRCA (p 0,5). Tampoco encontramos significación con el retratamiento (p 0,4). Se solicitó interleucina 6 (IL 6) a un 19% de la muestra y triptasa a un 70%. Se realizaron pruebas cutáneas a todos los pacientes, siendo positiva en un 35% de los pacientes (todos a platino). El 35% de los pacientes fue diagnosticado de hipersensibilidad, el 19% de anafilaxia, el 19% de reacción tipo I IgE y el 14% de anafilaxia. Encontramos relación entre el diagnóstico de alergología y la positividad a IL 6 (p < 0,01) y a triptasa (p < 0,01). No hay relación entre el diagnóstico y la positividad a pruebas cutáneas (p 0,1).

Conclusiones: Destaca que la mayoría de las desensibilizaciones fue a pacientes con cáncer de ovario, sin haber significación con la gravedad de la reacción. Encontramos gran variedad en el diagnóstico de Alergología, relacionado con las pruebas analíticas, aunque no las cutáneas. Una de las posibles causas por las que los datos no sean significativos es la pequeña muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

358. ANÁLISIS DE LAS DESENSIBILIZACIONES REALIZADAS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA: EXTENDIENDO LA UCI

Luque Mármol E, González Cárdenas M, Rey Barreiro U, Lardelli Picallos S, Bonilla Fornes E, Cordobés Durán C, Pérez Caballero FL, Peña Luna I, Benítez Morillo MF y Gil Pérez NM

Hospital de Mérida (C.H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz.

Objetivos: Análisis de las reacciones adversas de las desensibilizaciones en la UCI del Hospital de Mérida.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 37 pacientes ingresados en la UCI del hospital de Mérida para desensibilización a quimioterápicos entre enero de 2017 y diciembre de 2024, ingresados en la UCI del Hospital de Mérida para desensibilización a quimioterápicos. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con las palabras clave “desensitization” y “chemotherapy” para recoger las variables de interés. El análisis se realizó mediante el sistema SPSS.

Resultados: De nuestra muestra, el 81% eran mujeres, con una edad media de 59 años. Como antecedentes, un 5% presentaban atopía, un 3% estaban tratados con betabloqueantes y un 5% con IECA. El 48% de la muestra presentaba cáncer de ovario, 13% recto-sigma, 11% mama, 11% colon, 5% endometrio, 5% hematológico, 3% pulmón y 3% de origen desconocido. En cuanto a la clasificación de Brown, los 43% de los pacientes fueron grado 3, el 30% grado 1 y el 27% grado 2. La media de meses libres de enfermedad fue de 6 meses, realizándose retratamiento con platino el 50% y taxanos el 14%. La media de sesiones de desensibilización realizadas en nuestra UCI fue de 3, apareciendo reacciones disruptivas en 6 pacientes. En el 83% de los pacientes la reacción disruptiva fue de tipo cutáneo, cursando con prurito y eritema; en el 33% aparecieron reacciones vasculares y respiratorias, cursando con hipotensión, estridor y desaturación. Se suspendieron las sesiones de desensibilización en 2 de los pacientes, debido a recidiva de la reacción disruptiva (tipo cutáneo). No hay relación entre la aparición de reacciones disruptivas y el tipo de enfermedad oncológica (p 0,5), la clasificación de Brown (p 0,4) ni el diagnóstico de alergología (p 0,7). Tampoco hay significación entre estas reacciones y el retratamiento (p 0,7), los antecedentes (atopia p 0,5, betabloqueantes p 0,6 e IECA p 0,4). Encontramos relación entre el tipo de reacción y la necesidad de suspender las sesiones (p 0,02). No encontramos relación entre el número de sesiones realizadas y la aparición de reacciones.

Conclusiones: Destaca que las desensibilizaciones suspendidas no fueron debidas a la aparición de reacciones graves. Las desensibilizaciones realizadas en UCI se tratan de una técnica segura que permite la continuidad de las sesiones a pesar de la aparición de reacciones disruptivas. Una de las posibles causas por las que los datos no sean significativos es la pequeña muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

359. PROTOCOLO DE TRASFUSIÓN MASIVA (PTM) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA 2021-2024

Obando Martínez C, Granados Ricaurte JF, Muñoz González S, Jiménez Tejera G, Zalvide Cascales A, Delicado López E, Núñez Blanco N, Marciano Millán EJ, Figueroa Falconi J y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C.A.U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Analizar la activación del PTM en el HUSA periodo 2021-2024, y valorar las patologías principales con su mortalidad durante el periodo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en adultos ingresados en el HUSA con hemorragia significativa y en los que se activó el PTM, desde enero de 2021 hasta agosto del 2024. Se analizaron variables demográficas, N.º de transfusiones necesarias, motivo de activación del PTM, servicio que lo activo y servicio final de ingreso, diferenciando entre distintas unidades de críticos del HUSA. Intervención empleada para control de sangrado y mortalidad asociada al mismo, diferenciando entre mortalidad durante resucitación inicial y posteriormente en el ingreso.

Resultados: 78 pacientes, edad 64,3 ($\pm$ 16,9), Sexo: femenino 25,6%, masculino 74,4%. Ingreso en UCI: 10,24 días ($\pm$ 16,09); hospitalización de 22,65 ($\pm$ 25,2). Tiempo activación PTM 110,9 minutos ($\pm$ 86,3). Concentrados de hemáties (CH) trasfundidos 6,9 ($\pm$ 5,5), unidades PFC 0,9 ($\pm$ 1,27) y *pool* plaquetas 1,2 ($\pm$ 1,35). Servicio de ingreso: 43,34% UCI, el 27,27% Anestesia, el resto en unidad coronaria o ingreso en planta. Activación del PTM en 2022: 28 casos (35,9%). Servicio de activación: quirófano urgencias 42,8% (32,2-54,3), UCI 25,9% (17,3-37,1). Motivos de activación: Politraumatizados (PT) 24,7% (16,2-35,7) y síndrome aórtico agudo (SAoA) 25,9% (17,3-37,1), hemorragia digestiva (HD) 18,2% (10,9-28,6). Necesidad de intervención quirúrgica para control de sangrado 63,6% (52,2-73,7). Necesidad de IOT 87% (77,3-92,9). Mortalidad global 45,4%; *Exitus* durante el PTM 28,6% (19,5-39,8) y durante ese mismo ingreso 16,9% (9,8-27,1). Sobrevivieron 54,5% (43,2-65,4). Mortalidad vs. motivo de activación: fallecen mismo día de la noxa: SAA 31,8%, PT 27,3% y HD 9,1%; mortalidad posterior: PT 23,1%, SAA 15,4% y HD 30,8%. Recibieron CH $\geq$ 4: 46,2%. CH $\geq$ 4 vs. *exitus*: OR 3,7 ($p < 0,025$). Se relaciono con CH $\geq$ 4 estratificado por mortalidad 24 h: SAoA: OR 1,4 ($p: 0,01$). Trauma: OR 1,42 ($p > 0,05$). HD: 0,175 ($p: 0,04$).

Conclusiones: Las patologías que generan mayor mortalidad registrada en esta muestra, son de origen traumático, síndrome aórtico y HD. Pacientes con sangrado que ha requerido CH > 4 durante la estancia hospitalaria tienen una mortalidad 4 veces superior respecto al grupo control. Pacientes con politrauma y SAoA que han requerido en las primeras 24 h CH > 4 , tienen un aumento de 40% en la mortalidad. La HD con sangrado que ha requerido CH ≥ 4 , y que se somete a control endoscópico en ≤ 24 h reducen su mortalidad un 18%.

08:30-10:00 h

SALA C3+C4

PÓSTERES ORALES

RESPIRATORIO/SDRA/VM

Moderadores: Marcos Buj Vicente, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona/Ana Tizón Varela, Complejo Hospitalario Universitario de Orense

360. PRONO PRECOZ EN SDRA. ¿LA CLAVE PARA MEJORAR LOS RESULTADOS?

Vílchez Anguita A¹, Ávila Ariza M², Sánchez Calderón A² y Zamboschi N²

¹Hospital Valle de Guadalupe de Cartama (C.H.U. Virgen de la Victoria), Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C.H.U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Evaluar la eficacia del pronóstico precoz en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) de gravedad moderada y grave, y su asociación con los desenlaces clínicos.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los datos de pacientes con SDRA tratados en nuestra UCI entre junio y noviembre de 2024. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según recibieron pronóstico precoz (< 48 horas) o no, y a su vez en función del grado del distrés moderado o severo. La muestra incluyó un total de 17 pacientes: 11 con pronóstico precoz y 6 sin la maniobra. Se utilizó la prueba t de Student para comparar las medias de la duración de la ventilación mecánica invasiva (Vmi) entre ambos grupos. Además, se calculó la tasa de éxito de cada grupo, definida como el porcentaje de pacientes trasladados a planta frente a los que fallecieron.

Resultados: Los pacientes con SDRA moderado que recibieron pronóstico precoz mostraron una reducción significativa en la duración de la Vmi (6,5 días) en comparación con aquellos que no recibieron pronóstico precoz (11,6 días). En pacientes con SDRA grave, a pesar de recibir pronóstico precoz, la duración de la Vmi fue mayor (17 días) en comparación con los que no recibieron pronóstico (11,5 días). Si bien la tasa de éxito en los que recibieron pronóstico precoz, definida como traslado a planta fue mayor en ambos grupos.

Conclusiones: El pronóstico precoz parece ser una intervención efectiva para reducir la duración de la Vmi en pacientes con SDRA moderado, y mejora los resultados. Sin embargo, sería interesante realizar un estudio multivariable para valoración de otros posibles factores implicados.

361. OXIGENOTERAPIA TRAQUEAL DE ALTO FLUJO COMO ALTERNATIVA A LA OXIGENOTERAPIA EN T EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

Pérez Madrigal A, Puente de la Vega Reto J, Vila López A, Fernández Fernández M, Piacentini Gómez E y Trenado Álvarez J

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) que requirieron traqueostomía en el *weaning* de VM y comparar la estrategia de desconexión de tubo en T con oxigenoterapia traqueal de alto flujo (OTAF).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, se incluyeron pacientes ≥ 18 años con ingreso ≥ 24 h en el SMI de un hospital universitario con especialidades terciarias durante el año 2022 que requirieron traqueostomía para el proceso de *weaning* de VM. Se recogieron variables demográficas (sexo, edad), antecedentes, APACHE II, motivo de ingreso, tiempo de realización de traqueostomía, tiempo de inicio de desconexión y método (oxigenoterapia en T vs. OTAF), tiempo hasta desconexión definitiva, modo ventilatorio durante las reconexiones y mortalidad. Se efectuó estudio descriptivo con porcentajes y medianas y test U de Mann Whitney para la comparación de variables.

Resultados: En el 2022 ingresaron 208 pacientes que requirieron VM ≥ 24 h, de los cuales 58 (28%) fueron traqueostomizados. De estos, el 74% eran hombres con edad mediana de 66 años (54-73) y APACHE II de $15 \pm 6,7$. El 57% presentan alguno de los factores de riesgo cardiovascular (HTA, diabetes, dislipemia, obesidad), 24% inmunosupresión/malignidad, 14% fracaso renal crónico, 17% hepatopatía crónica/enfermedad, 7% MPOC y 7% enfermedad coronaria previa. El motivo de ingreso fue en el 31% sepsis, 14% AVC, 12% neumonía SARS-COV-2, 9% TCE. La mediana de estancia en UCI fue 37 días (28-57). Seis pacientes fueron *exitus* (10% mortalidad), 4 de ellos antes de iniciar desconexiones. De los casos incluidos, en 7 (13,4%) se hizo desconexión directa, en el resto se siguió una estrategia de desconexiones progresivas. La mediana de tiempo hasta traqueostomía fue de 14 días (9-18) y se tardó una mediana de 5 días más (3-13) en iniciar desconexiones. El 88% (46 pacientes) se desconectaron con oxigenoterapia en T y el 12% (6 casos) con OTAF. La modalidad presión soporte fue la más utilizada entre desconexiones (85%). La mediana de tiempo hasta desconexión definitiva fue de 4 días en el grupo T (2-6) y 1 día en el grupo OTAF (0-2, $p = 0,015$). De los 46 pacientes que iniciaron terapia T, un 22% cambió a OTAF, siendo el tiempo mediano de desconexión de estos casos de 8 días (4-15). Incluyendo a estos, la mediana de tiempo de desconexión definitiva fue 4 días (2-6) en el grupo T y 4 días en el grupo OTAF (2-13, $p = 0,028$).

Conclusiones: La desconexión de VM en pacientes traqueostomizados con OTAF es una alternativa a tener en cuenta, aunque son necesarios más estudios para definir qué paciente obtiene mayor beneficio de esta terapia.

362. POTENCIA MECÁNICA NORMALIZADA AL PESO CORPORAL PREDICHO EN SDRA. ANÁLISIS POST HOC DE UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

González Castro A¹, Martos Benítez FD², Cuenca Fito E³, Martínez Díaz P¹, Hermoso Díez M¹, Díaz Ruiz RM¹, García Mesa L² y Peñasco Y¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ²Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Explorar el papel pronóstico de la potencia mecánica normalizada por el peso corporal ajustado a sexo y altura, en las primeras 24 horas de VM en pacientes con SDRA, en la mortalidad a 28 días.

Métodos: Análisis *post hoc* de un estudio de cohorte retrospectivo. Fueron seleccionados enfermos con SDRA ingresados en UCI, ventilados en modalidad controlada por volumen más de 48 horas. Analizando la potencia mecánica normalizada a peso corporal ajustado (PM_{nor}). Se utilizó un análisis de regresión logística multivariado para explorar la asociación de los índices respiratorios con el resultado primario: mortalidad a 28 días. El área bajo la curva característica de operación del receptor (AROC) se utilizó para evaluar el rendimiento de la PM_{nor}.

Resultados: La capacidad para predecir la mortalidad hospitalaria a 28 días de la PM_{nor} (0,737) fue superior al de la PM (0,702), la relación P/F (0,638) y el índice P/F_{pe} (0,717) en términos de AROC. La PM_{nor} no estuvo significativamente asociado con el resultado de mortalidad a 28 días (OR: 1,03; IC del 95%: 0,997-1,008; p = 0,368) en pacientes con SDRA leve, sí estuvo asociado con la mortalidad a 28 días en SDRA moderado (OR: 1,015; IC95% 1,001-1,030; p = 0,032) y grave (OR: 1,015; IC95% 1,005-1,025; p = 0,003).

Conclusiones: La normalización del *mechanical power* por el peso ideal ajustado por sexo y altura del paciente parece ser un indicador pronóstico útil para predecir la mortalidad en pacientes que requieren ventilación mecánica.

363. MANEJO EN UCI DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR INTERMEDIO-ALTO: NUESTRA EXPERIENCIA CON INTERVENCIONISMO POR CATÉTER

Chacón Robertcourt EB, Adoumalou López N, Borrás Pallé S, Torres Robledillo K, Martí Alcarria V, García Ochando L, Kot Baixauli P, Chavero García T, Sánchez Zafra S y Sigona Giangreco I

Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

Objetivos: Describir las características de pacientes ingresados en nuestra UCI con tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-alto y su evolución en relación con la realización intervencionismo dirigido por catéter (IDC).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes > 18 años ingresados con TEP de riesgo intermedio-alto durante un año. Se recogieron antecedentes, características del episodio, Scores de gravedad y factores de mal pronóstico (síncope, FC > 110 lpm, PAS < 100 mmHg, SO₂ < 90%, FR > 30 rpm, T < 36,8 °C, estado mental alterado, historia de cáncer, insuficiencia cardíaca o pulmonar; TAPSE < 16 mm, St < 9,5 cm/s, PAPs < 60 mmHg; Tnl alta, lactato > 2 mmol/L, NT-proBNP > 600 pg/ml). Se clasificaron dos grupos según si se realizó IDC: trombólisis Local (TL) y/o Trombectomía Mecánica (TM) para ver si hubo diferencias frente a los que no. En los sometidos a IDC se compararon parámetros hemodinámicos y ecográficos pre-IDC y a las 24 horas. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y %; las continuas en mediana (RIQ). En la comparación de grupos se usó chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para cuantitativas. Significación estadística p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, 7 (50%) varones, edad 65 (61-69) años, IMC 28 (26-30) kg/m². Ninguno con antecedentes de neoplasia. TEP previo en 2 (14%) y TVP concomitante en 3 (21%). La clínica debut predominante fue síncope 7 (50%), Tnl pico 529 (200-887) ng/L, BNP 2404 (981-5.112) pg/ml. Recibieron anticoagulación 6 (43%) pacientes, 1 lisis sistémica y en 7 (50%) se realizó IDC (1 TL con rTPA y 6 TM+TL). De ellos, 5 (71%) presentaron síncope vs. 2 (28%) en grupo no IDC (p < 0,05). Aunque los Scores reflejaron un alto riesgo PESI 117 (113-125), BOVA 4 (3-6), FAST 3 (2-4) e índice de *shock* 0,9 (0,7-1,0) no se observaron diferencias significativas entre los grupos ni en las demás variables analizadas. En el seguimiento un paciente sometido a IDC presentó sangrado menor, no hubo recidivas ni muertes hospitalarias. Se redujeron las presiones pre-IDC y a las 24 h: PAPs invasiva 49 (36-75) vs.

38 (34-47) mmHg, PAPm 30 (21-45) vs. 25 (19-27) mmHg, así como en los parámetros ecográficos de función de VD TAPSE 12 (11-17) vs. 19 (16-22) mm, St 7,5 (7-7,5) vs. 12 (9,7-15) cm/s.

Conclusiones: En nuestro grupo se realizó IDC en pacientes con factores de mal pronóstico, siendo un procedimiento seguro que logró una mejoría en parámetros hemodinámicos y ecográficos de función de VD. Se requiere ampliar la cohorte para validar hallazgos.

364. DRIVE RESPIRATORIO: ¿DEBERÍA CONSIDERARSE ANTES DE LA EXTUBACIÓN PARA PREVENIR LA REINTUBACIÓN?

Blanch H, Berrueta J, Mayor N, Marotta MP, Rodríguez A, Plans O, Claverías L, Samper MA, Bodí M y Manrique S

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Analizar si el valor de la p0.1 previa a la extubación es un factor predictor de reintubación en pacientes críticos con ventilación mecánica invasiva (VMI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en la UCI polivalente de 28 camas del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI (junio 2022-noviembre 2024) > 18 años con VMI > 24 horas. Se excluyeron pacientes con extubación terminal y los que nunca se extubaron. Se recogieron las variables demográficas, comorbilidades y scores de gravedad al ingreso. Las variables ventilatorias (p0.1, presión soporte (PS), frecuencia respiratoria (FR) y volumen tidal ajustado por peso ideal (Vt) se registraron cada 2 minutos durante las 3 y 6 horas previas a la extubación, utilizándose su mediana como variable independiente. Se definió reintubación como la intubación en los primeros 5 días tras la extubación. Se realizó el análisis univariado de reintubación en la población general y en los pacientes autoextubados. El análisis se realizó con *software* R. Valores p < 0,05 se consideraron significativos.

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN. UNIVARIADO REINTUBACIÓN.

