

ma, así como sobre su evolución en UCI: soporte y complicaciones. De la población, se seleccionaron los casos que según la World Society of Emergency Surgery cumplen criterios para fijación costal quirúrgica. Estos incluyen pacientes con volet y necesidad de ventilación mecánica (VM) o FC múltiples y > 7 días de VM. Se compararon con el grupo no subsidiario a cirugía. Las variables no paramétricas se expresaron como mediana (rango intercuartílico, RIC) y las cualitativas en porcentajes y se compararon con el test U-Mann-Whitney o chi cuadrado respectivamente.

Resultados: Se analizaron 228 pacientes en UCI. El 78,1% eran varones, con una edad mediana de 50 años (44-57,3). Los mecanismos más frecuentes fueron: accidentes de moto (22,8%), coche (20,6%), precipitación (16,7%) y atropello (10,1%). El ISS fue de 22 (17-27). Hasta 43 pacientes presentaron volet y el 27,2% de la población total requirió VM, con un tiempo de 4,5 días (1-10,3). De la población total, 36 pacientes (15,8%) serían candidatos a cirugía de estabilización costal según los criterios aplicados. Las características de ambos grupos se describen en la tabla. En los candidatos a cirugía, se observó mayor tiempo de ventilación mecánica y necesidad de traqueostomías. Además, presentaron más complicaciones (síndrome de distrés (SDRA), infecciones), así como mayor estancia y mortalidad en UCI.

	Candidatos a cirugía (n=36)	No candidatos a cirugía (n=192)	p
Edad	51,5 (44,2-59,6)	49,5 (42,8-54,2)	0,93
Varones	31 (86,1%)	147 (76,6%)	0,27
ISS	23 (17,2-29)	22 (17-24)	< 0,05
VM	36 (100%)	26 (13,5%)	< 0,05
Tiempo VM	10 (4,25-15)	1 (1-3)	< 0,05
Traqueostomía	13 (36,1%)	3 (1,6%)	< 0,05
SDRA	12 (33,3%)	2 (1%)	< 0,05
Infecciones respiratorias	17 (47,2%)	1 (0,5%)	< 0,05
Estancia UCI	14,6 (6,7-20,1)	2,7 (2-5,4)	< 0,05
Mortalidad UCI	5 (13,9%)	1 (0,5%)	< 0,05

Conclusiones: En nuestra población de TT existe un subgrupo de mayor gravedad. Algunas guías ya recomiendan el abordaje quirúrgico en casos seleccionados. Valorar alternativas terapéuticas, como la fijación costal, podría estar justificado.

08:30-09:30 h

AUDITORIO 3

PÓSTERES ORALES

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 8

Moderadores: David Andaluz Ojeda. C.A.U. de Palencia/Borja Suberviola Cañas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

481. USO DEL FILMARRAY EN LA IDENTIFICACIÓN DE PATÓGENOS Y SU CONCORDANCIA CON CULTIVOS EN MUESTRAS DE LAVADO BRONCOALVEOLAR

Nomdedeu Fernández M, Jiménez Sánchez R, Zarza Márquez MDM, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Olea Rodríguez M, Lozano García L, Redondo MJ y Serna M

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Observar el nivel de concordancia entre los resultados obtenidos del FilmArray y los cultivos a partir de muestras de lavado broncoalveolar (LBA).

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 27 camas. Se utilizó la técnica de FilmArray (BioFire, bioMérieux) y cultivo microbiológico en muestras de LBA. La técnica de FilmArray se basa en la tecnología de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) multiplex y está diseñada para simplificar y acelerar el proceso de identificación de in-

fecciones. Cada panel diagnostica una variedad de virus (*Adenovirus*, *Coronavirus*, *Metapneumovirus*, *Rinovirus/Enterovirus*, *Influenza A y B*, *Parainfluenza* y *virus sincitial respiratorio*) bacterias (*Bordetella pertussis*, *parapertussis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*) hongos y/o genes de resistencia antibiótica prevalentes. Por otra parte, el LBA consiste en la instilación de suero salino normalmente entre 100 y 300 ml en alicuotas de 20-50 ml y luego se aspira para recuperar el líquido. Este procedimiento permite recolectar células, microorganismos y mediadores inflamatorios presentes en el espacio alveolar, proporcionando una muestra representativa para diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron un total de 35 pacientes (74,3% hombres) con una edad media de 64 años, de los cuales 31 (88,6%) se encontraban con ventilación mecánica. El FilmArray fue positivo en 17 casos (48,5%), con una mediana de gérmenes identificados de 2 (IQR 1-2,5). Por otra parte, el cultivo fue positivo en 13 casos (37,1%), con 1 germen identificado (IQR 1-1). El resultado del cultivo fue concordante con la información obtenida por FilmArray en un 74,3% de los casos. El FilmArray ofreció una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 72,7%. En dos casos el cultivo fue positivo para *Stenotrophomonas maltophilia*, germen no incluido en el panel de FilmArray. Con el resultado del FilmArray, se realizó un cambio en el tratamiento antibiótico en 11 pacientes (31,4%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos destacan la utilidad del FilmArray como herramienta rápida y sensible para identificar patógenos respiratorios en muestras de LBA, con una buena concordancia respecto al cultivo tradicional. Sin embargo, también se identificaron limitaciones, como la ausencia de detección de ciertos microorganismos como *Stenotrophomonas maltophilia*. La aplicación de esta tecnología impactó en la práctica clínica, facilitando ajustes en el tratamiento antibiótico en un tercio de los casos.