	Población general N=505	No reintubados N=411	Reintubados N=94	Valor p
Edad, mediana (p25-p75)	61 (50-71)	61 (49-71)	66 (52-72,8)	0.08
Hombre, n (%)	348 (68.9)	283 (68.9)	65 (69.1)	1.00
IMC, mediana (p25-p75)	28 (24-31)	27 (24-31)	26 (24-29)	0.24
Motivo ingreso, n (%)	Neurocrítico 178 (35) Respiratorio 118 (23) Otros 209 (41)	Neurocrítico 142 (34) Respiratorio 97 (24) Otros 172 (42)	Neurocrítico 36 (38) Respiratorio 21 (22) Otros 37 (39)	0.79
APACHE, (p25-p75)	21 (16-27)	21 (16-26)	23 (17-27)	0.20
Días VM hasta extubación, mediana (p25-p75)	6 (3-13)	6 (3-13)	6 (2-10)	0.12
Autoextubación, n (%)	53 (10)	30 (7)	23 (26)	<0,001
P.o. 1 h antes extubación, n (%)	>-1.5 = 366 (72) -1.5;-3.5 = 116 (23) <-3.5 = 23 (4.5)	>-1.5 = 296 (72) -1.5;-3.5 = 96 (23) <-3.5 = 19 (5)	>-1.5 = 70 (74) -1.5;-3.5 = 20 (21) <-3.5 = 4 (4)	0.93
P.o. 3 h antes extubación, n (%)	>-1.5 = 354 (70) -1.5;-3.5 = 127 (25) <-3.5 = 25 (5)	>-1.5 = 287 (70) -1.5;-3.5 = 103 (25) <-3.5 = 21 (5)	>-1.5 = 67 (71) -1.5;-3.5 = 24 (25) <-3.5 = 3 (3)	0.82
Vt mediano >5ml/KgPI 6h antes de la extubación, n (%)	19 (4)	36 (9)	9 (10)	0.96
Vt mediano >5ml/KgPI 3h antes de la extubación, n (%)	41 (8)	32 (8)	9 (10)	0.72
FR mediana 6h antes de la extubación >25rpm, n (%)	45 (9)	36 (9)	9 (10)	0.96
FR mediana 3h antes de la extubación >25rpm, n (%)	52 (10)	43 (10)	9 (10)	0.95
PS mediano 6h antes de la extubación >7mmHg, n (%)	176 (35)	358 (87)	84 (89)	0.67
PS mediano 3h antes de la extubación >7mmHg, n (%)	425 (84)	342 (83)	85 (90)	0.11
Días VM mediana, (p25-p75)	9 (3-18)	7 (3-15)	18 (12-32)	<0.01
Mortalidad, n (%)	40 (8)	25 (6)	15 (16)	0.003

Resultados: Se incluyeron 505 pacientes, 94(19%) fueron reintubados. No hubo diferencias significativas en cuanto a la reintubación en las

variables ventilatorias previas a la extubación. La p 0,1 mediana de las 3h y 6 h previas no se relacionó con la reintubación. La mayoría de los pacientes se extubaron en condiciones consideradas ideales (baja FR, bajo Vt y p0.1 no muy negativa), por ello los reintubados y no reintubados presentaron valores muy similares. Se realizó el análisis en el subgrupo de autoextubados (n = 53) por ser extubaciones no planeadas. 23(26%) fueron reintubados. Tampoco se encontraron diferencias significativas. Los autoextubados también presentaron parámetros ventilatorios dentro de los límites establecidos para una extubación reglada. Pero la tasa de reintubación en este grupo fue significativamente mayor (p < 0,001). Los pacientes reintubados, en general, tienen más días de ventilación mecánica y más mortalidad.

Conclusiones: Un *drive* respiratorio demasiado elevado o bajo medido de manera continua las 3 y 6 horas previas a la extubación no se asocia con un mayor riesgo de reintubación. Futuros estudios aleatorizados con estudios multivariados deberían realizarse para poder valorar el papel de la p0.1 en la extubación.

365. MONITORIZACIÓN CONTINUA DE LA MECÁNICA RESPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN ASISTIDA INDEPENDIENTE DE PRESIÓN ESOFÁGICA

Sánchez Galindo M¹, Carrapiso Galán P¹, Magaña Bru I¹, Alvargonzález Riera C¹, Delgado Arroyo A¹, Sánchez Giralte JA¹, Pérez Lucendo A¹, Beck J², Sinderby C² y Suárez Sipmann F¹

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²St Michael's Hospital, Toronto.

Objetivos: La monitorización continua de la mecánica respiratoria durante la ventilación asistida es compleja y depende de la medida de la presión esofágica (Pes). Presentamos un nuevo método continuo de monitorización de la presión transpulmonar (P_L), la distensibilidad pulmonar (C_L) y el esfuerzo del paciente (P_{PAT}) independiente de la Pes.

Métodos: Pacientes en presión de soporte fueron monitorizados mediante señal eléctrica diafragmática (EAdi) y Pes. El método se basa en la estimación de la contribución del esfuerzo del paciente durante una maniobra de baja asistencia (LAM = reducción de la asistencia a 2 cmH₂O en un ciclo cada 3 min). Conociendo la diferencia entre las presiones (P) y volúmenes (VT) generados en un ciclo asistido y un ciclo LAM con similar impulso respiratorio comprobado mediante la EAdi, se puede derivar la P_{LAM} como = (P_{asist} - P_{LAM}) / (1 - (VT_{LAM} / VT_{asist})). De la P_{LAM} se deriva la CL y la P_{PAT} = (P_{asist} - P_{LAM}) - P_{LAM}. Se compararon P_{LAM}, CL y P_{PAT} con los valores de referencia derivados de Pes (P_{Lpes}, CL_{pes} y Pes). Los pacientes fueron sometidos a tres periodos de ventilación secuenciales de 30 minutos con diferentes niveles de asistencia inspiratoria. Se utilizó estadística comparativa: test de Bland Altman para establecer exactitud (bias) y precisión y correlación entre variables.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes comparándose un total de 867 respiraciones LAM con 18.395 respiraciones asistidas. Se obtuvo una alta correlación y correspondencia entre P_{LAM}, CL y P_{PAT} con los métodos de referencia respectivos: P_{Lpes}: bias 0,1 (± 3,7) cmH₂O; R² 0,74; CL_{pes}: Bias 0 (± 17) ml/cmH₂O, R² 0,72 y Pes: Bias 0,1, (± 3,7) cmH₂O y R² 0,65. La monitorización continua aportó información acerca de la contribución del paciente a la respiración asistida, ayudando a identificar condiciones de P_L y P_{PAT} altos (riesgo de lesión pulmonar y diafragmática) o de P_L y P_{PAT} bajos (riesgo de desacondicionamiento diafragmático).

Conclusiones: El método propuesto proporciona buenas estimaciones de presión transpulmonar, distensibilidad pulmonar y presión generada por el paciente medidas de forma continua sin necesidad de mediciones de la presión esofágica en pacientes con ventilación asistida. Esto abre nuevas posibilidades de monitorización durante la ventilación asistida, facilitando el ajuste en tiempo real de parámetros que contribuyan a una ventilación protectora pulmonar y diafragmática.

366. EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REINTUBACIÓN EN RELACIÓN AL SEXO Y LA EDAD

Santos Rodríguez JA, Álvarez Viloria AV, Ángeles Sistac D, Robles Conde I, Castro Gallardo P, Valdés Garicano M y Subirà Cuyàs C

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Evaluar factores de riesgo de reintubación en relación al sexo y la edad.

Métodos: Análisis retrospectivo, *post hoc* de dos ensayos clínicos aleatorizados-multicéntricos en el que participaron 30 UCI españolas. Se reclutaron los pacientes con criterios de *weaning* y se aleatorizaron en tres estrategias de liberación de la ventilación mecánica; tubo en T, presión soporte con ZEEP y presión soporte con PEEP. Se incluyeron en una ecuación de regresión logística factores relevantes en la predicción de reintubación (sexo, edad, uso de ventilación no invasiva (VNI) y Optiflow, y tipo de prueba de respiración espontánea (PRE)). Para evaluar la capacidad de predicción de la ecuación de regresión logística se utilizó el área bajo la curva ROC (AUC). Paquete estadístico STATA 18.

Resultados: Se incluyeron 2.561 pacientes con una mediana de edad de 65 años (IQR 54-74), de los cuales 1.072 fueron mujeres (38%). Como prueba de respiración espontánea se utilizó tubo en T, 20%; presión soporte con *peep*, 30%; presión soporte sin *peep*, 50%. Se reintubaron 347 pacientes, 13%. La tabla describe la probabilidad de reintubación según edad, sexo, ajustado por tipo de PRE, uso de VNI y Optiflow profiláctico. El AUC fue 58, IC95% (55-61).

Edad	20	30	40	50	60	70	80
PRE							
Sexo							
Hombre	8,4	9,4	10,6	11,9	13,3	14,8	16,5
Mujer	8,7	9,7	10,9	12,2	13,6	15,2	16,9
PSV-PEEP							
Sexo							
Hombre	10,9	12,2	13,7	15,2	17	18,8	20,9
Mujer	11,2	12,6	14,1	15,6	17,4	19,3	21,4
Tubo en T							
Sexo							
Hombre	8,7	9,7	10,9	12,2	13,6	15,2	16,9
Mujer	8,9	10	11,2	12,5	14	15,6	17,4

Conclusiones: La probabilidad de reintubación aumenta con la edad y es mayor en mujeres que en hombres. La capacidad predictiva de reintubación del modelo es baja.

367. ¿INFLUYE LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA EN LA MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

Barriuso López E, Frutos Vivar F, Peñuelas O y Lorente JA

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar los desenlaces clínicos de los enfermos que requieren una traqueotomía. Evaluar las diferencias entre la traqueotomía precoz (< 10 días) frente a la realización de una traqueotomía tardía (> 10 días).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo incluyendo enfermos mayores de 18 años ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe con necesidad de ventilación mecánica durante más de 48 horas desde julio de 1991 a julio de 2024. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple ajustada para las variables relacionadas con la mortalidad y para año de ingreso para estimar la relación entre traqueotomía precoz o tardía y la mortalidad. La fuerza de la asociación se midió mediante la *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron 6.498 enfermos, de los cuales a 1.115 enfermos (17,1%) se les realizó la traqueotomía. La mediana del tiempo hasta la traqueotomía fue de 16 días (rango intercuartílico: 9-25). La traqueotomía precoz se realizó en 335 enfermos (30%) y la tardía en 780 enfermos (70%). La estancia en UCI fue mayor en enfermos con traqueotomía tardía 38 días (P25-75: 6-16) respecto a los enfermos que en lo que no se realizó traqueotomía [10 días (P25-75 12-16) y traqueotomía precoz 17 días (P25-75 12-26)]. La mortalidad en UCI fue mayor en los pacientes en los que no se realizó la traqueotomía (29 vs. 15% en la traqueotomía precoz y 20% en la tardía, p = < 0,001). Sin embargo, la mortalidad tras el alta de la UCI es mayor en pacientes que se someten a traqueotomía (tanto precoz como tardía, respectivamente 16% y 14%) respecto a los que no precisan traqueotomía (7%). En el análisis multivariante, se observa que la traqueotomía (tanto precoz como tardía) se asocian a una disminución de la mortalidad UCI [OR para traqueotomía precoz vs. no traqueotomía 0,08; IC95% 0,05-0,1; OR para traqueotomía tardía vs. no traqueotomía 0,14; IC95% 0,10-0,19]. No obstante, la realización de traqueotomía no disminuye la mortalidad hospitalaria [OR para traqueotomía precoz 1,07; IC95% 0,67-0,71; OR para traqueotomía tardía 1,18; IC95% 0,82-1,68].

Conclusiones: En nuestra serie, observamos que la realización de una traqueotomía en cualquier momento podría disminuir la mortalidad en la UCI, sin embargo, no tiene influencia en la mortalidad hospitalaria. Una posible limitación del análisis es que no se puede descartar un posible sesgo de selección.

368. COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA EN UCI: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICAS PERCUTÁNEAS Y QUIRÚRGICAS

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

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las complicaciones relacionadas con la realización de traqueostomías (TQ) y analizar su frecuencia según se realice mediante técnica percutánea (por personal de UCI) o quirúrgica (QX).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI durante un periodo de 4 años (08/20-11/24) con realización de TQ. Se recogieron variables clínicas, demográficas, referentes a la realización de la TQ (técnica percutánea o QX) y complicaciones asociadas (sangrado (SE) o infección del estoma, SE intratraqueal, desarrollo de traqueobronquitis (TKB), disfagia). Las variables cuantitativas se expresan como medias $\pm$ desviación estándar. Las variables cualitativas se expresan como proporción sobre el total. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante chi cuadrado.

Resultados: 336 pacientes, 67,56% varones, edad media 60 ± 12 años. El 79,7% de las traqueostomías se realizaron de forma percutánea en UCI, mientras que el 20,3% restante se hizo mediante cirugía. Las complicaciones relacionadas con la técnica percutánea incluyeron: 39,9% hemorrágicas (33,5% SE del estoma, 66,5% SE intratraqueal), 14,2% infecciosas (97% TKB, 3% infección del estoma) y 16,4% disfagia. En la técnica quirúrgica, las complicaciones fueron: 73,5% hemorrágicas (48% SE del estoma, 52% SE intratraqueal), 30,8% infecciosas (57% TKB, 43% infección del estoma) y 23,5% disfagia. El análisis estadístico mostró que la técnica QX presentó una mayor tasa de complicaciones hemorrágicas ($p = 0,0009$) e infecciosas ($p = 0,0004$) en comparación con la técnica percutánea, sin diferencias significativas en el riesgo de disfagia ($p = 0,172$).

Conclusiones: El estudio muestra que las TQ por técnica percutánea tienen un perfil de complicaciones más favorable. Las TQ QX presentan más complicaciones hemorrágicas e infecciosas en comparación con las percutáneas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No hubo diferencias en el riesgo de disfagia entre las dos técnicas.

369. PERFIL METABOLÓMICO IDENTIFICADO MEDIANTE ESPECTROSCOPIA DE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR COMO BIOMARCADOR DE GRAVEDAD EN LA COVID-19

Alonso Moreno P¹, Ferruelo Alonso A^{2,3}, Gotera C^{3,4}, Murillo Redondo R^{2,5}, Zambrano MÁ^{3,4}, Herrero Hernández R^{2,3,5,6}, Peces-Barba G^{3,4}, Izquierdo García JL^{1,3} y Lorente Balanza JA^{2,3,5,6}

¹Instituto Pluridisciplinar, ICTS Bioimagen Complutense BIOIMAC, Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Fundación para la Investigación Biomédica, Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ³CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid. ⁴Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁵Universidad Europea de Madrid, Madrid. ⁶Universidad Carlos III, Madrid.

Introducción: Los cambios metabólicos asociados a la COVID-19 no se encuentran completamente caracterizados. Asimismo, sigue existiendo una falta de biomarcadores útiles que permitan una estratificación precisa de la gravedad y el pronóstico en pacientes con neumonía por COVID-19.

Objetivos: Definir el perfil metabólico por espectrometría de resonancia magnética nuclear (RMN) en suero de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2, y evaluar su utilidad para la estratificación de la gravedad clínica.

Métodos: Se analizaron muestras de suero obtenidas al ingreso hospitalario de pacientes con diagnóstico confirmado de neumonía por COVID-19 mediante test de amplificación de ácidos nucleicos (RT-PCR). Se clasificaron en tres grupos: 1) pacientes dados de alta desde Urgencias (grupo ED), pacientes hospitalizados sin ventilación mecánica (grupo

No-VM), y 3) pacientes hospitalizados con ventilación mecánica invasiva (grupo VM). Las muestras fueron procesadas por ultracentrifugación para eliminar lípidos y proteínas, y posteriormente analizadas con un espectrómetro de RMN de sobremesa (Magritek Spinsolve 80 MHz). Se aplicó análisis de componentes principales (PCA) como método no supervisado para identificar agrupaciones latentes.

Resultados: Se incluyeron 136 pacientes (ED: $n=83$; no VM: $n=21$; VM: $n=32$). El PCA permitió diferenciar claramente los tres grupos de pacientes utilizando los dos primeros componentes principales. Destaca la agrupación intermedia de cuatro pacientes del grupo No-VM que recibían oxigenoterapia de alto flujo, sugiriendo un posible fenotipo metabólico distintivo relacionado con una gravedad intermedia.

Conclusiones: El perfil metabólico sérico determinado por espectrometría de RMN permite discriminar distintos niveles de gravedad clínica en pacientes con neumonía por COVID-19. La espectrometría de RMN de sobremesa, por su coste, accesibilidad y portabilidad, representa una herramienta prometedora para estudios metabólicos en el entorno clínico de cuidados intensivos. Estos hallazgos abren la puerta a una nueva aproximación personalizada en la estratificación y manejo de pacientes críticos.

Financiado por: Instituto de Salud Carlos III [PI19/01091, PI22/01611 y Proyecto CIBERESUCICOVID (COV20/00110)], Programa de Investigación Biomédica EXOHEP2-CM S2022/BMD-7409 Comunidad de Madrid.

370. EXPLORANDO LOS RNAs NO CODIFICANTES LARGOS EN LA NEUMONÍA POR COVID-19: PERSPECTIVAS SOBRE LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD

Ferruelo Alonso A^{1,2}, Herrero Hernández R^{1,2,3,4}, Murillo Redondo R^{1,4} y Lorente Balanza JA^{1,2,3,4}

¹Fundación para la Investigación Biomédica, Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ²CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid.

³Universidad Carlos III, Madrid. ⁴Universidad Europea de Madrid, Madrid.

Introducción: Los RNAs no codificantes (ncRNAs), incluyendo los RNAs no codificantes largos (lncRNAs) y los microRNAs (miRNAs), son reguladores cruciales de la expresión génica y juegan roles significativos en varias enfermedades, posicionándolos como biomarcadores potenciales y objetivos terapéuticos.

Objetivos: 1) Identificar los lncRNAs como biomarcadores de la gravedad de la enfermedad en COVID-19. 2) Explorar los genes diana y las vías celulares reguladas por esos lncRNAs candidatos.

Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en pacientes con neumonía por COVID-19 confirmada mediante pruebas de amplificación de ácido nucleico. Se estudiaron tres grupos de pacientes: 1) Grupo Leve: gravedad leve (dados de alta del departamento de urgencias u hospitalizados recibiendo terapia de oxígeno convencional [OT] en la planta), 2) Grupo Moderado: gravedad moderada (hospitalizados y con requerimientos de OT de alto flujo [HFOT] o ventilación mecánica no invasiva [NIMV]), y 3) Grupo Grave: alta gravedad (ingresados en la unidad de cuidados intensivos y con requerimientos de ventilación mecánica [MV]). Cada grupo consistió en 10 pacientes emparejados por edad, sexo, comorbilidades y uso de corticosteroides. Se realizó la expresión diferencial de los lncRNAs utilizando arrays de qPCR de AnyGenes y se analizó utilizando el método $\Delta\Delta Ct$. Se realizaron análisis de predicción de dianas y enriquecimiento utilizando mirNet 2.0 y RNAenrich con Reactome.

Resultados: El análisis de expresión diferencial mostró que 19 lncRNAs se expresaron diferencialmente entre los grupos Leve y Moderado; 11 lncRNAs entre los grupos Leve y Grave, y 2 lncRNAs entre los grupos Moderado y Grave. El análisis de enriquecimiento de la vía funcional identificó genes diana de los lncRNA enriquecidos en vías relevantes en la fisiopatología de la COVID-19, incluyendo la señalización de interleucinas, la activación de plaquetas, la senescencia celular y la apoptosis intrínseca (valor p ajustado $< 0,001$).

Conclusiones: 1) La expresión de lncRNAs podría ser un biomarcador robusto para la gravedad de la COVID-19. 2) Esos genes y vías marcados por los lncRNAs resaltan los roles fundamentales de la apoptosis, la coagulación y la regulación inmune en la fisiopatología de la neumonía por COVID-19. Estos hallazgos profundizan nuestra comprensión de los mecanismos moleculares de la enfermedad grave por COVID-19 y abren nuevas estrategias para enfoques terapéuticos personalizados.

Financiado por: Instituto de Salud Carlos III [PI19/01091, PI22/01611 y Proyecto CIBERESUCICOVID (COV20/00110)], Programa de Investigación Biomédica EXOHEP2-CM S2022/BMD-7409 Comunidad de Madrid.

371. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL IMPACTO DEL COVID-19 EN EL USO DE LA POSICIÓN PRONO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA

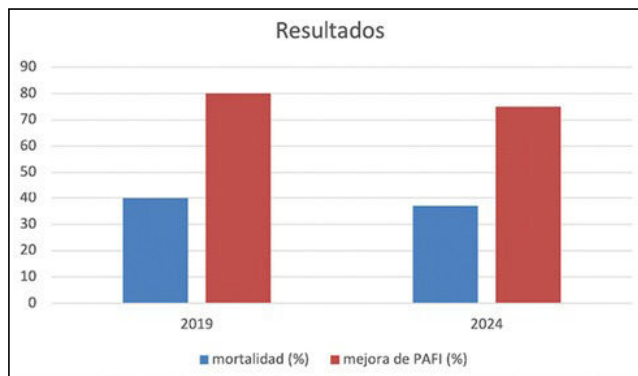
Guerra Sampedro J, Casteres Cortiñas I, Villaroel Escalante MA, Roca García L, Velayos Amo C y Alonso Ovies Á

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Determinar si la frecuencia de uso de la posición prono ha aumentado en 2024 comparado con 2019 y evaluar su impacto en la evolución clínica de los pacientes.