482. PERITONITIS EN UCI

Merino Expósito AM, Sánchez-Paus Arranz L, Vela Colmenero AM y Valverde Montoro Á

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

Objetivos: Analizar las principales características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en UCI con infección intraabdominal que fallecen en la unidad.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que ingresaron en UCI con diagnóstico de peritonitis entre febrero y diciembre de 2024. Presentamos variables epidemiológicas, características generales, manejo inicial y durante su estancia en UCI, así como complicaciones surgidas en su evolución. Expresamos los resultados como porcentajes y media o mediana $\pm$ desviación típica y rango intercuartílico según el caso. La comparación entre las diferentes variables y la mortalidad se llevó a cabo utilizando la prueba de chi-cuadrado o t de Student según correspondiera.

Resultados: Se recogieron 25 pacientes. Un 40% fueron mujeres. La media de edad fue de 64 años $\pm$ 10,36. Entre los antecedentes personales, el 48% tenían hipertensión arterial, el 20% diabetes mellitus, el 20% cirrosis hepática, el 20% enfermedad renal crónica y el 44% presentaban neoplasia de órgano sólido de los cuales un 16% estaba en tratamiento activo con quimioterapia. 24 pacientes (96%) ingresaron por peritonitis secundaria, siendo un 52% adquirida en la comunidad y un 48% de origen nosocomial. El origen más frecuente fue colónico no diverticular (40%) seguido del intestino delgado (36%). Un 68% ingresó en UCI en situación de shock séptico con una media de SOFA score de 5,16 $\pm$ 3,78 y de puntuación en la escala de la WSES para peritonitis de 8,64 $\pm$ 3,6. El 52% de los pacientes ingresó con un sistema de presión negativa para abdomen abierto con una media de cirugías hasta el cierre del mismo de 2,64 días $\pm$ 1,49. La mediana de estancia en UCI y hospital fue de 19,44 días (4-31,5) y de 39,32 días (13,5-62) respectivamente. La mortalidad en UCI fue del 16,7% y de los que sobrevivieron un 8,7% falleció en el ingreso hospitalario. La mortalidad en UCI se relacionó de forma significativa con la enfermedad renal crónica (p 0,003), el uso de terapias de reemplazo renal (p < 0,001) y con la presencia de bacteriemia al ingreso (p 0,001). Igualmente, tuvieron mayor SOFA a las 72 horas, mayor PCT al ingreso y más días en ventilación mecánica, aunque sin significación estadística para ninguna.

Conclusiones: En nuestra UCI la peritonitis es una patología prevalente y con mortalidad elevada que requiere de un estudio en mayor profundidad para identificar las diferentes variables que inciden sobre ella y sobre las que se pueda actuar de forma precoz.

483. IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO SOBRE EL DESARROLLO DE NAV PRECOZ EN PACIENTES CON BAJO NIVEL DE CONCIENCIA

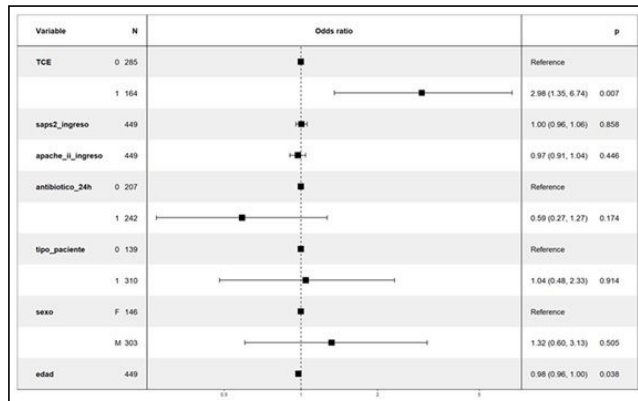
Martínez Liñares R, Claverías Cabrera L, Berrueta J, García-Martínez A, Gómez Álvarez J, Bodí Saera M y Rodríguez Oviedo A

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Evaluar el impacto del tratamiento antibiótico (TA) sobre el desarrollo de NAVp en pacientes que ingresan en UCI con bajo nivel de consciencia y reciben antibioterapia profiláctica en las primeras 24 horas de ingreso y los factores de riesgo para neumonía asociada a ventilación mecánica precoz (NAVp) en esta población.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo con datos de la vida real obtenidos automáticamente desde la historia clínica electrónica. Se incluyeron todos los pacientes ingresados entre 1/1/2014 y el 1/12/2024 con disminución del nivel de consciencia o traumatismo craneal (TCE) con/sin otros traumatismos asociados (según CMBD SEMICYUC) con una escala de Glasgow (GCS) ≤ 8 y que necesitaron ventilación mecánica (VM) al ingreso a UCI por más de 48 horas. Se recogieron variables demográficas, índices de gravedad, variables clínicas y analíticas, la administración de TA al ingreso y la NAVp. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante chi cuadrado o t test según corresponde y los factores asociados con el desarrollo de NAVp se determinaron mediante un modelo de regresión logística múltiple. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 449 pacientes, 67,4% hombres, edad media 57,2 años. Un 53,8% (n = 242) pacientes recibieron TA. No se observaron diferencias en NAVp entre pacientes con AT (8,25%) respecto de sin TA (8,7, $p = 0,99$). Los pacientes que recibieron TA presentaron mayor estancia en UCI (10,7 vs. 15,0, $p = 0,002$), más días de VM (7,96 vs. 11,3, $p = 0,004$) y mayor frecuencia de trauma craneoencefálico (51,7 vs. 18,8%, $p < 0,001$). La mortalidad cruda global fue del 35,1% y superior en pacientes que no recibieron TA (41,5 vs. 29,8%, $p < 0,01$) (tabla). El modelo de regresión logística mostró que el TCE se asoció de forma independiente con mayor riesgo de NAVp (OR = 2,98; 1,35-6,74) mientras que la edad fue un factor protector para NAVp (OR = 0,98; 0,96-1,00) (fig.).