Métodos: Diseño del estudio: estudio retrospectivo descriptivo. Ámbito: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Fuenlabrada. Población de estudio: pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de SDRA en 2019 y 2024. Variables recogidas: edad, sexo e índice de masa corporal (IMC); patología respiratoria de base; clasificación del distrés en primario o secundario; número total de pacientes con SDRA y proporción de estos sometidos a prono; duración y mejoría de PAFI (> 20%) por cada ciclo de prono; mortalidad (*exitus*); relación entre PAFI inicial y desenlaces, como *exitus* y mejoría clínica. Análisis estadístico: comparación de proporciones utilizando el test de chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas, y el test t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas como duración de ciclos y mejora de PAFI.

Resultados: En 2019, se identificaron 11 pacientes con SDRA, de los cuales 5 (45,5%) fueron pronados. La mortalidad en pacientes pronados fue del 40% y la mejoría de PAFI de más del 20% se observó en el 80%. En 2024, hubo 24 pacientes, de los cuales se pronaron 19 (79,2%), mostrando un aumento significativo ($\chi^2 = 6,41$, $p = 0,011$). La mortalidad en pacientes pronados cayó al 37%, mientras que la mejora de PAFI > 20% ocurrió en el 75%. En ambos periodos, los pacientes con PAFI inicial < 100 mmHg tuvieron mayor mortalidad. Ni la edad, ni el sexo ni el IMC fueron variables que influyeron de forma significativa en la mejoría de la oxigenación o en la mortalidad de los pacientes.



Conclusiones: El uso de la posición prono aumentó significativamente tras el COVID-19, con una asociación positiva en la mejoría de oxigenación y una reducción en la mortalidad. Estos resultados refuerzan el papel del prono como estrategia clave en el manejo del SDRA. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos y evaluar su impacto en diferentes poblaciones y contextos clínicos.

372. ENFRENTANDO EL TEP EN UN HOSPITAL COMARCAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA FIBRINOLISIS GUIADA POR CATÉTER

Rey Barreiro U, Luque Mármol E, González Cárdenas M, Lardelli Picallos S, Bonilla Fornes E, Nieto Sánchez PA, Granado Martínez D, Pérez Caballero FL, Benítez Morillo MF y Gil Pérez NM

Hospital de Mérida (C.H. del Área de Salud de Mérida), Badajoz.

Objetivos: Evaluar la eficacia de fibrinólisis guiada por catéter en la UCI del H. de Mérida entre 2020 y 2025. Determinar la incidencia y analizar las complicaciones asociadas a la técnica. Evaluar la evolución clínica tras el procedimiento.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional en una muestra de 19 pacientes ingresados en la UCI del H. de Mérida ingresados por tromboembolismo pulmonar y en los que se realizó fibrinólisis guiada por catéter entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Los datos se analizaron mediante SPSS.

Resultados: El 58% eran mujeres, con edad media de 60 años. Entre los factores de riesgo (FR), 21% presentaba neoplasia previa, 5% tomaban anticonceptivos orales (ACO), 10% se sometieron a intervención quirúrgica y 21% presentaba inmovilidad. Las contraindicaciones para fibrinólisis sistémica eran: cirugía previa y toma de anticoagulación. En cuanto a la clasificación PESI, 37% era PESI III, 21% era IV y V respectivamente. Según las guías ESC 2019, el 73% tenía riesgo elevado. Hay significación entre la clasificación PESI y la estratificación de riesgo y los distintos FR ($p < 0,01$). En cuanto al diagnóstico por imagen, el 90% presentaban TEP bilateral. La media de presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) previa al tratamiento fibrinolítico fue de 47 mmHg y a las 24 horas de 30, apreciándose una reducción del 37%. El desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE) previo fue de 12 mm y a las 24 horas de 21, objetivando un incremento del 75% tras el tratamiento. En cuanto a la necesidad de oxigenoterapia, el 5% precisó hasta cánulas de alto flujo y otro 5% ventilación mecánica. Respecto a los accesos venosos canalizados, 47% la vena braquial, 32% la yugular y 21% la femoral. Las complicaciones desarrolladas fueron sangrados menores en la zona de inserción, sin encontrarse relación entre la zona de punción y las complicaciones ($p 0,9$). No se produjo ningún sangrado mayor. A los 6 meses, no se objetivó persistencia de hipertensión pulmonar (HTP) en el 79%, sin relación entre el PSAP y TAPSE al ingreso ($p 0,7$ y $p 0,6$). Encontramos relación entre la clase PESI y la estratificación del riesgo y la persistencia de HTP ($p < 0,001$).

Conclusiones: La fibrinólisis guiada por catéter mostró mejoras hemodinámicas significativas en pacientes con TEP, reduciendo la HTP y mejorando la contractilidad del ventrículo derecho. Sin embargo, en el 21% persistió la hipertensión pulmonar a los 6 meses, especialmente en pacientes con estratificación de riesgo y gravedad elevadas. Una limitación del estudio el tamaño muestral para alcanzar la significación estadística.

08:30-10:00 h

SALA C6+C7

PÓSTERES ORALES

NEUROINTENSIVISMO 4

Moderadores: Juan Ramón Fernández Villanueva, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela/Eva Menor Fernández, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

373. IMPLEMENTACIÓN DEL ELECTROENCEFALOGRAMA CONTINUO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE TERCER NIVEL

Villanueva Malvido L, Sebastián Cernuda P, Fuster Bertolín C, Sagula SD, Luna Mateos M, González Arnau N y Ortiz Ballujera P

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El objetivo principal es validar la utilidad del EEGc para establecer un diagnóstico o pronóstico precoz en pacientes con bajo nivel de conciencia de cualquier etiología. Secundariamente, evaluemos su rendimiento en la toma de decisiones clínicas relevantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes monitorizados con EEGc en una UCI durante 1,5 años. Las indicaciones de monitorización se establecieron conjuntamente con Neurofisiología. El EEGc se realizó con la colocación de un gorro con 19 electrodos de superficie según el sistema internacional 10/20 conectado al software Natus® NeuroWorks®, registrando también electrocardiograma y video. Los EEG fueron analizados cada 24 h por Neurofisiología y entre intervalos por intensivistas capacitados. Se analizaron variables demográficas, motivo de ingreso, monitorización, tiempos relacionados con el EEGc y patrones electroencefalográficos.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes (71% hombres, mediana de edad 62 años) con Glasgow medio previo a intubación de 6 (DE 3). La

estancia media en UCI fue 15,3 días (DE 20 días) con una mortalidad del 34,4% (18), siendo la causa principal la EHI (90%), la patología tumoral (60%) y meningoencefalitis (40%). Los patrones predominantes en el EEGc fueron la disfunción neuronal difusa (34,6%), sedación (25%), crisis eléctricas (15,4%) y el hiporreactivo/arreactivo (15,4%). En pacientes con sospecha de crisis (tabla) se detectaron en el 41% de los pacientes epilépticos y hasta el 60% de pacientes con meningoencefalitis. La encefalopatía hipóxico-isquémica se sospecha en pacientes con parada cardiorrespiratoria recuperada (PCR). En ellos, la detección de patrón hiporreactivo/arreactivo (HRA) en las primeras 24 horas nos permitió establecer un pronóstico precoz de mal resultado neurológico (GOSE 1-2) con especificidad 100% y acelerar decisiones clínicas.

DIAGNÓSTICOS	Media tiempo inicio EEGc (horas)	SD inicio EEGc (horas)	Duración media EEGc (horas)	SD duración EEGc (horas)	Detección crisis EEG	% detección
Epilepsia	19,13	11,6	43,8	11,8	7	41,18%
Encefalopatía metabólica	42,00	8,1	28,0	8,9	1	16,67%
Tumores malignos	84,00	8,8	28,8	9,6	0	0,00%
Meningoencefalitis	42,00	8,8	45,6	32,6	3	60,00%
Encefalopatía por sepsis	70,00	26,0	38,4	32,2	2	40,00%
Enfermedad cerebrovascular	18,00	4,2	84,0	17,0	0	0,00%
TCE	84,00	12,0	84,0	33,9	0	0,00%

Conclusiones: Las principales limitaciones fueron el tamaño muestral y el tiempo de seguimiento. En nuestra experiencia el EEGc es especialmente útil en la detección de crisis en epilepsia, meningoencefalitis y encefalopatía séptica, permitiendo un ajuste terapéutico más temprano. La presencia de patrón HRA en las primeras 24 horas post-PCR nos permitió establecer un pronóstico precoz de mal resultado neurológico con una especificidad del 100%, acelerando las decisiones clínicas.

374. IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO PARA DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HSAa

Castañeda Alvarado GF, Díaz-Tejeiro Rodríguez A, Artabe García M, Jaspe Codécido A, Peral Gutiérrez de Ceballos JA, Cedeño Mora JA, Rodríguez Pérez A, Hernández López S, García Olivares P y Cuenca Herrera J
Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C.H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: Evaluar efectividad de protocolo para diagnóstico precoz de isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) ingresados en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, en los pacientes con HSAa ingresados en UCI del HGU Gregorio Marañón entre enero 2022 y noviembre 2024. Se comparó la cohorte de pacientes con cumplimiento del protocolo (figs.), frente a otra cohorte sin cumplimiento. Se recogieron datos epidemiológicos, factores de riesgo HSAa, comorbilidades, escalas de gravedad (APACHE II, SOFA, GCS, FOUR), Fisher modificado (Fisherm), World Federation of Neurological Surgeons (WFNS) y Hunt y

Hess (H&H)). Soportes orgánicos, localización del aneurisma, tipo de tratamiento y complicaciones. Además, se recogieron datos de mortalidad y resultados funcionales al alta hospitalaria (escala de Rankin modificada (ERM)). Las variables cuantitativas fueron expresadas como media (DE) o mediana (RIC) y las cualitativas como porcentajes. Se utilizaron t de Student y chi-cuadrado para el análisis de datos.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes. Mujeres 72,4%. Edad 57 ± 12 años. Escalas de gravedad: APACHE II 11 ± 7, SOFA 5 ± 4, GCS 11 ± 4, escala FOUR 13 ± 3, H&H 3 Tratamiento más frecuente, endovascular 71%. ICT en el 25%, a los 6 ± 3 días e infarto cerebral tardío en el 15%. Se cumplió el protocolo en el 21,4%. El 11% en quienes se cumplimentó el protocolo presentaron discapacidad grave o muerte (ERM 5-6), en comparación al 27% en el grupo sin cumplimiento (p = 0,055; RR 0,32; IC95% 0,09-1,16). No se encontraron diferencias significativas en las dos cohortes (tabla).

	Manejo estándar	Manejo protocolo	Significación
Edad	57 ± 12	56 ± 12	0.61
APACHE II	11 ± 7	9 ± 6	0.30
SOFA	5 ± 5	4 ± 4	0.43
WFNS	3 ± 2	2 ± 1	0.20
Fisher m	4 ± 0.7	4 ± 0.5	0.73
H&H	3 ± 2	3 ± 2	0.30
GCS	11 ± 5	12 ± 4	0.37
FOUR	13 ± 4	13 ± 5	0.81

TABLA 1

Conclusiones: La implementación de un protocolo de diagnóstico precoz de ICT en pacientes con HSAa, podía asociarse con una disminución de la morbilidad.

375. ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL VASOESPASMO EN HSA Y SUS POSIBLES PREDICTORES EN LA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO DE NAVARRA

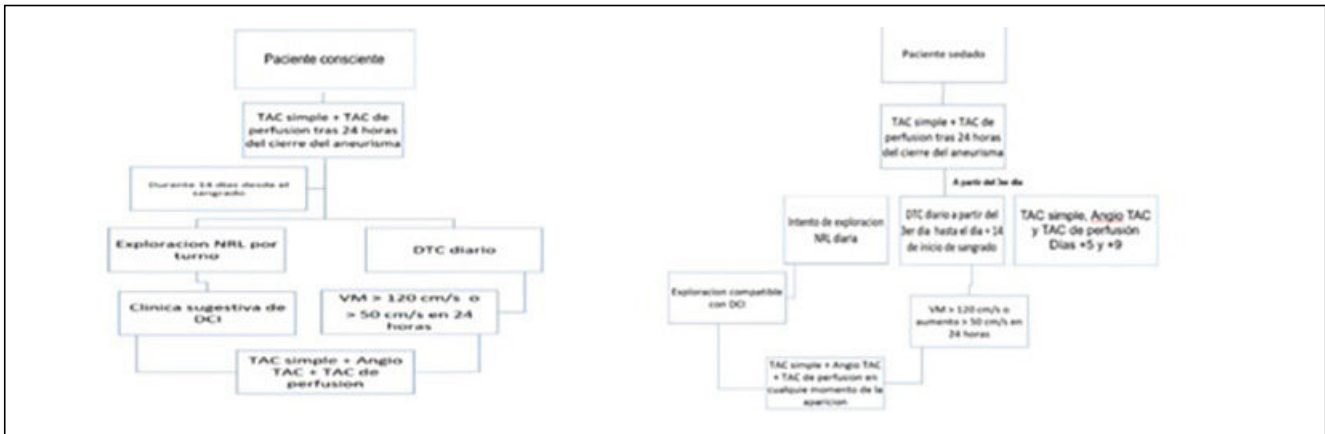
Ruiz Lucea J¹, Martínez San José N², Vázquez Yoldi A², Lasa Berasain P², Artaza Bertrán de Heredia A², Huarte Mañú D², Candau Rodríguez C², Tous Espelós A², Yeregui Baztán L² y Usieto Losfablos M²

¹Clinica Universidad de Navarra, Navarra. ²Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluar las diferencias entre pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) que desarrollaron vasoespasmo y aquellos que no, en relación con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial - HTA, diabetes mellitus - DM, tabaquismo), gravedad clínica (índice APACHE II) e índice neutrófilo/linfocito (NRL) de pacientes incluidos en el registro REMOS del Hospital Universitario de Navarra.

Métodos: Se incluyó una cohorte retrospectiva de 84 pacientes con diagnóstico de HSA ingresados en los últimos dos años. La muestra se dividió en dos grupos: pacientes con vasoespasmo (n = 22; 26,2%) y sin

Figura Póster 374



vasoespasmo ($n = 62$; 73,8%). Se analizaron factores de riesgo cardiovascular, gravedad (medida mediante el índice APACHE II) y valor de NRL. Las asociaciones se evaluaron mediante análisis de regresión logística y pruebas de rango de Wilcoxon, considerando significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Entre los factores de riesgo cardiovascular, la HTA mostró una asociación significativa con la ausencia de vasoespasmo (OR: 0,29; IC95%: 0,09-0,95; $p = 0,041$). No se encontraron diferencias significativas en la presencia de DM ($p = 0,13$) ni tabaquismo ($p = 0,99$) entre los grupos. El índice APACHE II fue menor en los pacientes con vasoespasmo (mediana: 8 vs. 16), aunque sin alcanzar significación estadística. El NRL presentó valores más elevados en pacientes sin vasoespasmo (mediana: 10,6 vs. 9,9), sin diferencias significativas entre los grupos ($p = 0,49$).

Conclusiones: Los resultados presentados sugieren que la HTA podría actuar como un factor protector contra el desarrollo de vasoespasmo en pacientes con HSA, mientras que otros factores de riesgo cardiovascular, como la DM y el tabaquismo, no mostraron asociación. Aunque el índice APACHE II y el NRL fueron menores en los pacientes con vasoespasmo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Estos hallazgos destacan la importancia de investigar mecanismos específicos que puedan explicar estas asociaciones y guiar estrategias de manejo personalizadas en este grupo de pacientes.

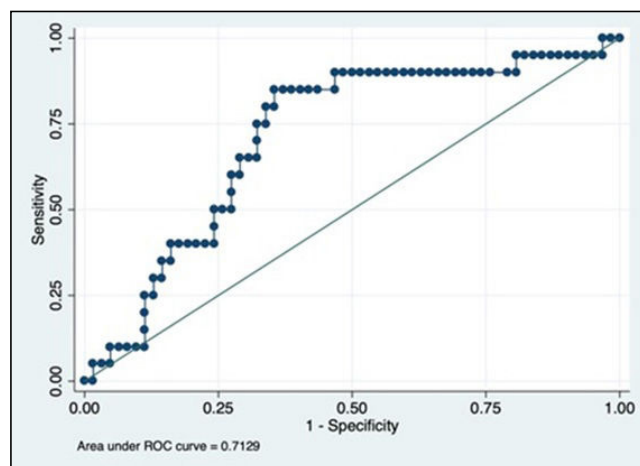
376. EL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Ruiz Lucea J¹, Lasa Berasain P¹, Artaza Beltrán de Heredia A¹, Martínez San José N¹, Vázquez Yoldi A¹, Huarte Muñoz D¹, Candau Rodríguez C¹, Usieto Losfables M¹, Yeregui Baztán L¹ y Tous Espelósín A²

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Clínica Universidad de Navarra, Navarra.

Objetivos: Se evalúa la relación entre el índice neutrófilo/linfocito (NLR, por sus siglas en inglés) y la mortalidad al alta de pacientes ingresados en la UCI con hemorragia subaracnoidea (HSA). Analizamos el valor predictivo del NRL para resultados adversos.

Métodos: Se incluyó una cohorte retrospectiva de 84 pacientes con diagnóstico de HSA ingresados en los últimos dos años en la UCI polivalente de un hospital terciario (Hospital Universitario de Navarra). El NRL se calculó a partir del hemograma inicial. Se emplearon análisis de regresión logística y curvas ROC para determinar la asociación entre el NRL y los desenlaces clínicos. Se realizó un análisis de supervivencia usando el test *log-rank* para el punto de corte $\text{NLR} \geq 9$. Considerando posibles factores de confusión como sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y tabaquismo.



Resultados: La AUC del NRL fue de 0,7129 (IC95%: 0,5847-0,8411), indicando una capacidad discriminativa moderada para predecir mortalidad. En el análisis detallado, el punto de corte $\text{NLR} \geq 9$ mostró una sensibilidad del 90% y una especificidad del 50%, clasificando correctamente el 59,76% de los casos. En el modelo de regresión logística, el NRL presentó un *odds ratio* (OR) de 1,054 (IC95%: 1,002-1,109, $p = 0,041$), confirmando su asociación significativa con la mortalidad. El análisis de supervivencia mostró diferencias significativas entre los gru-

pos $\text{NLR} < 9$ y ≥ 9 ($\chi^2 = 5,91$, $p = 0,015$), con una mayor proporción de eventos de mortalidad observados en pacientes con $\text{NLR} \geq 9$. En cuanto a los factores de confusión, no se encontraron diferencias en la distribución del NRL según el sexo ($p = 0,163$), HTA ($p = 0,241$), DM ($p = 0,711$) o tabaquismo ($p = 0,220$), lo que sugiere que el NRL refleja un impacto pronóstico independiente de estas variables.

Conclusiones: El NRL se identifica como un marcador pronóstico significativo para mortalidad al alta en UCI en pacientes con HSA, con un desempeño aceptable según la AUC. El punto de corte $\text{NLR} \geq 9$ mostró una alta sensibilidad, siendo útil para identificar pacientes a riesgo. Sin embargo, su especificidad limitada implica que debe complementarse con otras variables clínicas. Su determinación temprana puede ser una herramienta útil para estratificar el riesgo y optimizar el manejo clínico. Se requieren estudios adicionales para validar los hallazgos y confirmar su utilidad en diferentes poblaciones.

377. RELACIÓN ENTRE LA DOSIS DE PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) Y EL RESULTADO NEUROLÓGICO EN NEUROCÍTICOS MONITORIZADOS

Abajo Miranda A, Carballal de Vega AP, Zabalegui Pérez A, Pérez Cabo EM, Fernández Ratero JA, Callejo Torre F, Gero Escapa M, Varona Sáez de Ibarra R, Meijide Soto J y Jiménez Cabrera PJ

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

Objetivos: Evaluar el efecto de la dosis de PIC sobre el resultado neurológico de los pacientes neurocríticos monitorizados en la unidad de Neurocríticos de la UCI de Burgos.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en el que se analizan los datos de PIC de los 17 pacientes a los que se ha monitorizado de forma continua con dispositivo RAUMEDIC®. Posteriormente se ha correlacionado la dosis de PIC establecida en umbrales de 15, 20, 25 y 30 mmHg en las primeras 24 y 72 horas y durante el resto de tiempo de monitorización con el resultado neurológico medido según la escala Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE). Las cohortes se definieron como buen resultado en pacientes con $\text{GOSE} > 5$ y mal resultado neurológico con $\text{GOSE} < 4$. El estudio estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizó cada segundo de monitorización de los 17 pacientes monitorizados con el sistema RAUMEDIC® de la unidad de Neurocríticos del Hospital Universitario de Burgos, ingresados por TCE (8), ictus hemorrágico (3), hemorragia subaracnoidea (HSA) (5) e ictus isquémico (1). Se comparan las dos cohortes de pacientes en función de su resultado neurológico midiendo la dosis de PIC en umbrales de 15, 20, 25 y 30 mmHg en las primeras 24 y 72 horas y durante el resto de tiempo de monitorización. No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambas cohortes.