VARIABLES	ANTIBIÓTICO NO N= 207 pacientes	ANTIBIÓTICO SI N=242 pacientes	P-VALOR
Edad media (IC95%)	61,0 (52,0-72,0)	57,0 (45,0-68,8)	0,006
Género n (%)	M 126 (60,9)	M 177(73)	0,008
Motivo de ingreso			<0,001
Disminución del nivel de consciencia n(%)	168 (81,2)	117 (48,3)	
.TCE n(%)	39 (18,8)	125 (51,7)	
GCS ingreso media (IC95%)	5 (3,00-7,00)	5 (3,00-7,00)	0,493
NAV n(%)	17 (8,21)	21 (8,68)	0,995
Días VMI media (IC 95%)	7,96 (4,12-15,9)	11,3 (5,16-20,9)	0,004
Días de UCI media (IC95%)	10,7(6,06-20,6)	15,0 (7,72-28,7)	0,002
APACHE media (IC 95%)	24,0 (17,0-30,0)	23,0 (17,0-27,0)	0,05
SAPS2 media (IC95%)	55 (45,0-66,0)	52 (42,0-60,0)	0,207
Éxito n(%)	86 (41,5)	72 (29,8)	0,012

1 TCE :traumatismo craneoencefálico. GCS:Glasgow coma scale. NAV: neumonía asociada a ventilación.
 UCI. Unidad de cuidados intensivos. VMI: ventilación mecánica invasiva.
 APACHE:acute physiology and chronic health evaluation. SAPS:simplified acute physiology score.

Conclusiones: Nuestros resultados con datos de la vida real sugieren que el TA precoz en pacientes ventilados por bajo nivel de consciencia no se asocia a menor incidencia de NAVp.

484. ANÁLISIS EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR DEL ENSAYO DE FLUJO LATERAL DE GALACTOMANANO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ASPERGILOSIS

Reina Martínez FJ¹, Barrero García I², Ruiz Pérez de Pipaón M¹, Delgado Barroso A¹, Adriaenssens Pérez M¹, Fernández Delgado E¹, Cantón Bulnes ML², Lepe Jiménez JA¹, López Barba J² y Garnacho Montero J¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.

²Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Evaluar el rendimiento del GM-LF en muestras de LBA para el diagnóstico de API en un grupo heterogéneo de pacientes críticos.

Métodos: Estudio retrospectivo (2022 a 2024) realizado en las UCI de dos hospitales de Sevilla (HU Virgen Macarena y HU Virgen del Rocío). Se incluyeron los episodios de sospecha de API con muestras obtenidas mediante LBA en los que se realizaron LF (*Lateral flow assay*; IMMY™), determinación cuantitativa de GM por ELISA (Platelia®, BioRad™) y cultivo convencional. El GM por ELISA se consideró positivo si el índice óptico era ≥ 1 . Se recogieron variables epidemiológicas, factores de riesgo de infección fúngica así como resultado de pruebas microbiológicas y modificaciones al tratamiento antifúngico. Se siguieron los criterios BM-AsplCU para diagnóstico de API. Análisis medias y desviación estándar de variables cuantitativas y proporciones de cualitativas. Análisis de sensibilidad, Kappa de Cohen, especificidad y valores predictivos de los 3 métodos diagnósticos; así como t de Student y chi-cuadrado para el análisis de subgrupos. Aprobación por el CEI (SICEIA-2024-002428).

Resultados: Se recogieron 243 muestras de LBA de 194 pacientes, el 69% con insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso. El 45% presentaban algún grado de inmunosupresión, secundario a tratamiento corticoideo (45%), inmunosupresores (31%) o enfermedad oncohematológica (21%). La neutropenia (OR 5,1, IC95% 1,3-22), enfermedad oncológica (OR 4,31, IC95% 1,09-16) y la infección por VIH (OR 5,15, IC95% 1,04-26) se asociaron con mayor riesgo de infección por *Aspergillus*. Se reportaron 34 casos de aspergilosis probable. Se halló una asociación entre el índice óptico y la positividad del LF (5,2 vs. 2,32, $p < 0,05$). El tratamiento antifúngico se modificó de forma significativa tras los resultados de LF, principalmente iniciándose tratamiento en caso de LF positivo (47,5%).

	Exactitud	Kappa	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
<i>Lateral Flow</i> vs. Elisa	0,88	0,56	0,65	0,92	0,62	0,93
<i>Lateral Flow</i> vs. cultivo	0,87	0,46	0,74	0,89	0,40	0,97
ELISA vs. cultivo	0,91	0,62	0,91	0,91	0,53	0,99

Conclusiones: El método de determinación cualitativo de galactomano por *Lateral Flow* presenta un elevado VPN y concordancia con la determinación por ELISA y el cultivo proponiéndose como herramienta para el inicio del tratamiento antifúngico ante sospecha de API.

485. VASOPRESINA: PRIMEROS PASOS EN LA UCI DE UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias Á, Álvarez Macías A, Salgado Villén M, García Cobo J, Gómez Ramos J y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar la introducción de la vasopresina en el manejo del shock séptico 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 en pacientes con diagnóstico de sepsis, en los años 2023 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: variables 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 293 pacientes. Sepsis/*shock* séptico ($n = 230$) vs. vasopresina ($n = 63$). APACHE II 14 [10; 20] vs. 17 [12,5; 21,5], $p = 0,055$. SAPS II 39,5 [26,2; 51] vs. 51 [34,5; 69], $p < 0,001$. GCS 15 [14; 15] vs. 15 [8; 15], $p = 0,012$. Factores de riesgo: ATB 48 h previas (47,8 vs. 25,4%, $p < 0,001$), cirugía urgente (10,4 vs. 25,4%, $p = 0,004$), NPT (17,4 vs. 49,2%, $p < 0,001$), TDE (13,9 vs. 50,8%, $p < 0,001$), VM (42,2 vs. 87,3%, $p < 0,001$), CVC (89,6 vs. 100%, $p = 0,003$). Traqueostomía (5,2 vs. 17,5%, $p = 0,003$). Infección ($p < 0,001$): bacteriemia secundaria (18,2 vs. 6,3%), BRC/foco desconocido (6,5 vs. 7,9%), infección abdominal (2,6 vs. 12,7%), ITU-SU (2,2 vs. 1,6%), NAVM (0,4 vs. 15,9%). Tiempo VM (0 [0; 5] vs. 4 [1; 11,5], $p < 0,001$). Estancia UCI (5 [2,2; 8] vs. 7 [2,5; 13], $p = 0,041$). *Exitus* UCI 30,9 vs. 61,9%, $p < 0,001$. Mortalidad global 36,9 vs. 66,7%, $p < 0,001$. Análisis de mortalidad: vivos ($n = 21$) vs. *exitus* ($n = 42$). GCS (13 [3; 15] vs. 15 [14; 15], $p = 0,055$). Factores de riesgo: TDE (5 [23,8] vs. 27 [64,3]), $p = 0,006$. Estancia UCI (8 [4; 21] vs. 6,5 [2; 13]), $p = 0,379$. Estancia hospital (28 [7; 41] vs. 11,5 [4,2; 21], $p = 0,092$). Regresión logística multivariante: GCS (OR 1,15 [1,02-1,32], $p = 0,026$), TDE (OR 2,06 [2,06; 28,58], $p = 0,003$).