			GOSE>5			GOSE<4			p-value
			mediana	IQR	[min,max]	mediana	IQR	[min,max]	
ICP1	Todo el tiempo	%<15	18,66	(6,38 ; 32,22)	[0,64 ; 86,94]	22,66	(9,79 ; 38,66)	[1,28 ; 99,94]	0,700
		%≥20	5,79	(1,85 ; 13,44)	[0,09 ; 50,17]	9,21	(2,84 ; 21,13)	[0,14 ; 98,04]	0,386
		%≥25	1,74	(0,88 ; 5,41)	[0,01 ; 13,88]	3,38	(0,77 ; 11,61)	[0,04 ; 87,82]	0,290
		%≥30	,74	(0,46 ; 2,99)	[0,00 ; 4,08]	1,35	(0,38 ; 7,74)	[0,02 ; 62,25]	0,441
24h	%<15	22,33	(5,22 ; 53,04)	[0,23 ; 95,21]	32,16	(9,54 ; 57,93)	[7,62 ; 100,00]	0,501	
	%≥20	4,54	(1,31 ; 20,30)	[0,00 ; 58,74]	9,77	(2,13 ; 32,02)	[0,88 ; 97,48]	0,386	
	%≥25	,53	(0,12 ; 3,97)	[0,00 ; 14,03]	1,40	(0,31 ; 15,21)	[0,05 ; 83,92]	0,290	
	%≥30	,17	(0,00 ; 0,37)	[0,00 ; 1,32]	,59	(0,12 ; 5,85)	[0,00 ; 50,80]	0,102	
72h	%<15	24,63	(4,75 ; 58,56)	[0,24 ; 85,97]	17,61	(6,84 ; 39,18)	[4,01 ; 99,94]	0,923	
	%≥20	4,09	(1,05 ; 23,65)	[0,02 ; 51,11]	5,50	(1,48 ; 20,93)	[0,53 ; 98,04]	0,773	
	%≥25	,84	(0,24 ; 3,88)	[0,00 ; 13,17]	1,16	(0,18 ; 9,93)	[0,10 ; 87,82]	0,700	
	%≥30	,16	(0,07 ; 1,27)	[0,00 ; 3,18]	,25	(0,06 ; 3,33)	[0,00 ; 62,25]	0,564	

Conclusiones: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la dosis de PIC y el pronóstico. Estos resultados pueden deberse al escaso tamaño muestral empleado, por lo que podría valorarse ampliar el estudio hacia un estudio multicéntrico.

378. RELACIÓN ENTRE LA TEMPERATURA Y EL RESULTADO NEUROLÓGICO EN PACIENTES NEUROCÍTICOS MONITORIZADOS

Abajo Miranda A, Carballal de Vega AP, Zabalegui Pérez A, Pérez Cabo EM, Fernández Ratero JA, Callejo Torre F, Gero Escapa M, Ruiz Martínez A, Enriquez Rodríguez E y Crespo Guerrero A

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

Objetivos: Evaluar el efecto de la temperatura cerebral sobre el resultado neurológico de los pacientes neurocríticos monitorizados en la unidad de Neurocríticos de la UCI de Burgos.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo en el que se analizan los datos de temperatura cerebral de los 17 pacientes a los que se ha monitorizado de forma continua con dispositivo RAUMEDIC®. Posteriormente se ha correlacionado la temperatura cerebral en las primeras 24 y 72 horas y durante el resto de tiempo de monitorización con el resultado neurológico medido según la escala Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE). Las cohortes se definieron como buen resultado en pacientes con GOSE > 5 y mal resultado neurológico con GOSE < 4. El estudio estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación rho de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizó cada segundo de monitorización de los 17 pacientes monitorizados con el sistema RAUMEDIC® de la unidad de Neurocríticos del Hospital Universitario de Burgos, ingresados por TCE (8), ictus hemorrágico (3), hemorragia subaracnoidea (HSA) (5) e ictus isquémico (1). Se comparan las dos cohortes de pacientes en función de su resultado neurológico midiendo la temperatura cerebral en dos grupos: porcentaje de tiempo con temperatura > 37,5 °C y < 37,5 °C en las primeras 24 y 72 horas y durante el resto de tiempo de monitorización. Existen diferencias significativas, obteniendo mejor resultado neurológico los pacientes que mantienen la temperatura cerebral estable > 37,5 °C durante su ingreso. La cohorte que obtuvo peor resultado neurológico presentó mayor variabilidad de temperatura cerebral durante el tiempo de monitorización.

		GOSE>5			GOSE<4				
		mediana	IQR	[min,max]	mediana	IQR	[min,max]	p-valor	
T1	Todo el tiempo	%>37,5°	87,42	[73,75; 97,48]	4,16; 100,00	44,53	[27,86; 68,62]	[2,97; 98,08]	0,034
	24h	%>37,5°	68,66	[58,97; 96,91]	24,18; 100,00	59,75	[4,72; 100,00]	[0,00; 100,00]	0,492
	72h	%>37,5°	87,58	[71,33; 96,50]	8,07; 100,00	66,02	[36,36; 94,57]	[2,97; 96,21]	0,248

Conclusiones: Los pacientes con temperatura central mantenida por encima de los 37,5°C obtienen mejor resultado neurológico a largo plazo según los datos analizados, no obstante, dado el pequeño tamaño muestral del estudio y a lo que *a priori* parece contraproducente desde el punto de vista fisiológico consideramos necesario ampliar el estudio para corroborar el resultado.

379. IMPACTO DE LA HIDROCEFALIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Martínez San José N, Lasa Berasain P, Ruiz Lucea J, Artaza Beltrán de Heredia A, Yeregui Baztán L, Huarte Mañú D, Tous Espelosin A, Candau Rodríguez C, Vázquez Yoldi A y Usieto Losfables M

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Identificar diferencias entre pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) que desarrollan hidrocefalia y aquellos que no, para guiar estrategias clínicas y futuras investigaciones.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente 83 pacientes con HSA incluidos en el registro REMOS del Hospital Universitario de Navarra durante los últimos dos años. Se evaluaron variables demográficas, clínicas y de manejo mediante pruebas estadísticas (chi-cuadrado y Fisher) con significancia en $p < 0,05$.

Resultados: Casi la mitad de los pacientes con HSA desarrollaron hidrocefalia (45,78%), lo que a su vez se asoció con una mayor prevalencia de hipertensión arterial (58 vs. 42%; $p = 0,08$) y cefalea centinela (63 vs. 37%; $p = 0,03$). La diabetes mellitus fue exclusiva de este grupo (6 casos; $p = 0,007$). Los pacientes con hidrocefalia presentaron mayor gravedad clínica inicial, reflejada en puntuaciones más altas en las escalas Hunt-Hess (3,3 vs. 2,3; $p = 0,01$) y WFNS (3,3 vs. 2,4; $p = 0,03$), lo que indica un estado clínico más severo al ingreso. En cuanto a intervenciones, se colocó drenaje ventricular externo (DVE) en el 94,74% de los pacientes con hidrocefalia. No hubo diferencias significativas en la mortalidad, pero las infecciones nosocomiales fueron más frecuentes en pacientes con hidrocefalia (65 vs. 38%; $p = 0,02$).

Conclusiones: La cefalea centinela, la hipertensión arterial y las escalas de gravedad inicial (Hunt-Hess y WFNS) identifican a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar hidrocefalia. Además, las infecciones nosocomiales fueron más frecuentes en este grupo. Aunque no se encontraron diferencias significativas en otros desenlaces, los resultados obtenidos podrían orientar estudios futuros para optimizar el tratamiento y la prevención de infecciones de estos pacientes.

380. HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS DE EMERGENCIAS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Jiménez Romero C, Rivera Rubiales G, Franzón Laz ZM y Sánchez Ruiz J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y etiológicas, hallazgos tomográficos y evolutivos de los pacientes que ingresan en la UCI de nuestro centro con hemorragia intracraneal (HIC) espontánea.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se han incluido pacientes diagnosticados de HIC espontánea que ingresaron en UCI en el periodo comprendido enero 2022 a noviembre 2024. Se recogieron datos demográficos, antecedentes personales, las características clínicas y hallazgos tomográficos al ingreso, escalas de gravedad, manejo neuroquirúrgico y evolución (estancia, mortalidad y resultado funcional). Los resultados se expresan en mediana y rango intercuartílico para las variables cuantitativas; y frecuencias para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, siendo la mayoría hombres (58%), edad media 64 años. Las características generales se describen en la tabla. Destacando antecedentes: hipertensión (68,1%); dislipemia (47,8%). Un 50,7% GCS severo al ingreso. Etiología más prevalente fue la hipertensiva (33,1%). Localización más frecuente fue lobar (49,2%), ganglios de la base (34,8%). Respecto a complicaciones en la TC; edema perilesional (66,7%), desplazamiento de línea media (63,8%). Un 60,8% fue valorado por Neurocirugía, siendo trasladados tan solo un 15,9%. La mediana de días de estancia en UCI fue de 4,5 días, observándose una mortalidad del 66,7% durante su ingreso en UCI. De los 64 pacientes fallecidos, el 31,9% se estableció LET y el 36,2% se diagnosticó de muerte encefálica.

Tabla 1. Características generales de los 69 pacientes incluidos en el estudio.

Características demográficas

Sexo, n (%)

Hombre 40 (58)

Edad, mediana (RI) 64 (17)

Antecedentes, n (%)

Hipertensión 47 (68,1)

Dislipemia 33 (47,8)

Diabetes 17 (24,6)

Tabaquismo 29 (42)

Alcohol 14 (20,3)

Drogas 4 (5,8)

ACV previo 21 (30,4)

Neoplasia 9 (13)

Cardiopatía isquémica 10 (14,5)

Enfermedad renal crónica 5 (7,2)

Antiagregado 20 (29)

Anticoagulado 18 (26,1)

Escala Rankin, mediana (RI) 0 (0)

Exploración clínica al ingreso

GCS, n (%)

3-7 30 (50,7)

8-11 11 (15,9)

12-15 23 (33,3)

Reactividad pupilar, n (%)

Normal 50 (72,5)

Anisocoria 6 (8,7)

Midriasis 13 (18,8)

Convulsiones, n (%) 14 (20,3)

TA sistólica al ingreso, mediana (RI) 164,5 (62)

TA diastólica al ingreso, mediana (RI) 93 (33)

Causa de la hemorragia, n (%)	
Hipertensivo	38 (33,1)
Antiagregado/anticoagulado	11 (15,9)
Angiopatía amiloide	3 (4,3)
Tumor cerebral	2 (2,9)
MAV	1 (1,4)
Aneurisma	1 (1,4)
Abuso de drogas	2 (2,9)
Enfermedad hematológica	1 (1,4)
Otros	10 (15,9)
Hallazgos TAC	
Localización hematoma, n (%)	
Lobar	34 (49,2)
Ganglios de la base	24 (34,8)
Talámico	5 (7,2)
Cerebeloso	4 (5,8)
Tronco del encéfalo	6 (8,7)
Volcado intraventricular	42 (60,9)
Hemorragia subaracnoidea	18 (26,1)
Hidrocefalia	8 (11,6)
Edema perilesional	46 (66,7)
Desplazamiento línea media	44 (63,8)
Herniación sulfacina	14 (20,3)
Herniación transtentorial	12 (17,4)
Escala de gravedad ICH, mediana (RI)	3 (3)
Evolución	
Manejo neuroquirúrgico, n (%)	
Valorado por neurocirugía	42 (60,8)
Traslado a hospital referencia	11 (15,9)
Evacuación hematoma	3 (4,3)
Drenaje ventricular externo	1 (1,4)
Neuromonitorización sensor PIC	4 (5,8)
LET, n (%)	22 (31,9)
Días de estancia, mediana (IC)	
UCI	4,5 (28)
Hospital	8,5 (16)
Mortalidad, n (%)	
UCI	46 (66,7)
Hospital	18 (26,1)
Muerte encefálica	
Donante	24 (34,8)
Resultado funcional (3 meses)	
Índice de Rankin, mediana (IC)	6 (1)

RI: rango intercuartílico; ACV: accidente cerebro vascular; GCS: Glasgow coma scale; TA: tensión arterial; MAV: malformación arteriovenosa; TAC: tomografía axial computarizada; ICH: Intracerebral Hemorrhage Score; PIC: presión intracraneal; LET: limitación esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: En nuestra serie, la HIC prosigue como una enfermedad de alta mortalidad y pobres resultados funcionales, ya que fallecen hasta un 92,8% de los pacientes, la mayoría de ellos durante su estancia en UCI. El perfil de paciente más prevalente en nuestro medio corresponde a hombre en torno a 64 años con factores de riesgo cardiovascu-

lares y que presenta bajo nivel de consciencia (GCS < 8 puntos). Apenas un 15,9% tuvo indicación neuroquirúrgica, siendo trasladado a su hospital de referencia.

381. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD PRECOZ EN LA HEMORRAGIA CEREBRAL INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTÁNEA

Rivera Rubiales G, Jiménez Romero C y Franzón Laz Z

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos potencialmente relacionados con la mortalidad precoz de los pacientes que sufren hemorragia intraparenquimatosa (HIP) espontánea grave.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo. Se incluyen pacientes ingresados en UCI, en un período de 3 años (enero 2022-noviembre 2024), con diagnóstico de HIP espontánea grave. Se excluyó hemorragia subaracnoidea espontánea y transformación hemorrágica en ictus isquémico. Se estudiaron variables: sexo, edad, antecedentes, consumo de antiagregantes y/o anticoagulantes, escalas de gravedad, cifras de tensión arterial, reactividad pupilar, causas, localización y complicaciones tomográficas, reversión de anticoagulación, manejo quirúrgico y estancia en UCI. El estudio descriptivo se realizó mediante frecuencias para variables cualitativas y mediana (rango intercuartílico) para cuantitativas. Se empleó test chi-cuadrado para variables cualitativas y ANOVA para cuantitativas.

Tabla 1.		Mortalidad UCI	
		Sí	No
N (%)		46 (67,6)	22 (32,4)
Características demográficas			
Sexo, n (%)			
Hombre	25 (54,3)	14 (63,6)	0,469
Mujer	21 (45,7)	8 (36,4)	
Edad, mediana (RI)	68 (17)	64,50 (19)	0,156
Exploración clínica al ingreso			
GCS, n (%)			
3-7	32 (69,6)	3 (13,6)	0,000
8-11	6 (13,0)	5 (22,7)	0,316
12-15	8 (17,4)	14 (63,6)	0,000
Reactividad pupilar, n (%)			0,04
Normal	28 (60,9)	21 (95,5)	
Anisocoria	5 (10,9)	1 (4,5)	
Midriasis	13 (28,3)	0 (0)	
Convulsiones, n (%)	5 (10,9)	9 (40,9)	0,008
TA sistólica al ingreso, mediana (RI)	156 (60)	162 (82)	0,805
TA diastólica al ingreso, mediana (RI)	90 (27)	90 (34)	0,897
Causa de la hemorragia, n (%)			
Hipertensivo	25 (54,3)	12 (54,5)	0,733
Antiagregado/anticoagulado	8 (17,4)	3 (13,6)	
Angiopatía amiloide	2 (4,3)	1 (4,5)	
Tumor cerebral	0 (0)	2 (9,1)	
MAV	1 (2,2)	0 (0)	
Aneurisma	1 (2,2)	0 (0)	
Abuso de drogas	1 (2,2)	1 (4,5)	
Enfermedad hematológica	1 (2,2)	0 (0)	
Otros	7 (15,2)	3 (13,6)	
Hallazgos TAC			
Localización hematoma, n (%)			
Lobar	22 (47,8)	11 (50,0)	0,389
Ganglios de la base	14 (30,4)	9 (40,9)	0,422
Talámico	4 (8,7)	1 (4,5)	0,664
Cerebeloso	4 (8,7)	0 (0)	0,296
Tronco del encéfalo	5 (10,9)	1 (4,5)	0,656
Hidrocefalia	8 (17,4)	0 (0)	0,047
Desplazamiento línea media	32 (71,1)	12 (57,1)	0,401
Herniación sulfacina	12 (26,1)	2 (9,1)	0,124
Herniación transtentorial	10 (21,7)	2 (9,1)	0,311
Escala de gravedad ICH, mediana (RI)	3 (2)	2 (2)	0,001
Evolución			
Reversión anticoagulación	5 (10,9)	1 (4,5)	0,314
Manejo neuroquirúrgico, n (%)			
Evacuación hematoma	0 (0)	3 (13,6)	0,031
Drenaje ventricular externo	1 (2,2)	0 (0)	0,486
Monitorización sensor PIC	0 (0)	3 (13,6)	0,031
Días de estancia UCI, mediana (IC)	3 (7)	5,5 (22)	0,012

RI: rango intercuartílico; GCS: Glasgow coma scale; TA: tensión arterial; MAV: malformación arteriovenosa; TAC: tomografía axial computarizada; ICH: Intracerebral Hemorrhage Score; PIC: presión intracraneal.

Resultados: Se estudiaron 68 pacientes: El 46 (67,6%) fallecieron (grupo A) y 22 (32,4%) sobrevivieron (grupo B). La mediana de edad en A fue 68 años (RI 17) y 64,5 (RI 19) en B. Un total de 25 (54,3%) de A y 14 (63,6%) de B fueron hombres. Antecedentes personales: hipertensión 30 (65,2%) en A y 16 (72,7%) en B; diabetes mellitus 11 (23,9%) en A y 6 (27,3%) en B; dislipemia 23 (50%) en A y 10 (45,5%) en B; tabaquismo 16 (34,8%) en A y 12 (54,5%) en B; alcohol 9 (54,5%) en A y 4 (18,2%) en B;

drogas 3 (6,5%) en A y 1 (4,5%) en B; accidente cerebrovascular 12 (26,1%) en A y 9 (40,9%) en B; cardiopatía isquémica 7 (15,2%) en A y 3 (13,6%) en B; tratamiento antiagregante 12 (26,1%) en A y 8 (36,4%) en B; anticoagulación 11 (23,9%) en A y 7 (31,8%) en B; donde no se objetivaron diferencias significativas. Las variables clínicas, hallazgos tomográficos, procedimientos y datos evolutivos se presentan en la tabla, donde se presentan las diferencias significativas halladas en las distintas variables entre fallecidos y supervivientes.

Conclusiones: En nuestra serie, la tasa de mortalidad es mayor en presencia de hidrocefalia como hallazgo en TAC, junto a escala Glasgow < 8 puntos al ingreso, midriasis pupilar, así como valores elevados de escala ICH. Mientras que la monitorización mediante PIC, la presencia de cirugía precoz, un Glasgow de ingreso > 12 puntos y días de estancia en UCI presentaban mayor tasa de supervivencia.

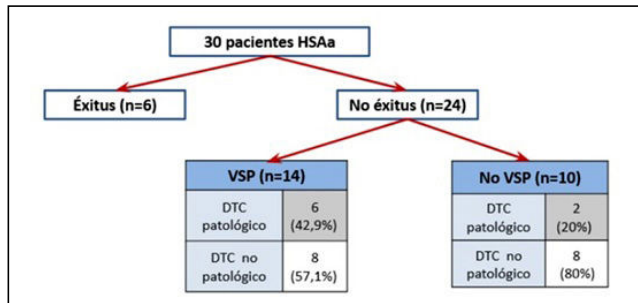
382. APLICACIÓN DEL DOPPLER TRANSCRANEAL (DTC) EN VASOESPASMO (VSP) EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSAa)

Díaz Tormo C, Torrens Sonet M, Izura Gómez M, Cordon Abalde A, Valdés Garicano M, Mas Serra A y Flores Orella MN

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con HSAa y analizar la relación entre los hallazgos del DTC y el diagnóstico de VSP.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados por HSAa en áreas de críticos de un hospital de tercer nivel en 2024. Se analizan variables demográficas, clínicas y de mortalidad. En nuestra muestra, el motivo de realización del DTC es el cribaje del VSP. Se considera que hay VSP radiológico definitivo cuando está presente en la arteriografía, isquemia cerebral tardía (ICT) como deterioro neurológico clínico atribuible a VSP y DTC patológico para VSP si velocidades medias en arteria cerebral media ≥ 120 cm/seg o arteria cerebral anterior ≥ 130 cm/seg. Se calculan sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos (VP) del DTC. Los datos se expresan en número y porcentaje o mediana y desviación estándar. Se utilizan test de Mann-Whitney y chi-cuadrado, según procede.