Conclusiones: Los pacientes tratados con vasopresina presentaron mayor gravedad, mayor necesidad de VM, NPT y depuración extrarrenal, así como mayor estancia en UCI y mayor mortalidad. En nuestra unidad, la escala Glasgow al ingreso y la necesidad de terapia de depuración extrarrenal se asociaron de manera independiente a mortalidad en pacientes tratados con vasopresina.

486. UTILIDAD DE LA PCR MÚLTIPLEX EN PACIENTES CON NEUMONÍA EN VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Delgado Barroso A, Reina Martínez FJ, Adriaenssens Pérez M, Egea Miranda P, Fernández Delgado E, Bellido Barquero M, Amaya Villar R, Lepe Jiménez JA y Garnacho Montero J

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

Objetivos: Conocer la rentabilidad diagnóstica de la PCR multiplex aplicada en el lavado broncoalveolar (LBA) de pacientes con neumonía nosocomial en UCI comparado con el cultivo convencional. Conocer la adaptación del tratamiento antibiótico empírico en una UCI con baja incidencia de bacterias multirresistentes al emplear esta técnica.

Métodos: Estudio retrospectivo (2022 a 2024) de los episodios de sospecha de NAVM o de neumonía nosocomial que han requerido intubación en UCI en los que se realiza fibrobroncoscopia y LBA que se procesara mediante técnica PCR multiplex (BioFire® FilmArray® Pneumonia Panel) (FA) y cultivo convencional. Comparación de PCR multiplex frente aislamientos por cultivo. Se describieron sensibilidad, especificidad y precisión del método PCR, así como comparación de la concordancia entre técnicas. Aprobación por el Comité de Ética de Investigación (SICEIA-2024-001437).

Resultados: Se recogieron 150 LBA de 117 pacientes, el 34% correspondientes a neumonía hospitalaria grave y el 66% restante a NAVM. Sin diferencias entre los grupos, de 56 años de edad media (DE 14), 70% varones e ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria (65%) seguida de *shock* séptico (15%). La mortalidad en UCI fue del 37% de media global. 83 LBA (55%) tuvieron una prueba FA positiva para algún microorganismo, de los cuales 54 (65%) presentaron un aislamiento en cultivo. Las neumonías documentadas microbiológicamente fueron el 43%; con predominancia de *P. aeruginosa* (23%) y *S. aureus* (13%) y otros agentes no recogidos en el panel FA (28%). La sensibilidad promediada del test fue del 97%, con una especificidad del 96% y un VPN del 99%. La concordancia del panel con el cultivo fue completa en el 54% de los casos y parcial en el 21%. El número de copias era significativamente menor en aquellos FA con cultivo posteriormente negativo (10^3 vs. 10^6 , $p < 0,01$). Se identificaron mediante el panel 10 bacterias con genes de multirresistencia (8%): 6 casos de *S. aureus* con gen MEC-A, 2 *K. pneumoniae* con OXA-48, 1 *A. baumannii* con gen VIM y 1 *E. cloacae* con CTX-M. Se realizó modificación del tratamiento antibiótico dirigida a los microorganismos identificados en el panel (34,7%) o suspensión de antibiótico en caso de resultados negativos (15%).

Conclusiones: La técnica de PCR Multiplex en LBA presenta una elevada sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo para el diagnóstico microbiológico de NAVM o NAH grave. Su empleo induce una modificación precoz del tratamiento antibiótico empírico en la mitad de los casos analizados.

487. BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS CROMOSÓMICAS INDUCIBLES EN EL PACIENTE CRÍTICO. ANÁLISIS DEL FENÓMENO DE DESREPRESIÓN

De Ancos J, Gordón M, Frasset J, Castellanos Á y Ramírez P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Las enterobacterias cromosómicas inducibles (ECI) son susceptibles de desrepresión durante el tratamiento con betalactámicos, lo que lleva a la expresión de la beta-lactamasa AmpC. Nuestro objetivo es analizar este fenómeno en bacteriemias por ECI en pacientes críticos.