	Grupo 1 (n=6)	Grupo 2 (n= 8)	p
Isquemia cerebral tardía	4 (66,7%)	4 (50%)	0,53
Rankin modificado (mRS)			0,43
0	2 (33,3%)	0	
1	0	0	
2	1 (16,7%)	0	
3	0	4 (50%)	
4	2 (33,3%)	2 (25%)	
5	0	2 (25%)	
6	1 (16,7%)	0	
Días de estancia	17,5 (DE 11,1)	25,3 (DE 6,5)	0,13
Mortalidad	2 (33%)	0	0,08

Tabla 1. Resultados.

Resultados: Se recogieron datos de 30 pacientes: mediana de edad de 56,6 años, 53,3% eran mujeres y con mediana de APACHE II 15 (RIQ

7,5-20). De los 30 pacientes, 6 fallecen al ingreso. De los 24 restantes, 14 son diagnosticados de VSP por arteriografía, previo TC cerebral multimodal sugestivo. De los otros 10 pacientes, que no presentan VSP, 2 de ellos tienen un DTC patológico (fig.). En nuestra muestra, el DTC tiene: S 43%, E 80%, VP positivo 75% y VP negativo 50%. Los 14 pacientes con VSP se clasifican en dos grupos, según los hallazgos en el DTC. El grupo 1 (n = 6) incluye aquellos pacientes con DTC patológico previo a la arteriografía y el grupo 2 (n = 8) incluye los pacientes con DTC no patológico. Comparando los dos grupos, no se encontraron diferencias significativas en términos de ICT, días de estancia o mortalidad (tabla).

Conclusiones: En nuestra muestra, un 42,9% de los pacientes con vasoespasmo tienen hallazgos ecográficos patológicos en el DTC. Al comparar ambos grupos, no se evidencian diferencias significativas en términos de ICT, estancia, ni mortalidad. La S y E del DTC tienen consonancia con bibliografía reciente. No obstante, se necesita una mayor muestra para estimar el valor diagnóstico del DTC para VSP.

383. INFLUENCIA DE LA REVERSIÓN DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA

Franzón Laz Z, Rivera Rubiales G, Jiménez Romero C y Sánchez Ruiz J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Comparar la estancia media, así como la gravedad al ingreso y mortalidad de los pacientes que presentan una hemorragia intracraneal espontánea (HIE) que reciben tratamiento anticoagulante previo con respecto a los que no, además del efecto de revertir dicho anticoagulante.

Métodos: Estudio observacional de cohorte prospectivo en el que se incluyen a los pacientes con HIE que ingresando en UCI desde enero de 2022 hasta noviembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, antecedentes como toma de anticoagulación, tipo de anticoagulación, reversión de anticoagulación y tipo de tratamiento, escalas de gravedad, estancia en UCI y mortalidad. Los resultados se expresan en medias y desviación típica en variables cuantitativas y en porcentajes en cualitativas. Se empleó test chi-cuadrado para variables cualitativas y ANOVA para las cuantitativas. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes, los cuales tomaban tratamiento anticoagulante 18 (26,1%), con respecto a 51 (73,9%), que no estaban anticoagulados. Tipos de anticoagulantes: antagonistas de la vitamina K, 7 (38,8%); inhibidores del factor Xa, 6 (33,3%); heparinas de bajo peso molecular, 5 (27,7%). Ningún paciente estaba anticoagulado con inhibidores directos de la trombina. La reversión de la anticoagulación se realizó con complejo protrombínico (3), protamina (1) y plasma fresco congelado (2). El tiempo de estancia en UCI, escalas de gravedad y mortalidad en UCI se presentan en la tabla. En el análisis estadístico no se objetivaron diferencias significativas entre grupos.

Tabla 1.	Anticoagulado		No anticoagulado	p
	Reversión anticoagulación			
	Sí	No	No procede	
N (%)	6 (8,7%)	12 (17,3%)	51 (73,9%)	
Tiempo de estancia en UCI en días, media (DT)	4,5 (±2,95)	10,25 (±10.65)	7,92 (±10.297)	0,51
Escala Glasgow, n (%)				
Leve (12-15)	3 (50%)	5 (41,7%)	15 (29,4%)	0,47
Moderado (8-11)	0 (0%)	2 (16,7%)	9 (17,6%)	0,53
Severo (3-7)	3 (50%)	5 (41,7%)	27 (52,9%)	0,78
Escala ICH, media (DT)	2,2 (±1,78)	2,67 (±1,15)	2,76 (±1,40)	0,69
Mortalidad en UCI, n (%)	5 (83,3)	6 (50)	35 (70)	0,28
DT: desviación típica; ICH: Intracranéal Hemorrhage Score.				

Conclusiones: Con los datos analizados, no se objetivaron diferencias significativas entre los pacientes anticoagulados con respecto a los que no lo estaban, tampoco hubo diferencias a los que se le revirtió dicha anticoagulación con respecto a los que no lo hicieron, en términos de estancia en UCI, escalas de gravedad y/o mortalidad. No obstante, sería interesante ampliar tamaño muestral además de evaluar resultados funcionales.

384. HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA EN PACIENTES CRÍTICOS

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

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de hemorragia intracerebral espontánea (HIE).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en pacientes con HIE espontánea ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, gravedad, necesidad de soporte, características de la hemorragia, complicaciones y desenlace definido por la escala de Rankin modificada (mRS). Los datos descriptivos se expresaron como medias con desviación estándar (DE) para variables continuas con distribución normal, medianas con rango intercuartílico (IQR) para distribución no normal, y porcentajes para datos categóricos.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. 63% varones, edad 60 ± 15 años, Charlson 0 (IQR 0-2). Comorbilidades: HTA 55%, dislipidemia 36%, obesos 20%, DM 17%, fumadores 26% e ictus previo 10%. Gravedad: APACHE II 21 ± 8 , ICH score 3 (IQR 2-4). GCS inicial 10 (5-14). En cuanto a la etiología: hipertensivos 65,2%, MAV 15,7%, angiopatía amiloide 6,7%, trombocitopenia y/o coagulopatía 6,7%. Localización supratentorial 75%, tronco-encefálica 9%. El 57% tenían desplazamiento de línea media, con una mediana de 3 mm (IQR 0-11). El 66,3% asociaron hemorragia intraventricular. Recibieron tratamiento quirúrgico el 24,7% (evacuación del hematoma y/o craneotomía descompresiva). Se colocó DVE en el 28%. El 85% requirió VM y el 36% traqueostomía. Un 80% tuvieron complicaciones: neumonía por aspiración 45%, hipertensión intracraneal 25,8%, resangrado 10%, disfunción ventricular 2,2% y ARDS 2,2%. El 43% de los pacientes presentaron complicaciones infecciosas: NAVM 23,6%, sepsis 5,6%, traqueobronquitis 17%. La estancia en UCI fue de 9 días (2-30), con una mortalidad del 52%. La estancia hospitalaria fue de 16 días (2-51) con una mortalidad del 55,1%. Estado funcional al alta según la escala Rankin modificada: asintomáticos 4,5%, sin discapacidad 1,1%, discapacidad leve 2,2%, discapacidad moderada 12,4%, discapacidad moderadamente grave 20,2%, discapacidad grave 4,5% y fallecidos 55,1%. Por lo tanto, el 75,8% de los pacientes presentó un resultado desfavorable, definido como discapacidad moderadamente grave, grave o muerte.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la causa más frecuente de la HIE fue la hipertensiva, son más frecuentes a nivel supratentorial, presentando al ingreso desplazamiento de línea media, con posibilidades reducidas de tratamiento quirúrgico. Probablemente es por ello que asocie tan pobre resultado funcional con una alta discapacidad severa y alta mortalidad.

385. ARTERIOGRAFÍA PRECOZ EN PACIENTE CON HSA ESPONTÁNEA ANEURISMÁTICA. ESTUDIO COMPARATIVO

Villalba Saorín AJ, Mataix Manero M, Giner Fons M, Carnerero Gutiérrez I, López Sánchez F y Jaime Sánchez FÁ

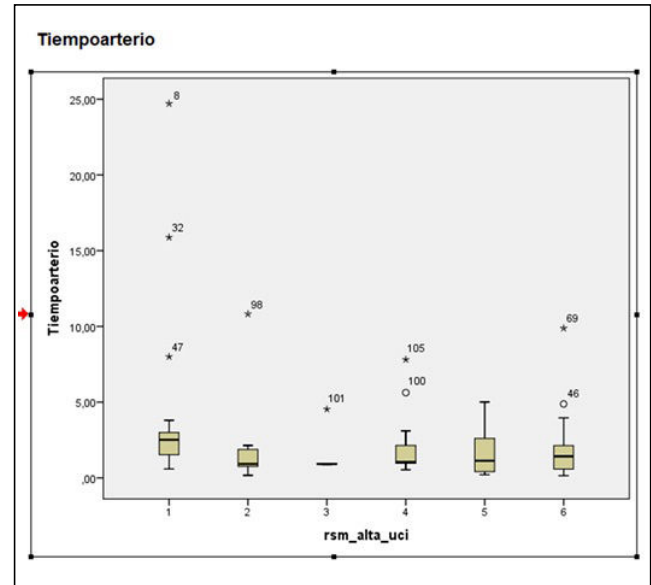
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Comparar los resultados obtenidos en cuanto a mortalidad y clase funcional al alta de UCI en función del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la realización de la arteriografía. Y también su posible asociación con resangrado antes del procedimiento.

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo sobre una cohorte formada por todos los pacientes con HSA espontánea aneurismática que fueron atendidos en el hospital general de Alicante entre diciembre del año 2021 y marzo del 2024 y que se les realizó una arteriografía en los primeros 4 días de ingreso, obteniendo una muestra de 108 pacientes. Para ello la variable independiente ha sido el tiempo en horas de demora entre el inicio de los síntomas y la arteriografía, y como variables dependientes la mortalidad y la clase funcional al alta de UCI valorada según la puntuación obtenida en la escala RANKIN. Para el análisis de ambas variables hemos utilizado la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Existe relación entre el tiempo que pasa hasta la arteriografía en número absoluto y el Rankin al alta de UCI ($p=0,023$). Observando los rangos promedios en el gráfico de cajas y bigotes, parece haber una tendencia en la que, a mayor tiempo hasta la arteriografía, los pacientes tienden a tener un peor puntaje en la escala Rankin (mayor discapacidad). No hay relación entre el tiempo hasta la arteriografía

en horas y la mortalidad durante el ingreso en UCI ($p=0,073$). 12 pacientes sufrieron resangrado, todos ellos antes de la arteriografía y el 100% al alta de UCI la mitad fallecieron y el resto tuvieron un Rankin desfavorable.



Conclusiones: La realización de arteriografía precoz en pacientes con HSA espontánea por rotura de aneurisma mejora el pronóstico funcional del paciente al alta, pero no disminuye su mortalidad durante el ingreso en UCI. A pesar de que existen muchos factores que pueden influir en el pronóstico funcional al alta, hemos observado que el resangrado ocurrió previo a la arteriografía y esos pacientes tuvieron mal pronóstico, aunque para estudiar esta posible asociación sería necesario plantear un nuevo estudio con una muestra mayor. Por todo ello consideramos interesante continuar realizando la arteriografía de la forma más precoz posible tal y como se indica en la bibliografía consultada.

386. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA CEREBRAL (INTRAPARENQUIMATOSA) ESPONTÁNEA

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

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

Objetivos: Identificar los factores de riesgo relacionados con la mortalidad en pacientes con hemorragia cerebral espontánea (HIE) ingresados en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en un hospital de 3er nivel. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, gravedad, características de la HIE (localización, volumen, afectación intraventricular (IVH) y desplazamiento de línea media), complicaciones, necesidad VM y desenlace final. Datos descriptivos se expresaron como medias con desviación estándar, medianas con rango intercuartílico (IQR) y como porcentajes para datos categóricos. Las variables continuas se categorizaron según el punto máximo de discriminación por el AUROC. Se realizó un análisis univariado y multivariado utilizando regresión logística para determinar factores relacionados con la mortalidad.

Resultados: 89 pacientes, 63% varones, edad 62 años (51-72). Charlson 0 puntos (0-2). Gravedad: APACHE II 22 puntos (16-26), puntuación HIE 3 puntos (2-4), GCS 10 puntos (5-14). Relación neutrófilos/linfocitos 5 (3-11). Características: localización troncoencefálica 14,6%, volumen del hematoma 36 cc (15-80), desplazamiento de línea media 57% y IVH 66%. Un 25% recibieron tratamiento quirúrgico. 85% necesitaron VM y 80% presentaron alguna complicación. Mortalidad hospitalaria del 55%. El análisis univariado: edad > 70 años (OR 3,59; IC95% 1,27-10,16), Charlson > 2 puntos (OR 4,83; IC95% 1,61-14,45), GCS > 9 puntos (OR 0,22; IC95% 0,08-0,53), APACHE > 24 puntos (OR 7,42; IC95% 2,62-21,11), relación neutrófilos/linfocitos (OR 1,08; IC95% 1,01-1,16), localización troncoencefálica (OR 6,50; IC95% 0,76-55,25), volumen hema-

toma (10 cc) (OR 1,21; IC95% 1,07-1,37), desplazamiento línea media (OR 2,52; IC95% 1,06-5,97), IVH (OR 3,13; IC95% 1,25-7,79), tratamiento quirúrgico (OR 0,28; IC95% 0,10-0,77), complicaciones UCI (OR 1,71; IC95% 0,60-4,84) y VM (OR 8,91; IC95% 1,84-43,108). Análisis multivariado, en modelo máximo que incluyó las variables previamente descritas, factores independientes de mortalidad fueron: Charlson > 2 puntos (OR 11,44; IC95% 1,56-83,74), localización troncoencefálica (OR 51,56; IC95% 1,28-2073,92), volumen del hematoma (10 cc) (OR 1,32; IC95% 1,03-1,69), VM (OR 17,48; IC95% 1,02-299,33) y relación neutrófilos/linfocitos (OR 1,10; IC95% 1,01-1,21).

Conclusiones: En nuestra experiencia los factores independientemente relacionados con la mortalidad fueron la presencia de comorbilidades, la localización de la hemorragia, el volumen del hematoma, la relación neutrófilos/linfocitos y la necesidad de VM.

387. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA... ¿QUÉ PASÓ DESPUÉS?

Renedo Sánchez-Girón G, Pérez Gutiérrez J, Curieses Andrés C, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Bustamante Munguira E, Mamolar Herrera N, Aray Delpino Z y De la Torre Vélez P

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir el pronóstico vital y funcional a los 6 meses considerando la arteria responsable y el tratamiento recibido, en los pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea ingresados en la UCI polivalente de un hospital de tercer nivel, en un periodo de 2 años. Análisis descriptivo de las características demográficas de dichos pacientes.

Métodos: Se realiza una base de datos recogida de manera retrospectiva. Se incluyen los pacientes ingresados en la UCI con hemorragia subaracnoidea espontánea entre enero de 2022 y julio de 2024. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo del paciente, presencia o no de aneurisma y localización del mismo. Puntuación en la escala Fisher, puntuación en la escala de Glasgow al ingreso y a los 6 m, supervivencia en ese periodo, tratamiento recibido, presencia de drenaje ventricular, y lugar de destino al alta hospitalaria.

Resultados: La muestra recogida fue de 36 pacientes, aproximadamente un 52% eran varones. La edad media de presentación fue de 66 años. Un 78% de las hemorragias fueron clasificadas como Fisher IV, y la puntuación inicial en la escala de coma de Glasgow más frecuente fue de 15, aunque el 37% de los pacientes presentaron un GCS menor o igual a 8. Este fue el factor que más se asociaba a mal pronóstico vital en nuestra muestra. La causa más frecuente de la hemorragia fue rotura de aneurisma, ubicado en la mayoría de ocasiones, en arteria cerebral media, seguida de arterias en territorio posterior. En un 30% de las ocasiones no se encontró lesión causante. En todos los pacientes se realizó arteriografía diagnóstica, y en los pacientes con lesión evidenciada, se realizó tratamiento mediante radiología intervencionista, en la mayor parte de los casos mediante *coiling* con balón. La mitad precisó drenaje ventricular. Como lugar de destino al alta, un 30% de los pacientes fueron ingresados en un centro de rehabilitación, el 42% a su domicilio. A los 6 meses de la hemorragia, un 28% de los pacientes había fallecido. De los supervivientes en edad laboral, únicamente un 20% pudo reincorporarse a su puesto de trabajo. Del total de pacientes, 15 tenían una puntuación igual o menor a 2 en la escala de Rankin.

Conclusiones: Aunque el pronóstico de la HSA ha ido mejorando en parte gracias al desarrollo de las técnicas de radiología intervencionista, sigue siendo una enfermedad compleja con tiempo de recuperación muy prolongado y que genera gran proporción de discapacidad y dependencia en nuestra población. Merece la pena continuar dedicando esfuerzos para profundizar en el conocimiento de esta patología de cara a optimizar el tratamiento.

388. ALTERACIONES CARDÍACAS EN LA HSA ESPONTÁNEA

Ruiz Cambra NA, Ruiz-Escribano Taravilla E, Rojano Donado LM, Pedrero Rosario JM, Sepúlveda Cuenca A, Mata Rubio E, García Martínez de Los Reyes L, Gallego Luján C, Barrios Arnau M y Muñoz de Luna Herrera L

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

Objetivos: Evaluar las alteraciones electrocardiográficas que presentan los pacientes con HSA espontánea, actitud diagnóstica y terapéutica al respecto y su evolución.

Métodos: Presentamos un subanálisis de nuestro centro, participante en el Registro REMOS de la SEMICYUC, tras información y consentimiento informado. Análisis desde enero de 2023 a diciembre de 2024. Evaluamos las características demográficas, escalas de gravedad, clasificación de la HSA además de datos de la evolución. Evaluamos las complicaciones cardiológicas y las alteraciones electrocardiográficas secundarias a la HSA y la mortalidad al alta de UCI.

Resultados: Analizamos 62 pacientes, 54% mujeres. La media de edad fue 64,85 años (31,96), varianza de edad 178,64. Antecedentes destacables: 15 eran fumadores (34,9%), 27 hipertensos (69,8%), 9 diabéticos (20,9%), 4 con enolismo (9,3%), 9 consumidores de otras drogas (23%). La media de ingreso de APACHE II 13,81 (rango de 2 a 33), con una varianza 81,11. Las HSA se clasificaron con Hunt y Hess, WFNs y mFisher; de los cuales Hunt y Hess seguía una moda de 2, WFNs una moda de 1 y mFisher una moda de 4. En todos los pacientes de rutina se le realiza ECG, en estos encontramos alteraciones cardiológicas y del ECG en 16 pacientes (24,19%), además de otras presentaciones cardiopulmonares reseñables como son: insuficiencia cardíaca izquierda (n = 3), edema agudo pulmón (n = 2), arritmias (n = 8 siendo la fibrilación auricular la más frecuente 33,3%), bloqueo auricular completo (6,66%), fibrilación ventricular (6,66%) y *shock* cardiogénico 2 pacientes (13,33%). En cuanto a las troponinas solo se seriaron en 41 pacientes (66,13%) el promedio de troponina ultrasensible fue 121,71 ng/L (rango mín 4 y máx 1037). De los pacientes recogidos solo se realizó ecocardiograma en 11 de ellos, por lo que solo el 17,7% fue estudiado frente al 66,13% de pacientes que presentaron elevación de troponinas. En estos ecocardiogramas, los hallazgos más relevantes fueron miocardiopatías de estrés (n = 2), disminución de FEVI (n = 1) y alteraciones de la contractilidad (n = 2). Seguimiento durante su ingreso a demanda. La mortalidad global fue del 14,5%, la mortalidad en el cupo de los 16 pacientes con alteraciones del ecg fue del 25%.

Conclusiones: Como conclusiones del estudio podemos destacar que pese a las alteraciones cardiológicas en nuestros pacientes, solo hicimos un correcto seguimiento con ecocardiografía en 11 de ellos, son puntos que deberíamos mejorar en los pacientes neurocríticos en concreto las HSA y tener en cuenta que las hemorragias se asocian a una alta probabilidad de eventos cardiológicos.

389. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, COMPLICACIONES Y SECUELAS

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

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

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo sobre el tiempo de diagnóstico y tratamiento de la hemorragia subaracnoidea así como las complicaciones y secuelas a los 6 meses en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital terciario con objetivo de conocer la incidencia y prevalencia de las complicaciones y secuelas.

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. En el hospital se dispone de un protocolo de actuación entre neurología, radiología intervencionista vascular y medicina intensiva, liderado por intensivistas para facilitar el diagnóstico y el tratamiento precoz de la causa de la hemorragia subaracnoidea. 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, de los cuales ingresan en UCI el mismo día del diagnóstico un 72,58% (45), seguido del primer día de diagnóstico 9,67% (6), el segundo día 6,45% (4) y con más de 3 días de diagnóstico 11,9% (7). En cuanto a la realización de la arteriografía terapéutica, se le realiza al 53,22% (33) de los pacientes el mismo día del diagnóstico el 48,48% (16), 27,3% (9) a las 24 h, 18,2% a las 48 h con más de 72 h el 21,2% (7). De toda tienen resangrado como complicación 11,3% (7). Siendo el 28,57% (2) el segundo día, 14,3% (1) el primer día y el 57% (4) a partir del cuarto día. El tiempo medio para el vasoespasmó es 8 días, la estancia media del paciente en UCI es de 9 días y de ingreso hospitalario de 24 días. Las secuelas a los seis meses

según la escala RSm es predominante fue 4 (22,48%) (14) seguido de 2 (19,35%) (12).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que se les diagnostica de hemorragia subaracnoidea ingresan ese mismo día en la unidad de cuidados intensivos y se realiza la arteriografía diagnóstica en la gran mayoría en las primeras 24 h. De los pacientes que presentan como complicación el resangrado lo hacen la mayoría después de los cuatro días y el tiempo medio del vasoespasma es de 8 días. Las secuelas a los seis meses según la escala RSm fue 4 que indica una disminución importante de la independencia a los 6 meses.

08:30-10:00 h

SALA C5

PÓSTERES ORALES

SEPSIS/FMO 1

Moderadores: Faustino Álvarez Cebrián, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia/
Manuela García Sánchez, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

390. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS POR *S. PYOGENES* EN LOS PERIODOS PRE Y POS-COVID-19

Viviani A¹, Cueto PF², Díaz de Antóñana Sáenz V³, Badallo Arebalo O⁴, Nuvials Casals X⁵, Martín Sánchez L⁶, Del Valle Ortiz M⁷, Ayestarán Rota J⁸, López Ramos E⁹ y Ramírez Gallego P¹⁰

¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ²Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona. ³Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ⁴Hospital Universitario Cruces, Vizcaya. ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁶Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁷Hospital Universitario de Burgos (C.A.U. de Burgos), Burgos. ⁸Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears. ⁹Hospital General Río Carrión (C.A.U. de Palencia), Palencia. ¹⁰Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Las infecciones invasivas por *S. pyogenes* que requieren ingreso en UCI han aumentado tras la pandemia de COVID-19. Este estudio analiza las características clínico-epidemiológicas de estas infecciones en el periodo 2018-2023 y compara los periodos pre y pos-COVID-19.

Métodos: Estudio multicéntrico retrospectivo (24 hospitales españoles) sobre infecciones invasivas por *S. pyogenes* (piel/partes blandas, neumonías y otras) en pacientes ingresados en UCI entre 2018-2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, microbiológicas y complicaciones (bacteriemia por *S. pyogenes*, SDRA, shock séptico, STSS, AKI, días de VM/vasopresores, ECMO), así como tratamiento y desenlaces (estancia en UCI, mortalidad a 30 días). Se compararon las épocas pre-COVID (antes del 01/01/2020) y pos-COVID con análisis univariante y multivariante (Rv4-4.2), aceptando como significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 195 pacientes (edad mediana 55 años (IQR 43-68), 59% hombres). La mortalidad global fue del 20%, con SOFA y SAPSIII medianas al ingreso de 8 (IQR 5-11) y 60 (IQR 50-78,5). La estancia en UCI fue de 9 días (IQR 4-23). Las infecciones se clasificaron en piel/partes blandas (53%), neumonías (39%) y otras (8%). El 56% presentó bacteriemia por *S. pyogenes*. Las principales complicaciones fueron SDRA (41,5%), AKI (75%), STSS (58%) y shock séptico (84%). Un 27% recibió inmunoglobulinas intravenosas. Todos los aislados de *S. pyogenes* fueron sensibles a penicilina y 93% a macrólidos. Se registraron más casos pos-COVID ($n = 128$) que preCOVID ($n = 67$). No hubo diferencias en edad, comorbilidades, gravedad ni mortalidad (20,4 vs. 19,3%, $p = 0,88$) entre los dos periodos. En el análisis univariante, en el grupo pos-COVID se objetivaron más neumonías (44,5 vs. 28,4%, $p < 0,001$), mayor incidencia de SDRA (47,7 vs. 29,9%, $p = 0,02$), más días de VM (7 (IQR 0-7,5) vs. 1 (IQR 0-7,5), $p = 0,003$) y días de vasopresores (4 (IQR

1-8) vs. 2 (IQR 1-4), $p = 0,002$), mayor uso de ECMO (10,9 vs. 1,5%, $p = 0,039$) y mayor estancia en UCI (6 (IQR 3-13,89) vs. 12,5 (IQR 5-27,5) días, $p = 0,009$). En el análisis multivariante se identificó que la variable neumonía se asociaba de forma independiente con el periodo pos-COVID, aunque sin alcanzar la significación estadística (OR = 1,80, IC95%: 0,95-3,50, $p = 0,076$), así como los días de ventilación mecánica (OR = 1,02, IC95%: 1,003-1,048, $p = 0,049$).

Conclusiones: A pesar de que las infecciones invasivas por *S. pyogenes* aumentaron tras la COVID-19, no hemos detectado ningún factor clínico o epidemiológico que caracterice claramente a la población afecta tras la pandemia.

391. ESTADO BASAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CRÓNICO: EFECTOS EN LA SUPERVIVENCIA A LA SEPSIS

Iglesias Rodríguez R¹, Badia JM¹, Da Costa Llacer L¹, Chova Sendra Z¹, Vela E² y Yébenes JC³

¹Hospital General de Granollers, Barcelona. ²Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ³Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Muchos pacientes con sepsis son mayores y frágiles, por tanto, presentan muchas comorbilidades y requieren tratamientos farmacológicos a largo plazo. La morbilidad y los tratamientos crónicos pueden influir en la recuperación y la supervivencia tras la sepsis. Este estudio pretende determinar si la mortalidad relacionada con la sepsis está influida por el estado de salud basal y el tratamiento farmacológico crónico.

Métodos: Estudio de cohorte poblacional retrospectivo, de pacientes adultos ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) con diagnóstico de sepsis durante un periodo de 2 años (2018 y 2019), en los hospitales del sistema público de salud de Cataluña (CatSalut), que analiza la influencia del estado de salud basal, medido mediante la puntuación ajustada del grupo de morbilidad (GMA) y el índice de Queralto, y el efecto de la medicación crónica previa al ingreso en la supervivencia a la sepsis. Los datos se obtuvieron del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del CatSalut

Resultados: Se registraron un total de 59.578 pacientes con diagnóstico de sepsis a lo largo de los años 2018 y 2019, de estos 12,095 requirieron de procedimientos terapéuticos propios de UCI (20,3%). La media de edad de los admitidos en UCI fue 68,2 años; elevadas tasas de comorbilidad, con un índice de Queralto medio de 52,9 y un GMA de 33,2; alta dependencia de los servicios sanitarios; y elevado gasto sanitario basal. En el 73,5% de los casos la infección estaba presente al ingreso. La mortalidad global de los pacientes fue del 36,4%. Los no supervivientes tenían mayores tasas de comorbilidad y consumían más fármacos, especialmente corticoides y antiinflamatorios no esteroideos, pero menos estatinas, sulfonilureas, antiagregantes plaquetarios y benzodiazepinas. En el análisis multivariante, el uso previo de estatinas podría ser un factor protector contra la mortalidad en pacientes con sepsis ingresados en el hospital o en la UCI (OR 0,803, 0,731, 0,883).

Conclusiones: Este estudio de base poblacional encontró que la edad avanzada, las comorbilidades y los tratamientos crónicos afectan la supervivencia de la sepsis. El uso de estatinas se asoció con una menor mortalidad, y el uso de corticoides con un peor pronóstico. La puntuación GMA y el índice de Queralto pueden mejorar los modelos predictivos, mejorando la asignación de recursos y la toma de decisiones clínicas.

392. IMPACTO DE LAS VARIANTES DE COVID-19 EN EL DESARROLLO DE FRACASO MULTIORGÁNICO EN PACIENTES CRÍTICOS

Oñoro Morales AB¹, Ruiz García ÁL², Serrano Ferrer C³, Molina Montero R¹, Jiménez García-Pumarino M¹, Acha Aranda A¹, Algaba Calderón Á⁴, Blancas Gómez-Casero R⁴, Pintado Delgado MC¹ y Rodríguez Serrano DA¹

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz. ³Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ⁴Hospital del Tajo, Madrid.

Objetivos: Durante la pandemia, el SARS-CoV-2, como otros RNA virus, ha desarrollado mutaciones que han dado lugar a diversas variantes de COVID-19. Se ha postulado que estos subtipos podrían estar relacionados con la evolución clínica del paciente. El objetivo de este estudio fue determinar si la variante viral influye en la severidad de la enfermedad y en el desarrollo de fracaso multiorgánico (FMO) en pacientes ingresados en UCI.

Figura Póster 391

Variable	beta	OR	IC
Edad (años)	0,031	1,032	1,028 - 1,035
Carga de morbilidad (GMA)	0,003	1,003	1,000 - 1,007
I.Queralt Comorbilidad POA	0,012	1,012	1,011 - 1,014
Cirrosis	0,452	1,571	1,328 - 1,859
Neoplasia activa	0,204	1,226	1,122 - 1,340
Infección POA	-0,381	0,683	0,613 - 0,762
Nombre de medicamentos	0,018	1,018	1,010 - 1,026
Estatinas	-0,219	0,803	0,731 - 0,883
Alopurinol	-0,211	0,81	0,649 - 1,010
Corticoides	0,3	1,349	1,130 - 1,611
Benzodiazepines	-0,13	0,878	0,771 - 1,001
Nombre de ingresos hosp. urgentes	0,044	1,045	1,008 - 1,084
Personas ingresadas en una residencia	-0,394	0,674	0,535 - 0,849
Fracaso Cardiovascular	0,542	1,72	1,554 - 1,904
Fracaso Respiratorio	0,569	1,767	1,617 - 1,931
Fracaso Neurológico	0,113	1,119	1,000 - 1,253
Fracaso Hematológico	0,283	1,327	1,174 - 1,500
Fracaso Hepático	1,124	3,078	2,465 - 3,843
Fracaso Renal	0,254	1,289	1,184 - 1,403
Infección SNC	0,53	1,699	1,232 - 2,343
Infección GenitoUrinaria	-0,548	0,578	0,520 - 0,644
Endocarditis	0,452	1,572	1,208 - 2,047
Infección Dispositivos	-0,397	0,672	0,589 - 0,768
Infección No Especificada	0,095	1,1	0,984 - 1,230
Bacteriemia	0,172	1,188	1,070 - 1,318
Constant	-4,239	-	-

TABLA 1. ANÁLISIS MULTIVARIADO DE PACIENTES CON SEPSIS GRAVE EN UCI.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo en una UCI de segundo nivel desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2021. Se recogieron datos del tipo de variante de COVID-19 y la puntuación SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) previo al ingreso en UCI, a las 24 h y 72 h del ingreso. Se definió FMO por una puntuación en la escala de 2 órganos con al menos más de 3 puntos de SOFA. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación estándar o con mediana y rango intercuartílico utilizando la prueba de ANOVA y la prueba de Tuckey para su análisis. Para las variables categóricas, se usó el test de Fisher.

Resultados: De una muestra total de 345 pacientes incluimos 156 pacientes cuya variante había sido analizada. Se identificaron 5 variantes: *Wild type* (n = 103), B117 (n = 32), Delta (n = 18), Gamma (n = 1), sudafricana (n = 2). Los datos de las variantes Gamma y sudafricana son limitados al tamaño muestral por lo que no pueden ser relevantes. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el SOFA al ingreso entre variantes. El SOFA medio a las 24 h y a las 72 h de la variante wild fue de $6,1 \pm 2,8$ y de $5,5 \pm 2,1$, el de la variante B117 fue de $5,5 \pm 2,4$ y $4,5 \pm 1,9$ mientras que de la variante Delta fue de $3,9 \pm 1,8$ y $3 \pm 1,5$. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el

SOFA a las 24 y 72 h de las variantes Wild y delta ($p = 0,011$) ($p = 0,013$). A las 24 h, desarrollaron FMO el 58,25% de los pacientes con variante *Wild*, el 50% de la variante B117 y el 22% de la variante Delta. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la variante delta y un menor riesgo de desarrollar FMO a las 24 y a las 72 h ($p = 0,005$) ($p = 0,004$). La variante wild, se relacionó con mayor riesgo de FMO a las 72 h ($p = 0,001$) y una tendencia a la significación a las 24 h ($p = 0,0167$). La variante B117 no se asoció de forma significativa con la aparición de FMO. No hubo diferencias en el desarrollo de FMO al ingreso entre ninguna de las variantes.

Conclusiones: En nuestra muestra, se observó que la variante Wild presentó mayor SOFA medio y se relacionó con mayor desarrollo de fracaso multiorgánico con respecto a otras variantes. La variante delta, sin embargo pudiera asociarse a un menor riesgo de FMO.

393. LA CUANTIFICACIÓN DEL DÉFICIT DE FACTOR XIII EN PACIENTES SÉPTICOS GRAVES SE CORRELACIONA CON MAYOR DISFUNCIÓN ORGÁNICA

García Gígorro R¹, Marín Mori K¹, Martínez de la Gándara A¹, Rodado Muñoz I¹, Rodríguez Ruiz C¹, Macaya Redín L¹, Gonzalo Somoza G¹, Palencia Herrejón E¹ y Jiménez Ubieto A²

¹Hospital Universitario Infanta Leonor (C.H. Infanta Leonor), Madrid.

²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

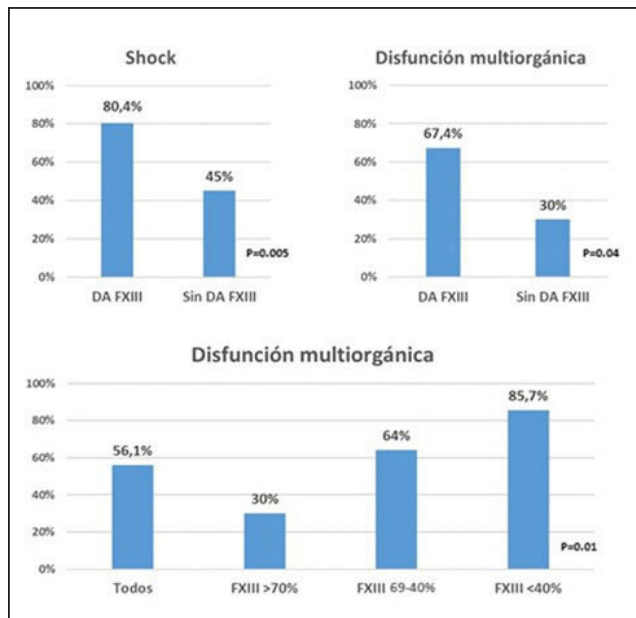
Objetivos: El factor XIII es un estabilizador del coagulo cuyo déficit se asocia con mayor riesgo de comorbilidades. No existen estudios de su impacto en los pacientes sépticos ingresados en UCI.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo unicéntrico que analiza, durante 15 meses, la incidencia precoz (1ª semana) de déficit adquirido (DA) de factor XIII (DA F.XIII) en pacientes sépticos ingresados en UCI. Se considera déficit cuando el FXIII < 70%. La actividad del FXIII en plasma citratado fue cuantificada por inmunoensayo funcional automatizado, mejorado con látex y utilizando el equipo BCS XP de Siemens.

	TODOS (N=66)	DA FXIII (<70%) (n=46)	Sin DA FXIII (n=20)	P
CARACTERÍSTICAS				
Hombres	57,6%	60,9% (28/46)	50% (10/20)	0,3
Edad	63,5 (52-72)	62 (51-73)	67 (63-73)	0,06
IMC	25,7 (23,4-30,7)	25,5 (22,7-29,9)	26 (23,7-31,2)	0,4
APACHE II	19 (15-23)	19 (15-23)	19 (14-23)	0,9
SAPS-2	43 (34-50,2)	43 (36-52)	41,5 (32-49,5)	0,5
SOFA día 1	9 (5-12)	10 (5-12)	7 (5-10)	0,1
COMORBILIDAD	86,4% (57/66)	82,6% (38/46)	89,5% (19/20)	0,2
Hipertensión arterial	53% (35/66)	47,8% (22/46)	65% (13/20)	0,1
Diabetes	22,7% (15/66)	26,1% (12/46)	15% (3/20)	0,3
Dislipemia	39,4% (39/66)	41,2% (19/46)	35% (7/20)	0,4
Insuficiencia renal crónica	19,7% (13/66)	23,9% (11/46)	10% (2/20)	0,2
Neumopatía	13,6% (9/66)	8,7% (4/46)	25% (5/20)	0,09
Cardiopatía	22,7% (15/66)	23,9% (11/46)	20% (4/20)	0,5
Cirrosis	9,1% (6/66)	8,7% (4/46)	10% (2/20)	0,6
IMS fármacos	25,8% (17/66)	23,9% (11/46)	30% (6/20)	0,5
Neoplasia	22,7% (15/66)	21,7% (10/46)	25% (5/20)	0,1
Antitrombótico	13,6% (9/66)	17,4% (8/46)	5% (1/20)	0,2
Anticoagulante	22,7% (15/66)	21,7% (10/46)	25% (5/20)	0,5
LABORATORIO DIAGNÓSTICO SEPSIS				
Ferritina	628 (318-1492)	623 (351-1396)	778 (240-1648)	0,9
Lactato	2,6 (1,9-3,8)	2,6 (2-4,1)	2,59 (1,7-3,6)	0,4
Hemoglobina	11,2 (9,7-12,4)	11 (9,7-12,2)	11,9 (9,6-13,3)	0,3
Plaquetas	144 (70,75-273)	121 (59-277)	207 (118-268)	0,1
Act. Protrombina	52,4 (42,8-69,1)	53,6 (49-68,1)	51,7 (39,9-73)	0,9
Procalcitonina	14,8 (1,7-48,1)	23,4 (2,6-48,1)	5,7 (0,58-51,45)	0,2
Leucocitos	14985 (6127-21575)	12920 (4860-21037)	15985 (9547-22340)	0,5
RECURSOS CONSUMIDOS EN UCI				
Ox ingreso	19,7% (13/66)	28,3% (13/46)	0	0,05
VMI	37,9% (25/66)	45,7% (21/46)	20% (4/20)	0,04
Días VMI	8 (4-25)	8 (4-25)	11 (4-36)	0,9
VMNI	16,7% (11/66)	13% (6/46)	25% (5/20)	0,2
Trqueostomía	15,2% (10/66)	17,4% (8/46)	10% (2/20)	0,15
TCR	25,8% (17/66)	30,4% (14/46)	15% (3/20)	0,15
Días HH	4 (3-8)	4 (3-11)	4 (2-5)	0,8
S.Vasoactivo	80,3% (53/66)	84,8% (39/46)	70% (14/20)	0,1
Días NAD	2 (1-4)	3 (1-5)	1 (0-3)	0,04
Do máxima	0,35 (0,2-0,78)	0,4 (0,2-0,8)	0,29 (0,19-0,57)	0,4
Transfusión	43,9% (29/66)	45,7% (21/46)	40% (8/20)	0,4
C. Hematías	30,3% (20/66)	34,8% (16/46)	20% (4/20)	0,2
COMPLICACIONES				
Shock séptico	69,7% (48/66)	80,4% (37/46)	45% (9/20)	0,005
DMO	56,1% (37/66)	67,4% (31/46)	30% (6/20)	0,04
Infección	18,2% (12/66)	21,7% (10/46)	10% (2/20)	0,2
Hemorragia	3% (2/66)	4,3% (2/46)	0	0,5
Trombosis	10,6% (7/66)	13% (6/46)	5% (1/20)	0,3
EVOLUCIÓN				
Días UCI	5 (3-12)	6 (4-18)	4 (2-7)	0,09
Días Hospital	20 (11-46)	22 (12-50)	17 (8-23)	0,1
Mortalidad UCI	12,1% (8/66)	13% (6/46)	10% (2/20)	0,5
Mortalidad hospitalaria	19,7% (13/66)	17,4% (8/46)	25% (5/20)	0,3

Resultados: Ingresamos 66 pacientes sépticos (69,7% shock séptico), 57,6% varones con mediana de edad de 63,5 años (52-72). Origen de la sepsis: 39,4% (26/66) respiratoria, 22,7% (15/66) abdominal, 13,6%

(9/66) urológico, 10,6% (7/66) piel/partes blandas y 13,6% (9/66) otro. El 69,7% (46/66) desarrollaron DA FXIII. La mediana de actividad del FXIII fue 59,5% (47,5-77,2) el día +1 (1-2), y 52% (38-61,5) en el día +6 (5-8). La tabla recoge las características los pacientes en función del DA FXIII. Los pacientes con DA FXIII precisaron más cirugía para control del foco (28,3 vs. 0, $p = 0,05$), sin diferencias en características basales ni gravedad. Los pacientes con DA FXIII no presentaron más complicaciones hemorrágicas ni transfusiones, pero sí desarrollaron más shock (80,4 vs. 45%, $p = 0,005$), precisaron más días noradrenalina (3 (1-5) vs. 1 (0-3), $p = 0,04$), VMI (45,7 vs. 20%, $p = 0,04$) y desarrollaron más disfunción multiorgánica (DMO) (67,4 vs. 30%, $p = 0,04$). De hecho, cuando estratificamos el riesgo de DMO en función de la gravedad del déficit, la DMO fue de 30% (6/20), 64,1% (25/39) y 85,7% (6/7) si los niveles de FXIII eran $> 70\%$, 69-40% o $< 40\%$, respectivamente; $p = 0,01$ (fig.).