Métodos: Estudio retrospectivo de bacteriemias consecutivas por *E. cloacae*, *K. aerogenes* y *S. marcescens* en pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel entre 2019-2024. Se recopilaron datos de registros médicos y microbiológicos electrónicos. Realizando análisis estadísticos con SPSS, siendo significativas $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes (32 mujeres, 28,6%), con una mediana de edad de 61 años (RI 51-68). El 42% presentó *shock* séptico. Las etiologías más frecuentes fueron *E. cloacae* (63,4%), *S. marcescens* (25%) y *E. aerogenes* (11,6%). Del total, 30 casos (26,8%) estaban inducidos al diagnóstico. Las cepas inducidas tenían un mayor uso previo de aminoglucósidos (50 vs. 25,6%, $p < 0,05$) y colistina (10 vs. 1,2%, $p = 0,03$). Además, se encontró una mayor prevalencia de neutropenia (17 vs. 5%, $p = 0,04$) y mayor tasa de colonización previa en cultivos de vigilancia (43 vs. 9%, $p < 0,001$). El tratamiento empírico fue adecuado en el 88,39% de los casos, sin diferencias entre cepas. La mediana de duración del tratamiento antibiótico fue de 8 días (RI 5-13). La estancia media en UCI fue de 21 días (RI 11-35), con una mortalidad en UCI del 38,4%, y una mortalidad atribuible a la bacteriemia del 17%. No encontramos diferencias evolutivas al comparar infecciones por ECI desreprimidas o no. Tras el episodio de bacteriemia, 82 pacientes (73%) fueron seguidos con cultivos de vigilancia. De 68 pacientes no portadores de cepas desreprimidas, en 5 (7,4%) apareció una cepa inducida. Estos pacientes tuvieron antecedentes de neutropenia más frecuentes (40 vs. 4,8%, $p = 0,004$) y recibieron antibióticos por más tiempo (17 días vs. 9 días, $p = 0,048$) y tratamiento antibiótico dirigido más prolongado (15 días vs. 8 días, $p = 0,026$).

Conclusiones: La expresión del AmpC cromosómico es un fenómeno frecuente y dinámico en los pacientes críticos y requiere de una monitorización microbiológica estrecha. Comorbilidades como la neutropenia o el uso de antibióticos previos son factores implicados en la selección de cepas inducidas.

488. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN UCI

Martínez Díaz P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Describir la incidencia, factores de riesgo y tratamiento empleado en la infección por *Clostridioides difficile* de los pacientes ingresados en UCI del HUMV en el periodo de 2019-2024.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de los pacientes que ingresan en una UCI de tercer nivel con diagnóstico de infección por *C. difficile* o la desarrollan durante su estancia durante un periodo que va comprendido desde enero de 2019 a diciembre 2024. Se analizan variables demográficas, clínico diagnósticas, y evolutivas.

Resultados: Se identifican en este periodo 49 ingresos con una media de 8,5 casos al año. El 79,6% de los pacientes ingresó por otro motivo desarrollando infección por *Clostridioides* durante el ingreso y el 22,4% ingresó directamente en situación de *shock* por infección por *C. difficile*. Dos de ellos precisaron reingreso en UCI por el mismo motivo. La puntuación media en el APACHE fue de 25 hombres y 24 mujeres. La edad media fue 59 años. La estancia media de 15,7 días. Del cómputo total, 10 pacientes fallecieron durante su ingreso en UCI, sin embargo, solo un caso falleció directamente a razón de *shock* séptico por *C. difficile*. En cuanto a los factores de riesgo descritos en la literatura encontramos que, de nuestra serie, el 100% de los pacientes recibía tratamiento antibiótico (siendo el 87,7% betalactámicos) así como inhibidor de la bomba de protones. El 24,5% presentaba obesidad y el 85,7% hipoproteinemia (definida como albúmina $< 3,5$ g/dl). El 28,5% tenían insuficiencia renal crónica. El 93% de nuestros pacientes presentó diarrea como síntoma fundamental y en el 44,89% de los casos cumplía criterios de gravedad en forma de *shock*. La duración media de la dia-

rea fue de 5,2 días. Destaca que en ningún caso en el coprocultivo se aisló crecimiento del *C. difficile*, obteniendo un resultado positivo mediante identificación de la toxina por inmunocromatografía en el 30,6% y 69,38% mediante técnicas moleculares. El tratamiento recibido por nuestros pacientes presentó variabilidad entre los casos, pero se observaba la tendencia a utilizar fidaxomicina como primera opción en los casos a partir del año 2023 mientras que en los casos previos se utilizaba ante recidivas siendo la primera opción la vancomicina oral. 19 de nuestros pacientes cumplían criterios para recibir tratamiento con beztoloxumab sin embargo, se administró a 9 pacientes.

Conclusiones: La infección por *C. difficile* es una enfermedad prevalente que ha aumentado en los últimos años debido al incremento en el uso de antibióticos. La clínica es muy variable. El tratamiento de elección es la fidaxomicina.

489. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA CAPACIDAD ERRADICADORA DE LA TOBRAMICINA INHALADA EN PACIENTES VENTILADOS COLONIZADOS

Beneyto Berenguer MA, Gordón Sahuquillo M, Frasquet J, Villareal Tello E, López Rodenas M, Ramírez Gallego P, Canut Martínez H, Goyo G y De Ancos Jiménez J

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Los antibióticos inhalados son útiles en caso de fibrosis quística o bronquiectasias y colonización bacteriana persistente. En nuestra UCI es frecuente que apliquemos este modelo a los pacientes críticos con ventilación mecánica muy prolongada. Realizamos este estudio para comprobar la capacidad erradicadora de la tobramicina inhalada (Tob-inh).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó casos consecutivos de pacientes con ventilación mecánica prolongada, colonización bacteriana persistente y broncorrea que a juicio del médico asistencial dificultaba la progresión del destete y que recibieron Tob-inh. Se consideraron respondedores si se lograba la erradicación microbiológica. Se presentaron los datos en forma de número y porcentaje o media en función del tipo de variable. Se realizó un análisis univariado entre los dos grupos.