Conclusiones: En nuestra cohorte, el 70% de los enfermos sépticos con ingreso UCI presenta déficit adquirido de factor XIII precoz. Este déficit se relaciona con mayor riesgo de desarrollar shock y DMO; siendo del 86% en pacientes con un déficit $< 40\%$. No obstante, son necesarios más estudios para confirmar estos resultados y estudiar su implicación en la evolución.

394. ANÁLISIS DE LA TRANSCRIPCIÓN GENÉTICA (GEN-NOC) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SEPSIS NOSOCOMIAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Haener KS, Martín Latorre R, Arrando Barberá H, Gordón Sahuquillo M, Martín Cerezuela M, Frasquet J, Pons S, Natividad I, Castellanos Ortega A y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: El análisis de la activación genética ha demostrado ser útil como herramienta en el diagnóstico de sepsis en pacientes con infecciones adquiridas en la comunidad. No obstante, dicho análisis no ha sido evaluado en pacientes con sospecha de sepsis de origen nosocomial.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y sin intervención en una UCI de un hospital universitario de tercer nivel. Fueron incluidos pacientes adultos ingresados en la UCI con sospecha de sepsis de origen nosocomial a los que se le hubieran extraído muestras para cultivo microbiológico, tanto si se hubiera iniciado o no tratamiento antibiótico, y que cumplieran criterios de SIRS (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica). La respuesta genética del paciente fue analizada mediante el empleo de SeptiCyte RAPID en el momento de la inclusión en el estudio, junto con la evaluación microbiológica, analítica y radiológica. El objetivo primario fue evaluar la capacidad diagnóstica de SeptiCyte RAPID en infección nosocomial.

Resultados: Fueron incluidos sesenta y nueve pacientes, de los cuales el 78,3% (n 54) se trataron de forma empírica con antibióticos. El diag-

nóstico de infección nosocomial se confirmó en 35 pacientes (50,7%). La capacidad diagnóstica de la procalcitonina tuvo un área bajo la curva de 0,600 (IC95% 0,454-0,745), la proteína C reactiva de 0,702 (IC95% 0,564-0,839), y el SeptiCyte de 0,967 (IC95% 0,930-1,003). El mejor punto de corte para el SeptiCyte fue 6,35 con un 91,4% de sensibilidad y un 73,3% de especificidad, con un 78% y un 89,3% de valor predictivo positivo y negativo, respectivamente.

Conclusiones: El análisis de la activación genética en pacientes con sospecha de sepsis de origen nosocomial parece tener mayor capacidad diagnóstica que la medida de los biomarcadores inflamatorios habituales, que pueden verse también alterados por motivos distintos a la sepsis.

395. CÓDIGO SEPSIS: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Carrión Esteban M, Mordillo Cano H, Vizcay Iriarte I, Elosegui Ruiz de Larrea I, López Pagoaga RA, Tajadura Alonso J, Barrasa González H, Espejo Cano A y Martín López A

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

Objetivos: Evaluar los resultados de la implantación del Código Sepsis en el Hospital Universitario de Araba (HUA) y su influencia sobre la morbilidad y mortalidad del shock séptico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del HUA. Se incluyeron pacientes ingresados por sepsis desde Urgencias en dos periodos: preprotocolo (Pre) (9/11/23 a 9/05/24) y posprotocolo (Post) (9/05-09/11/24). Se registraron variables demográficas, clínicas, de gravedad (SOFA y APACHE II), cumplimiento de recomendaciones en el manejo inicial: sueroterapia (30 ml/kg), antibioterapia (ATB) precoz (≤ 1 h) y aviso a UCI si ausencia de mejoría en 3 h) y mortalidad en UCI, intrahospitalaria y a los 28 días. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) y se comparan con el test t de Student o U de Mann Whitney, según proceda. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y se comparan con el test chi cuadrado. Nivel de significación de α de 0,05.

Resultados: Se incluyen 141 pacientes (64 Pre y 77 Post). Ambas poblaciones eran comparables en cuanto a factores clínicos, comorbilidad y scores de gravedad, presentado un SOFA medio de 6,84 (DE 3,1) en el grupo Pre y mediana 6,5 (RIC 4-875) en el grupo Post y APACHE II de medio de 23,19 (DE 7,1) en el grupo Pre y 22,45 (DE 7,6) en el grupo Post. En el cumplimiento de las recomendaciones destacó un aumento en la solicitud de lactato (49,4 vs. 70,3%, $p = 0,01$) sin diferencias significativas en el resto de medidas: cultivos en la 1.ª hora (58,4 vs. 60,9%, $p = 0,76$), inicio ATB precoz (42,8 vs. 46,8%, $p = 0,3$) y administración sueroterapia adecuada (53 vs. 48%, $p > 0,56$). Además, se observó una tendencia no significativa al aviso a UCI más precoz (40,2 vs. 45,3%, $p = 0,54$) y menor necesidad de completar fluidoterapia (74 vs. 57,7%, $p = 0,08$). En el periodo Post hubo menor incidencia de fracaso renal agudo al ingreso (92,2 vs. 67,2%, $p < 0,01$), sin diferencias en la necesidad de terapia de depuración extrarrenal. No hubo diferencias en la mortalidad entre ambos grupos (intrahospitalaria 20,7 vs. 17,1%; de los cuales en UCI 81,2 vs. 72,7%).

Conclusiones: La implantación del Código Sepsis en nuestro centro ha mejorado el cumplimiento de recomendaciones clave y reducido la incidencia de fracaso renal agudo al ingreso en UCI. Una mayor adherencia a las mismas podría mejorar los resultados en términos de morbi-mortalidad.

396. SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias Á, Sánchez Ruiz P, Marco Ríos J, Salgado Villén M, Cózar Benjumea M y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad en pacientes con diagnóstico de shock séptico (SS) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Punta de Europa.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 12 camas entre 2019 y 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: va-

riables categóricas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la χ^2 (porcentajes), t de Student (medias) y U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 432 pacientes. Sin SS ($n = 133$) vs. SS ($n = 299$). SAPS II (32 [24; 49] vs. 39 [27; 53,5], $p = 0,049$). GCS (15 [7;15] vs. 15 [13;15], $p = 0,028$). Comorbilidad: neoplasia (11,3 vs. 24,4%, $p = 0,003$). Infección ($p < 0,001$): bacteriemia secundaria (6 vs. 21,7%), BRC/foco desconocido (4,5 vs. 19,1%), infección abdominal (4,5 vs. 13%), ITU-SU (8,3 vs. 4,3%), NAVM (18 vs. 7,7%). Análisis de mortalidad: vivos ($n = 152$) vs. *exitus* ($n = 147$). Sexo: hombre (50,6 vs. 67,3%, $p = 0,005$). APACHE II (13 [9;18] vs. 15 [11; 20,5], $p = 0,005$). SAPS II (36 [25;50] vs. 41 [28;58], $p = 0,041$). Factores de riesgo: neutropenia (3,9 vs. 10,2%, $p = 0,042$), TDE (9,2 vs. 31,9%, $p < 0,001$), VM (51,3 vs. 87,7%, $p < 0,001$), SU (96 vs. 100%, $p = 0,029$), traqueostomía (9,9 vs. 23,1%, $p = 0,003$). Comorbilidades: DM (25 vs. 38,8%, $p = 0,015$). Infección ($p < 0,001$): Bacteriemia secundaria (23 vs. 20,3%), BRC/foco desconocido (10,5 vs. 27,9%), infección abdominal (17,1 vs. 8,8%), ITU-SU (4,6 vs. 4,1%), NAVM (4,6 vs. 10,9%). Tiempo VM (1 [0; 8] vs. 9 [3; 17], $p < 0,001$). Estancia UCI (7 [4; 13] vs. 12 [5; 21], $p = 0,001$). Regresión logística multivariante: TDE (OR 3,79 [1,87-8,07], $p < 0,001$), DM (OR 2,09 [1,15-3,87], $p = 0,017$), tiempo VM (OR 1,21 [1,13-1,31], $p < 0,001$), infección intra-UCI (OR 2,55 [1,36-4,86], $p = 0,004$), estancia UCI (OR 0,87 [0,81-0,92], $p < 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con *shock séptico* fue elevada (41%). La TDE, la diabetes, el tiempo de VM, la infección intra-UCI y la estancia en UCI se asocian de forma independiente a mortalidad en el *shock séptico* en nuestros pacientes.

397. LA ATENCIÓN DE LA SEPSIS EN CATALUÑA EN COMPARACIÓN CON LOS RESULTADOS GLOBALES EUROPEOS

Ceccato A¹, Artigas A¹, Ferrer R², Lorenzo Cardenas C³, Trenado J⁴, Martínez ML¹, Yébenes JC⁵, Giamarellos E⁵ y Scheer C⁵

¹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

⁴Hospital de Terrassa, Barcelona. ⁵Hospital de Mataró, Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la calidad de la asistencia sanitaria disponible en Cataluña (una región con un programa de diagnóstico rápido y tratamiento [Código Sepsis]) con el resto de España y los países de la Unión Europea.

Métodos: Este estudio utilizó datos de la Encuesta Europea de Cuidados de la Sepsis (ESCS) para analizar los cuidados de la sepsis en los hospitales de Cataluña y compararlos con los del resto de España y la Unión Europea. Brevemente, la ESCS fue diseñada por un comité directivo multiprofesional liderado por la European Sepsis Alliance y apoyado por sociedades científicas europeas. La encuesta incluía preguntas sobre medidas para la detección precoz de la sepsis y el manejo estandarizado de la sepsis en los servicios de urgencias, las salas y las unidades de cuidados intensivos, pero también sobre la implementación de iniciativas de mejora de la calidad en los hospitales.

Resultados: Los hospitales de Cataluña fueron más propensos a tener programas de cribado en el servicio de urgencias, y en las salas generales (fig. 1). Los hospitales de Cataluña tenían más programas de mejora de la calidad de cualquier tipo que los hospitales de la UE pero no alcanzaron significación estadística en comparación con España (fig. 2). Los hospitales de Cataluña tenían una mayor probabilidad de disponer de guías antimicrobianas en comparación con España (OR IC95% 5,5, 1,1-28,2) pero no con la UE (OR IC95% 2,4, 0,6-10,5). El servicio microbiológico ilimitado en el tiempo (24/7) para la incubación de hemocultivos, la identificación de patógenos y la notificación de resultados fue más probable en comparación con la UE (OR IC95% 3,1; 1,2-8,1) y en comparación con España (OR IC95% 3,6; 1,4-9,6). No hubo diferencias significativas en la disponibilidad de equipos de control de la fuente quirúrgica y de administración de antimicrobianos entre la UE, España y Cataluña. En Cataluña se registraron más indicadores de calidad, especialmente el tiempo transcurrido hasta la administración de antibióticos y el cumplimiento del paquete (fig. 3).

Conclusiones: Cabe suponer que las mayores tasas de cribado de la sepsis y de manejo estandarizado de la sepsis en Cataluña se deben probablemente a la amplia implantación del programa regional de sepsis (Código Sepsis).

Figura 1. Cribado y gestión estandarizada de la sepsis en los servicios de urgencias, en las salas y en las UCI en la Unión Europea, Cataluña y España.

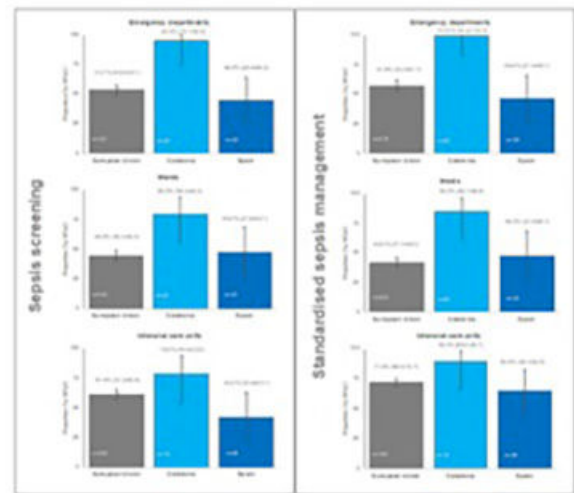


Figura 2. Iniciativas de mejora de la calidad en los hospitales.

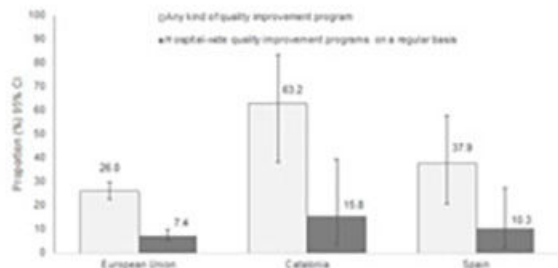


Figura 3. Indicadores de calidad registrados en los hospitales de la Unión Europea, Cataluña y España.



Financiado por: European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), Studygroup for Bloodstream Infections, Endocarditis and Sepsis der European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESC-MID), European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (ESP-NIC), European Society for Emergency Medicine (EUSEM) International Fluid Academy (IFA), European Shock Society (ESS) Intensive Care Society United Kingdom (ICS UK).

398. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE SHOCK EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO

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

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

Objetivos: Analizar el valor pronóstico de los diferentes índices de *shock* (IS) descritos en la literatura en pacientes con *shock séptico*.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, en pacientes con diagnóstico de *shock* séptico (según guías SSC) que ingresaron en UCI del HUGUM, entre octubre-noviembre 2024. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, necesidad de soportes orgánicos y desenlaces clínicos. Los diferentes índices de *shock*: sistólico (FC/TAS), diastólico (FC/TAD) y medio (FC/TAM), se calcularon a la primera atención hospitalaria (triaje) y al ingreso en UCI. Variables cuantitativas expresadas como media con desviación estándar o mediana con rango intercuartílico y variables cualitativas como porcentajes. La posible asociación de los índices de *shock* con aparición de fracaso orgánico y/o mortalidad, se analizó mediante regresión logística simple.

Resultados: Se analizaron 51 pacientes. Edad 58 ± 15 años. Varones 61%. I. Charlson 2 ± 3 . Origen infección: respiratorio 35%, abdominal 20% y urinario 20%. Bacteriemia primaria 14%. Aislamientos microbiológicos: *E. coli* 26%, *Klebsiella* spp 16%, *S. pneumoniae* 12%. Gravedad ingreso: APACHE II 18 (RIC 13-23), SOFA 7 (RIC 4-13), lactato $3,7 \pm 3,4$ mmol/L. IS triaje: sistólico $1,31 \pm 0,51$, diastólico $2,18 \pm 0,68$ y modificado $1,71 \pm 0,67$; Al ingreso UCI: sistólico $1,17 \pm 0,44$, diastólico $2,92 \pm 0,68$ y modificado $1,66 \pm 0,79$. Presentaron *shock* grave (NA > 0,5 µg/Kg/min) 25,5%, FRA 71% y disfunción cardiaca moderada/severa 16%. Requhirieron VMI 53%, duración 6 días (RIC 2-12). Estancia en UCI 4 días (RIC 3-12), con mortalidad del 20%. En el análisis univariante realizado, ninguno de los Índices de *shock* analizados, presentaron asociación con fracaso orgánico y/o mortalidad (tabla). Al contrario, otras variables relacionadas con el pronóstico, APACHE II (OR 1,12; IC95% 1,02-1,23), SOFA (OR 1,39; IC95% 1,14-1,71) y lactato (OR 1,77; IC95% 1,17-2,68), si se asociaron significativamente con un aumento de la mortalidad.

Tabla 1. Asociación de IS con fracaso orgánico y mortalidad.					
		Shock severo (NA > 0,5 y) OR (IC95%)	FRA OR (IC95%)	Disfunción VI OR (IC95%)	Mortalidad OR (IC95%)
Triaje	ISS	1,06 (0,27-4,15)	1,47 (0,41-5,31)	1,78 (0,40-7,97)	0,96 (0,19-4,69)
	ISD	1,63 (0,59-4,67)	1,81 (0,68-4,83)	1,53 (0,46-5,08)	1,93 (0,57-6,56)
	ISM	1,37 (0,51-3,69)	1,47 (0,53-4,13)	1,62 (0,55-4,79)	1,46 (0,50-4,39)
Ingreso UCI	ISS	1,63 (0,57-4,67)	1,76 (0,39-7,80)	4,26 (0,84-21,52)	1,01 (0,21-4,89)
	ISD	0,95 (0,76-1,19)	1,42 (0,59-3,43)	0,98 (0,83-1,15)	0,95 (0,73-1,24)
	ISM	0,96 (0,43-2,18)	1,60 (0,59-4,32)	1,49 (0,67-3,37)	0,95 (0,38- 2,35)

* ISS: Índice de Shock Sistólico; ISD: Índice de Shock Diastólico; ISM: índice de Shock medio

Conclusiones: En nuestra experiencia, ninguno de los Índices de *shock* analizados se asoció al desarrollo de fracaso orgánico, ni a la mortalidad de los pacientes con *shock* séptico ingresados en UCI.

399. DELTA DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA A LAS 72 HORAS COMO MARCADOR DE MORTALIDAD EN SHOCK SÉPTICO

Díez del Corral Fernández B, Giménez Beltrán B, Sarmiento Pita JM y Martín Ávila H

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico de los pacientes que ingresan en UCI por *shock* séptico. Analizar si el incremento del ancho de distribución eritrocitaria (ADE) a las 72 h de ingreso es un marcador pronóstico de mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron con *shock* séptico en los primeros 6 meses del año 2024. Analizamos variables demográficas, antecedentes personales, origen de la sepsis, ADE basal y a las 72 h, lactato, medidas de soporte y mortalidad intra-hospitalaria. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media $\pm$ DE y las cualitativas en porcentaje. Se realizó análisis estadístico mediante chi-cuadrado.

Resultados: Se analizaron un total de 108 pacientes, siendo el 68,5% (74) varones con edad media de $65,1 \pm 12,4$ años. Con respecto a los AP: tabaquismo 50% (54), hábito enólico 25% (27), HTA 60,2% (65), DM 45,4%

(49), DLP 46,3% (50), CIC 18,5% (20), ERC 17,6% (19), antecedentes oncohematológicos 26,9% (29). Origen del *shock* séptico: abdominal 42,6% (46), respiratorio 34,3% (37), Urológico 12% (13) y bacteriemia de cualquier origen 3,7% (4), otro foco 7,4% (8). A su ingreso, presentaron un valor medio de APACHE II $22,9 \pm 6,8$ puntos, SOFA de $6,7 \pm 3,4$ puntos y lactato $27,9 \pm 21,3$ mg/dL. ADE basal $16,2 \pm 2,9\%$ y ADE a las 72 h $17,1 \pm 3,2\%$. El 39,8% (43) de los pacientes presentó un incremento de ADE > 10% a las 72 h. Este subgrupo de pacientes requirió de las siguientes medidas de soporte: 100% (43) vasopresores, 30,2% (13) TCCR y 35,2% (15) VMI. Con respecto a la mortalidad, el 43,5% (47) fallecieron en UCI y de los supervivientes, 7 pacientes más fallecieron, *a posteriori*, intra-hospitalariamente. El incremento > 10% del ADE se asocia de manera significativa ($p < 0,01$) a la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que ingresan en UCI con *shock* séptico son varones de mediana edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular. El incremento de ADE en más de un 10% a las 72 h impresiona de ser un buen marcador de mortalidad hospitalaria.