Resultados: A lo largo de 15 meses se recogieron 32 pacientes, 9 fueron excluidos por no disponer de muestra microbiológica de seguimiento. Edad media 54,4 años, hombres 73,9%, SAPS 3 56,9. Antecedente de patología pulmonar crónica en 6 casos (26%). Maniobras terapéuticas: ECMO n 6 (26%), CRRT n 5 (21,7%), necesidad de drogas vasoactivas n 14 (60,8%) y traqueostomía n 17 (73,9%). El tiempo medio entre el inicio de la ventilación mecánica y el tratamiento con Tob-inh fue de 24,6 días. En 10 pacientes el tratamiento se inició tras una NAVM que respondió clínicamente pero no microbiológicamente a un tratamiento apropiado. Se logró erradicación en 16 casos (69,5%) tras una media de tratamiento de 5,8 días, en los no respondedores (n 7, 30,5%) la ausencia de respuesta se mantuvo tras una media de 11,7 días de tratamiento. En 8 de los respondedores (50%) se realizó un seguimiento microbiológico a largo plazo, en 5 (62,5%) se detectó una reaparición de la misma bacteria (sensible a tobramicina) 17 días de media tras el cese del tratamiento. No se detectó ninguna variable diferenciadora de los dos grupos en función a la respuesta a la Tob-inh.

Conclusiones: La Tob-inh parece ser una herramienta eficaz para lograr la erradicación bacteriana de la vía aérea del paciente con ventilación prolongada incluso en aquellos que no han respondido a un tratamiento antibiótico sistémico apropiado.

490. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS Y DE LA ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS INVASORES EN UCI. PERIODO 2014-2024

Jimeno Costa JR¹, Álvarez Lerma F², Nuvials Casals X³, Catalán González M⁴, Gracia Arnillas MP², Lobo Palanco J⁵, Mas Bilbao N⁶ y Martínez Alonso M⁷

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

Objetivos: Presentar la evolución de las tasas y de los microorganismos implicados en las infecciones adquiridas en UCI, relacionadas con dispositivos invasores (IRDI), desde 2014 a 2024.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, multicéntrico. Seguimiento: hasta alta de UCI o máximo de 30 días. Infecciones: neumonía asociada a ventilación mecánica (N-VM), infección urinaria relacionada con sonda (IU-SU) y bacteriemia primaria (BP). Definición infecciones: CDC europeo. Recogida de datos: aplicación ENVIN-HELICS. Tasas de infección: número de infecciones relacionadas con el uso de dispositivos por mil días de estancia (o por mil días de uso de cada dispositivo). Incidencia: porcentaje de infecciones de cada microorganismo respecto al global de cada infección. Se ha calculado ji cuadrado de tendencia lineal (Mantel Haenszel) para las tasas y para los microorganismos más incidentes.

Resultados: N: 266.940 pacientes (y 23.593 IRDI). Disminución de las tasas de IRDI hasta 2020 y 2021, aumentando significativamente en pandemia y descendiendo en 2024. Globales: 8,99‰ en 2014; 13,59‰ en 2020; 14,22‰ en 2021 y 8,12‰ en 2024 (p = 0,000). N-VM: 6,31‰ en 2014; 11,53‰ y 11,21‰ en 2020 y 2021; 7,92‰ en 2024). IU-SU (4,03‰ en 2014; 4,75‰ y 4,67‰ en 2020 y 2021; 3,29‰ en 2024) y en BP (3,26‰ en 2014; 6,22‰ y 4,42‰ en 2020 y 2021; 2,65‰ en 2024). En 2014 predominaban *P. aeruginosa* (14,5%), *E. coli* (14,1%), *K. pneumoniae* (8,32%), *S. epidermidis* (7,85%), *E. faecalis* (5,84%) *S. aureus* (5,03%), *C. albicans* (4,96%) y *A. baumannii* (3,42%). En 2020 y 2021, *P. aeruginosa* (15,1% y 13,5% respectivamente), seguido de *E. faecalis* (9,99% y 9,16% respectivamente, causando IU-SU y BP). *S. aureus* causó el 5,21% y el 8,30% de las IRDI (1.º en N-VM), y *A. fumigatus* el 1,75% y el 2,5% respectivamente (N-VM). En 2024, *P. aeruginosa* (11,9%), *E. coli* (11,4%), *S. epidermidis* (8,36%) y *K. pneumoniae* (8,25%) vuelven a ser los principales agentes etiológicos. Tendencia significativa a disminución de la incidencia de infección por *A. baumannii* (p = 0,000) y *E. coli* (p = 0,000). *P. aeruginosa* y *K. pneumoniae* no varían (p = 0,19 y 0,14). Aumento significativo en pandemia de *A. fumigatus* (p = 0,000) y *S. aureus* (p = 0,001).

Conclusiones: 1. Prepandemia: reducción significativa de las tasas de IRDI. En pandemia, aumento significativo de ellas. 2. Actualmente tasas de IRDI en valores prepandemia (o inferiores en IU-SU y BP). 3. Predominio global de bacilos Gram negativos (*P. aeruginosa*). En pandemia aumentaron los Gram positivos (en todas las IRDI) y *A. fumigatus* (en N-VM). Tras pandemia persiste un porcentaje de infecciones por Gram positivos superior al periodo prepandémico.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n.º: 2023/48603/001 Expediente n.º: DG082/24.

08:30-09:30 h

SALA MULTIUSOS 2

PÓSTERES ORALES

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 5

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

491. EL VIAJE DEL PACIENTE (VP) COMO PRIMER PASO PARA INTEGRAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE EN LAS UCI

Losno AR¹, Sirgo G², Bodí M², Castro P¹, Fernando Peidró J¹, Pobo A², Gilavert M², Camanes N², Rubio O¹ y Ramos M¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Desarrollar un VP en dos UCI y explorar su factibilidad, así como describir la coincidencia y divergencias en la interpretación de "puntos dolorosos" y las brechas en la atención para el paciente.