400. ¿PODEMOS ESTABLECER EL UMBRAL DE IL6 PARA IDENTIFICAR EL RIESGO DE MORTALIDAD EN SEPSIS GRAVE Y SHOCK SÉPTICO?

Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Nicolás Morales P, Bastidas J, Bajaña I, Costa Allué N, Hernández M, Larrosa N, Ferrer Roca R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles de IL6 y la mortalidad en pacientes con *shock* séptico y sepsis grave, identificando umbrales de concentración plasmática a partir del cual la incidencia mortalidad resulte clínicamente relevante.

Métodos: Unicéntrico, observacional, retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con *shock* séptico y sepsis grave que fueron activados por Código Sepsis del H.U. Vall d'Hebron en el periodo de julio'18-diciembre'24. Para el diagnóstico de sepsis se utilizaron los criterios Sepsis 2. La IL6 se determinó de forma prospectiva en las primeras 12 h de evolución del *shock* (ELLA Protein Simple, California, EE. UU.) en muestra de sangre periférica. Se usó chi-cuadrado para evaluar la independencia entre variables y Shapiro-Wilk para normalidad. La probabilidad de mortalidad se definió según la frecuencia acumulada por niveles de IL6, estableciendo un umbral donde esta superaba el 50%. Se realizó un análisis ROC para sensibilidad/especificidad del corte y se calculó el *odds ratio* para comparar el riesgo de desenlace fatal entre grupos. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el *software* R (versión 4.1.0). Comité Ético de Investigación Clínica (PR(AG)336/2016).

Resultados: El análisis de IL6 muestra que un valor de 14930 (IC95%: 8.640-22.289) pg/ml es el punto de corte en el que la probabilidad de mortalidad supera la de supervivencia [$E = 0,85$, $S = 0,35$, OR 2,87 (IC95%: 2,15, 3,55)]. Para valores superiores a 74.238 (70.059-83.708) y a 178.693 (168.705-182.355) pg/ml, la probabilidad de mortalidad supera el 60% y el 70% respectivamente. Al realizar un análisis por cuantiles de 15.000 pg/ml, se identificó que el mayor cambio en los resultados clínicos se encuentra al comparar los pacientes con niveles de IL6 < 15.000 frente a ≥ 15.000 pg/ml. El análisis multivariante muestra que el puntaje SOFA (OR: 3,00, IC95%: 2,28-4,04, DE: 0,146), el lactato (OR: 1,67, IC95%: 1,32-2,14, DE: 0,123), la presencia de lesión renal aguda (AKI) (OR: 3,89, IC95%: 1,92-8,35, DE: 0,372) y los niveles de IL-6 (OR: 2,61, IC95%: 1,69-4,25, DE: 0,236) están significativamente asociados con la mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie, una concentración plasmática de IL6 de 14.930 pg/ml marca un punto de corte donde la probabilidad de mortalidad supera la de supervivencia.

401. ASOCIACIÓN ENTRE RECUENTO LINFOCITARIO ABSOLUTO Y MORTALIDAD A LARGO PLAZO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Colmenero Calleja C, Ticona Espinoza TG, Pérez Torres D, Barbero Garrote S, Cacho Dueñas M, López Barral E, Dueñas Ruiz A, Villalba Artola M, Berezo García JÁ y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Definir clústeres de pacientes críticos en función de la trayectoria del recuento linfocitario absoluto (RLA), durante los primeros días en Medicina Intensiva (MI). Describir sus características y mortalidad a largo plazo.

vs. 0,39 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, $p < 0,01$). La dosis de NAD al inicio de VAP que mejor discriminó el pronóstico fue 0,4 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ (AUROC 0,79; IC95% 0,72-0,85). Según la regresión de Cox, ajustada por edad, comorbilidad, gravedad al ingreso, paquete de sepsis, precisión antibiótica y necesidad de VMI, una dosis $> 0,4 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ de NAD en el momento de iniciar VAP aumentó el riesgo de muerte (OR 3,96; 0,11; IC95% 2,43-6,45).

Conclusiones: En nuestra experiencia, iniciar vasopresina cuando se alcanzan dosis intermedias de noradrenalina podría mejorar el pronóstico de los pacientes con *shock* séptico.

403. MID-REGIONAL PROADRENOMEDULINA (MR-PROADM) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN SEPSIS O *SHOCK* SÉPTICO POR NEUMONÍA GRAVE

Ruiz Rodríguez JC, Bastidas J, Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Bajiña Mindiolaza I, Costa Allué N, Nicolás Morales P, Ferrer Costa R, González López JJ y Ferrer Roca R

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar MR-proADM como predictor de mortalidad en pacientes con sepsis grave (SG) o *shock* séptico (SS) secundario a neumonía activados por Código Sepsis (CS).

Métodos: Estudio observacional de cohorte de pacientes activados con el CS por SG o SS secundario a neumonía entre noviembre 2016 y diciembre 2024. Se utilizaron definiciones sepsis 2. Las muestras de sangre se recogieron en las primeras 24 h de evolución de la sepsis y se almacenaron en el Banco de Sepsis hasta su análisis. Se determinaron MR-proADM, procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR), lactato y SOFA. Se utilizó el test de Kruskal-Wallis para análisis de la mortalidad, AUROC para asociación entre mortalidad y biomarcadores y el punto de corte óptimo por el criterio de "closest to top-left" en la curva ROC. Análisis estadístico realizado con *software* R (versión 4.1.0). El estudio fue autorizado por el CEIC, y los pacientes o representantes firmaron consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 193 pacientes (64,6 [14,3] años; 73,5% hombres). El 38,8% de los pacientes presentaron sepsis grave y el 61,1% *shock* séptico. El 61,1% ingresaron en UCI. La mortalidad hospitalaria fue del 34,7%. Los niveles de MR-proADM entre vivos y muertos fueron de 2,42 (1,41-4,27) y 4,17 (2,76-9,88) nmol/L ($p < 0,001$). También existieron diferencias entre vivos y muertos en función del SOFA (6 (4-9) y 8 (6-12), $p < 0,001$). El AUROC para MR-proADM fue 0,71 (IC95%, 0,63-0,79, $p < 0,001$), para SOFA 0,68 (IC95%, 0,59-0,75, $p < 0,05$) y de 0,73 para la combinación de SOFA + MR-proADM (IC95%, 0,65-0,81, $p < 0,001$) (fig. 1). El AUROC para lactato, IL6, PCR y PCT fue 0,64, 0,63, 0,56 y 0,53. El punto de corte óptimo de MR-proADM fue de 2,7 nmol/L ($p = 0,000196$) (fig. 2) con sensibilidad 78%, especificidad 59%, VPN 0,83 y VPP de 0,50. El punto de corte en 2,7 nmol/L se mantiene independientemente del SOFA.

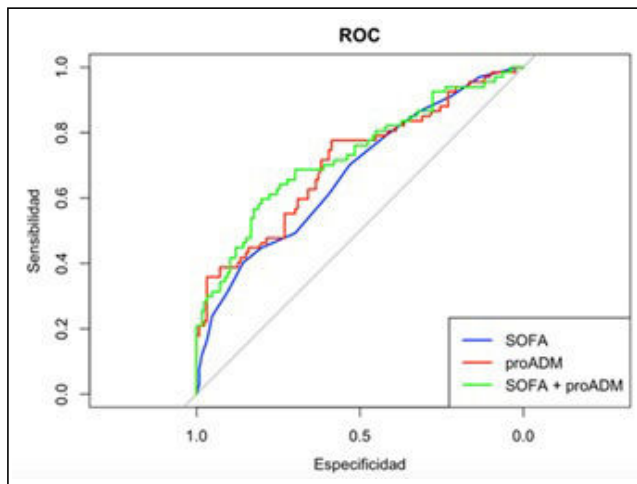


Figura 1

Conclusiones: En pacientes con neumonía con SG o SS, MR-proADM presenta mejor capacidad predictiva de mortalidad que otros biomarcadores.

Un punto de corte en 2,7 nmol/L puede resultar de utilidad para identificar a los pacientes con riesgo de mortalidad.

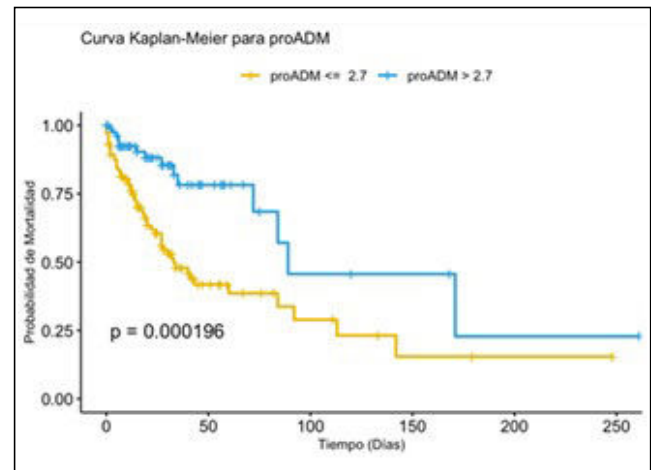


Figura 2

Financiado por: Financiado parcialmente por Thermo Fisher (Germany) y por el proyecto "A Multiplexed Plasmid-Photonic Biosensing Platform For Rapid And Intelligent Sepsis Diagnosis At The Point-Of-Care" (Horizon Europe - the Framework Programme for Research and Innovation, 2021-2027, project 101093166).

404. NIVELES DE FERRITINA Y SU RELACIÓN CON LA SUPERVIVENCIA DEL *SHOCK* SÉPTICO

Bajiña Mindiolaza I, Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Martínez Martínez M, Bastidas Ospina J, Nicolás Morales P, Hernández González M, Larrosa Escartín N, Ferrer Roca R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Identificar la relación entre la ferritina y la gravedad y el pronóstico del *shock* séptico

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con *shock* séptico y sepsis grave activados con el Código Sepsis de nuestro centro en el periodo de abril del 2018 a noviembre del 2024. Criterios inclusión: sepsis grave o *shock* séptico (definiciones sepsis 2), ingreso en UCI, determinación de niveles de ferritina en las primeras 12 horas de evolución del *shock* séptico. Criterios de exclusión: ninguno. Se han estudiado variables demográficas, de comorbilidad, relacionadas con la infección y evolutivas de la sepsis. Las variables cuantitativas se describieron utilizando mediana y rango intercuartílico, media y desviación estándar y las cuantitativas mediante frecuencia y porcentaje. Se realizó un análisis multivariado en el que se incluyeron marcadores de disfunción orgánica y biomarcadores de sepsis seleccionados mediante regresión escalonada hacia atrás (*backward stepwise regression*), con criterio de salida $p < 0,10$ y de entrada $p < 0,05$. La significación estadística se estableció en $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con StataBE 18,5 (StataCorp 2023). El estudio contó con la aprobación de comité de ética con número de registro PR(AG) 336/2016.

Resultados: Se incluyeron 307 pacientes. La mayoría de los pacientes fueron hombres (196, 63,8%) con una mediana de edad de 61,5 (50-710) años y 135 (44%) presentaban algún tipo de inmunosupresión. Los focos sépticos más frecuentes fueron el respiratorio (114, 37,3%) y el abdominal (71, 23,2%). La supervivencia global fue del 64% (199 pacientes). La mediana de ferritina fue de 570 (292-1-695) ng/mL en supervivientes y de 1-159 (457-6-092,5 ng/mL) en fallecidos. El resto de diferencias entre ambos grupos se puede observar en la tabla. En el análisis multivariado, se encontraron como factores asociados a mortalidad el SOFA ($p < 0,001$), lactato ($p < 0,001$), IL6 ($p = 0,002$) INR ($p = 0,007$), trombopenia ($p < 0,001$), creatinina ($p = 0,01$), bilirrubina ($p = 0,01$) y la hipogammaglobulinemia ($p < 0,001$).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con *shock* séptico y sepsis grave con determinación de ferritina, los niveles de ferritina se asocian a una mayor mortalidad.

	No supervivientes (n=108)	Supervivientes (n= 199)	p-valor
Datos demográficos y de comorbilidad			
Sexo (varón)	70 (64,8%)	126 (63,3%)	0,140
Edad (años)	62,5 (53-72)	59 (49-70)	0,046
Inmunosupresión	57 (52,8%)	78 (39,2%)	0,060
Cardiopatía	21 (19,4%)	23 (11,6%)	0,133
EPOC	18 (16,7%)	31 (15,6%)	0,742
Cirrosis	12 (11,1%)	16 (8%)	0,603
IRC	11 (10,2%)	31 (15,6%)	0,231
Escala de gravedad al inicio			
APACHE II	25 (20-30,5)	21 (12-28)	0,003
SOFA	12 (10-15)	9 (6-11)	<0,001
Otros biomarcadores			
Lactato (mmol/L)	4,4 (2,1-7,9)	2,2 (1,2-4,1)	<0,001
PCR (mg/dL)	16 (6,4-36,4)	16,7 (7,9-26,1)	0,562
PCT (ng/mL)	8,1 (1,3-43,3)	5,3 (1,30-2)	0,118
IL-6 (pg/mL)	1549 (236-76455)	417 (128-4455)	0,002
Disfunción y soporte orgánico			
P/F ratio (mmHg)	158 (107-223)	195 (138-322)	<0,001
INR	1,4 (1,2-1,8)	1,3 (1,1-1,5)	0,007
Leucocitos (10 ⁹ /dL)	9,1 (1,9-19,9)	12,6 (5,5-18,9)	0,059
Plaquetas (10 ⁹ /dL)	128 (52-205)	188 (88-282)	<0,001
Creatinina (mg/dL)	1,7 (1,1-2,6)	1,3 (0,8-2,4)	0,010
Bilirrubina total (mg/dL)	1,3 (0,6-2,7)	0,9 (2,4)	0,01
IgA	1640000 (104000-255000)	188000 (112000-258000)	0,338
IgG	563000 (356000-813000)	755000 (539000-1062000)	<0,001
IgM	52000 (33000-86000)	63000 (39000-114000)	<0,001

EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IRC = insuficiencia renal crónica; APACHE = acute physiology and chronic health evaluation; SOFA = sequential organ failure score; PCR = proteína C reactiva; PCT = procalcitonina; IL-6 = interleuquina 6; P/F ratio = ratio entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno; Ig = inmunoglobulina.

	Ausencia de criterios MALS (n=325)	Criterios MALS (n=50)	p-valor
Datos demográficos y de comorbilidad			
Sexo (varón)	205 (63,1%)	31 (62,0%)	0,310
Edad (años)	62 (52-72)	58,5 (47-64)	0,031
Inmunosupresión	134 (41,2%)	30 (60,0%)	0,04
Cardiopatía	51 (15,7%)	7 (14%)	0,749
EPOC	56 (17,2%)	5 (10%)	0,333
Cirrosis	29 (8,9%)	3 (6%)	0,32 (8,5%)
IRC	48 (14,8%)	7 (14%)	0,666
Escala de gravedad al inicio			
APACHE II	22,5 (14-28)	23 (18-31)	0,262
SOFA	9 (6-12)	13 (10-16)	<0,001
Otros biomarcadores			
Lactato (mmol/L)	2,3 (1,4-4,5)	4,6 (2,9-9)	<0,001
PCR (mg/dL)	15,4 (6,5-26,0)	18,3 (3,2-45,7)	0,259
PCT (ng/mL)	4 (0,8-21,6)	18,3 (3,2-45,7)	0,001
IL-6 (pg/mL)	375,1 (137,2-3995)	9599 (779-187598)	<0,001
Disfunción y soporte orgánico			
P/F ratio (mmHg)	204 (136-320)	154 (102-245)	0,013
INR	1,3 (1,1-1,6)	1,5 (1,2-1,7)	0,002
Leucocitos (10 ⁹ /dL)	12,1 (5,6-19,3)	3,6 (0,6-16,7)	<0,001
Plaquetas (10 ⁹ /dL)	183 (89-270,5)	154 (102-245)	<0,001
Creatinina (mg/dL)	2,4 (0,89-2,33)	2,1 (1,4-2,7)	0,006
Bilirrubina total (mg/dL)	0,86 (0,5-1,72)	1,5 (0,8-2,65)	0,003
Soporte vasoactivo	251 (77,2)	50 (100%)	<0,001
Ventilación mecánica invasiva	187 (57,5)	41 (82)	0,004
TCRR	99 (30,5%)	34 (68%)	<0,001
Resultados			
Supervivencia UCI	186 (71,8%)	13 (27,1%)	<0,001

Conclusiones: En la sepsis grave y el shock séptico el MALS es poco frecuente. Sin embargo, se asocia a mayor inflamación y disfunción orgánica y a una elevada mortalidad.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 1

LESIÓN AGUDA PULMONAR/SDRA/ VENTILACIÓN

Moderadora: Emilia Rosas Carvajal, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

406. ¿EXISTE EFECTO OFF HOUR EN LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA?

Martínez Martín G, Carrasco González E, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, Ruiz Rodríguez A, Torrano Ferrández M, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández A, Fernández Gambín H y Rozua López AM

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

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tratada con ventilación no invasiva (VNI) que ingresan en UCI, durante el periodo de guardia, a partir de las 15:00 horas.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de pacientes que, de forma consecutiva ingresan en UCI, entre 2020 y 2023 con diagnóstico de IRA y fueron tratados con VNI. Se dividieron en dos grupos según si ingresaban y recibían VNI en UCI de 8:00 horas a 15:00 horas o a partir de las 15:00 horas. Se definió fracaso de la ventilación no invasiva la necesidad de intubación o muerte en UCI. Los variables se muestran como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante la t de Student y prueba de ji² de Pearson. El ajuste de variables de confusión mediante ponderación de probabilidad inversa.

Resultados: Se analizaron un total de 1.043 pacientes, de los cuales 241 (23,1%) ingresaron de 8 a 15:00 horas y 802 (76,9%) a partir de las

405. CARACTERIZACIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO Y SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA LIKE (MALS)

Bajaña Mindiolaza I, Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Martínez Martínez M, Bastidas Ospina J, Nicolás Morales P, Larrosa Escartín N, González López JJ, Ferrer Roca R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Identificar las características y el pronóstico de los pacientes con sepsis grave y shock séptico que cursan con criterios de MALS.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con sepsis grave y shock séptico activados con el Código Sepsis en el periodo de abril del 2018 a noviembre del 2024. Criterios inclusión: sepsis grave o shock séptico (definiciones sepsis 2), determinación de niveles de ferritina. Criterios de exclusión: ninguno. Como criterios de MALS se utilizó un valor de ferritina > 4.400 ng/mL obtenido en las primeras 12 horas del desarrollo de la sepsis/shock séptico. Se estudiaron variables demográficas, de comorbilidad, relacionadas con la infección y evolutivas de la sepsis. Se realizó un análisis descriptivo utilizando mediana y rango intercuartilico para las variables cuantitativas frecuencia y porcentaje para las continuas, y un análisis exploratorio univariado mediante la prueba de chi² para las variables cuantitativas y U-Mann Withney para las continuas. La significación estadística se definió como p < 0,05. El análisis estadístico se realizó con StataBE 18,5 (StataCorp 2023). El estudio se autorizó por el CEIC (PR(AG)336/2016).

Resultados: Se incluyeron 375 pacientes. La mayoría de los pacientes fueron hombres (236, 62,9%) con una mediana de edad de 61,5 (51-71) años y el 164 (43,7%) presentaban algún tipo de inmunosupresión. Los focos sépticos más frecuentes fueron el respiratorio (126, 33,9%) y el abdominal (85, 22,8%). Cincuenta pacientes (13,3%) cumplieron criterios de MALS y el 98,1% presentaron shock séptico. Estos pacientes eran frecuentemente más jóvenes que el resto de la cohorte (58,5 años [47-64] vs. 62 [52-72] años, p = 0,031), más frecuentemente inmunodeprimidos (60 vs. 41,2%, p = 0,04) sin otra diferencia en cuanto a comorbilidad previa y presentaron más frecuentemente mala evolución (mortalidad en UCI 72,9 vs. 28,2%, p < 0,001). El resto de diferencias en cuanto a comorbilidad y soporte orgánico pueden observarse en la tabla.