Métodos: Estudio cualitativo transversal, en dos UCI de dos hospitales de tercer nivel. Una UCI hematooncológica (UCI-HCB, 13 camas) y otra general (UCI-HJ23, 30 camas). Participantes: expertos en Experiencia de Paciente (XPA) y representantes de todos los estamentos profesionales de la UCI (más de 10 profesionales). Se realizaron dos entrevistas semiestructuradas en profundidad, dirigidas por un experto en XPA al

grupo de profesionales de cada centro. Se consensuaron los ítems y dimensiones de éstas: procedencia del paciente, acogida, diagnóstico, pruebas complementarias, seguimiento, información diaria, alta de UCI y traslado a planta. El VP fue realizado con MIRO® y los resultados se presentan agrupados en dos categorías: aspectos coincidentes y divergencias.

Resultados: Existen diferencias en el porcentaje de pacientes quirúrgicos y traumatológicos (25% Hospital Joan XXIII vs. % Hospital Clínic). No hubo diferencias significativas en la edad media de los pacientes. Los resultados se presentan agrupados por dimensiones de interés para los pacientes. Aspectos coincidentes más relevantes: gap de trasfondo de información en el momento de alta a planta, limitación de iluminación exterior, información a pie de cama, falta de gestión anticipada de expectativas al alta y accesibilidad a apoyo psicológico. Aspectos divergentes más relevantes: seguimiento pos-UCI, implementación de rehabilitación y coordinación con especialistas.

Conclusiones: Es posible realizar un VP en una UCI independientemente del tipo de pacientes atendidos, existiendo aspectos coincidentes. Los factores divergentes indican diferencias locales (modificables) que pueden afectar a la calidad asistencial. El VP interpretado por los profesionales es un constructo estructurado que servirá como punto de partida para contrastar con la opinión de los pacientes.

492. EVOLUCIÓN DE FALLO ORGÁNICO Y BALANCE HÍDRICO PARA PREDECIR MORTALIDAD EN MEDICINA INTENSIVA CON INTELIGENCIA ARTIFICIAL

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

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Diseñar un sistema basado en inteligencia artificial no supervisada para predecir la mortalidad en Medicina Intensiva (MI), considerando la evolución del fallo de órganos y el balance hídrico en los primeros días de estancia.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en MI de un hospital universitario, con estancia superior a 5 días, en el año 2023. El conjunto de datos incluyó variables demográficas, motivo de ingreso, puntuación SOFA y peso del paciente los días 1, 3 y 5 de estancia en MI. Se elaboró una red neuronal tipo perceptrón multicapa (RNPM) para estratificar la importancia de las covariables y su relación con la variable dependiente (mortalidad en MI). La capa de entrada se constituyó con la versión estandarizada de las 6 covariables de interés (SOFA y peso del paciente los días 1, 3 y 5 de estancia en MI). El análisis incluyó una arquitectura con una capa oculta de un máximo de 50 unidades, utilizando la tangente hiperbólica como función de activación. En la capa de salida, se utilizó softmax como función de activación y entropía cruzada como función de error. Se aplicó una partición aleatoria 70:30 para entrenamiento y prueba. El entrenamiento se realizó mediante un método automático por lotes. La importancia de las variables predictivas se calculó mediante un análisis de sensibilidad.

Resultados: El conjunto de datos incluyó un total de 287 pacientes, 63% varones, edad 64 (53-75) años, APACHE-II 19 (14-24) puntos, mortalidad en MI 15%. Motivo de ingreso: 27% insuficiencia respiratoria, 10% cardiológicos, 12% sepsis y shock séptico, 16% neurocríticos, 15% trauma y quemados, 6% digestivos, 4% posoperatorios de alto riesgo y 10% otros diagnósticos. La arquitectura de la RNPM se muestra en el panel A de la figura. En la fase de entrenamiento, el error de entropía cruzada fue 68,9 y el porcentaje de pronósticos incorrectos fue 16,3%, que se mantuvo en 16,5% en la fase de prueba. El área bajo la curva del modelo para predecir mortalidad en MI fue 0,835. La importancia e importancia normalizada de las variables independientes se describe en el panel B de la figura.

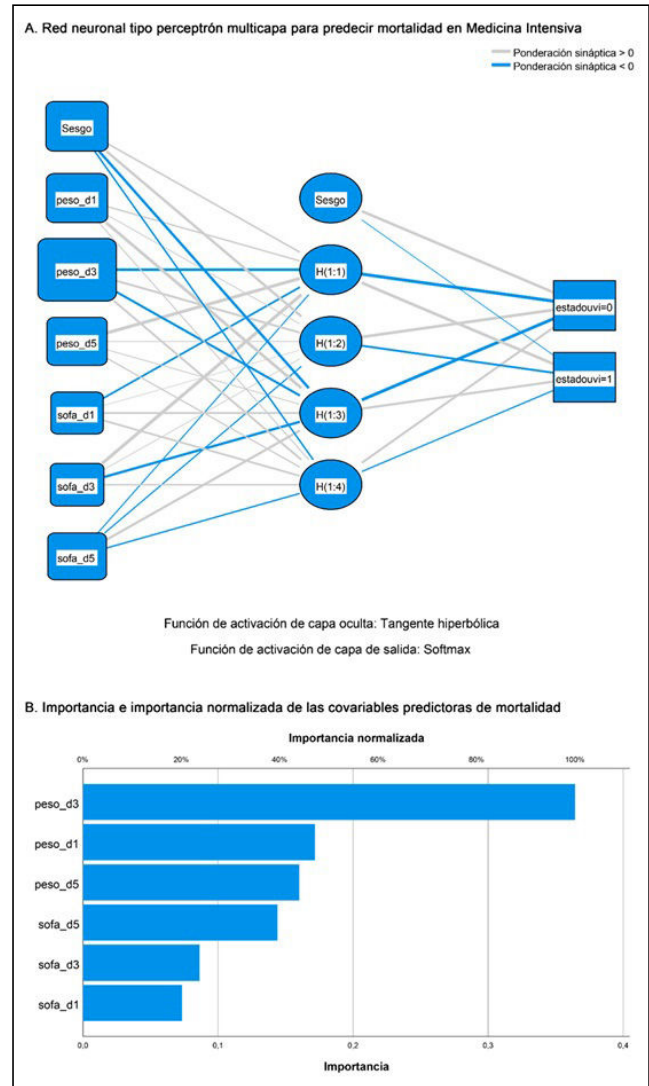
Conclusiones: Una RNPM mostró una elevada capacidad para predecir mortalidad en MI a partir de información sobre el fallo de órganos y el balance hídrico, teniendo este último una importancia superior en el desenlace.

493. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES AÑOSOS CON PATOLOGÍA NO CORONARIA INGRESADOS EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

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

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Figura Póster 492



Objetivos: Describir características, motivo de ingreso, evolución clínica, supervivencia y situación funcional de los pacientes de 75 años o más con patología no coronaria ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados desde enero de 2021 a septiembre de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas; motivo de ingreso; medidas de soporte; resultados clínicos; escalas de gravedad y supervivencia.

Resultados: Ingresaron 208 pacientes (58% hombres) con edad mediana 78 años y rango intercuartílico (RI) 4. El 81,2% eran hipertensos, 41,5% diabéticos, 51,7% dislipémicos; 23,7% fumadores, 15% padecían cardiopatía isquémica previa. El principal motivo de ingreso fue sepsis (24,6%) seguido de ictus (14,1%), insuficiencia respiratoria (13,6%), posquirúrgicos (12,6%), coma (7,9%), arritmias (3,9%), trauma grave (2,4%) y otras patologías en menor medida. El 58,5% precisó noradrenalina y 12% un segundo vasoactivo; 51,2% precisaron intubación orotraqueal y 48% traqueostomía (con mediana de ventilación mecánica de 2 días y RI 6,25). Un 46,4% desarrolló fracaso renal agudo (26,9% AKIN-I, 37,6% AKIN-II y 35,5% AKIN-III) y de ellos 5,8% precisó TDER. El 6,3% presentó fracaso hepático. En el 14% se estableció techo terapéutico al ingreso y de los restantes el 29,2% se realizó durante el ingreso si bien en este grupo fallecieron el 48,4%. La mediana de días de ingreso fue 4 con RI = 4. La supervivencia fue 70,5% y hospitalaria 63,2%. El motivo de *exitus* fue 31% shock séptico, 31% neurológico, 12,1% fracaso multiorgánico y 8,6% insuficiencia respiratoria, shock cardiogénico y arritmias respectivamente. La supervivencia a los 6 meses fue 77,2% y al año 66,3% con Rankin al año de mediana 2 y RI = 3.

Conclusiones: Dados el cambio poblacional cada vez habrá pacientes más añosos en las UCI y ante los buenos resultados de morbilidad se debe plantear cada caso de forma individual a la hora de valorar el ingreso.

494. ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SUEÑO EN PACIENTES DE CONSULTA POS-UCI

Torres Hernández MDLC, Machado Martínez M, Campos Albert J, Nomdedeu Fernández M, Zarza Márquez MDM, Quintana Burgos GE, Serna Martínez M, Redondo Martínez MJ, Rodríguez Mulero MD y Lorente Conesa MDC

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Analizar la calidad y las características de las alteraciones del sueño sufridas por los pacientes tras la estancia en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y analítico de tipo retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes críticos que ingresaron de forma consecutiva en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital universitario de nivel terciario entre noviembre de 2020 y agosto de 2024, durante más de 72 horas, precisando de algún tipo de soporte orgánico y pacientes con antecedentes de ansiedad o depresión. Se analizaron variables relacionadas con los hábitos de sueño, el tiempo, la calidad y la necesidad de compañía o fármacos para conciliar el sueño. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados: Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de $58,7 \pm 13,7$ años, de los que 43 (60,6%) fueron varones, con una media de IMC de $27,8 \pm 6,9$. La mediana de estancia en UCI fue de 19 días (9,30). La hora media de acostarse de los pacientes fue las $22:45 \pm 2:49$, la de despertarse fue las $7:58 \pm 1:06$. De los 71 pacientes a los que se entrevistó sobre sus características del sueño, 34 pacientes (47,8%) refirieron como problema significativo el tardar más de 30 minutos en conciliar el sueño, 56 (78,8%) despertares frecuentes durante la noche, 46 (64,7%) precisaban levantarse al aseo, 14 (19,7%) refirieron no respirar bien durante el sueño, 24 (33,8%) roncan durante el sueño, 3 (4,2%) refirieron tener frío durante el sueño, 6 (8,4%) tener calor, 4 (5,6%) tener pesadillas y 25 (35,2%) presentar dolor durante el sueño. De los pacientes analizados, 26 (36,6%) precisaban un fármaco para dormir, 4 (5,6%) 2 fármacos, 30 (42,2%) 3 o más fármacos y solo 11 (15,4%) no precisaban ningún fármaco para dormir. 17 (23,9%) pacientes refirieron presentar somnolencia diurna y 10 (14%) presentar problemas en su estado de ánimo relacionados con el sueño. En cuanto a la compañía al dormir, 38 (53,5%) refirieron dormir solos, 9 (12,6%) con alguien en casa, 8 (11,2%) con alguien en la misma habitación, pero distinta cama, y 16 (22,5%) con alguien en la misma cama.

Conclusiones: Los pacientes que ingresaron en UCI y cumplieron criterios de precisar consulta pos-UCI presentaron alteraciones del sueño. Frecuentemente refirieron problemas relacionados con el tiempo en conciliar el sueño, presentar despertares durante la noche, necesidad de levantarse al aseo y precisaron más de 2 o más fármacos para conciliar el sueño, la mayoría de ellos durmiendo en una cama ellos solos.

495. FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PACIENTES QUE PASARON LA CONSULTA POS-UCI

Machado Martínez M, Torres Hernández MDLC, Campos Albert J, Nomdedeu Fernández M, Zarza Márquez MDM, Quintana Burgos GE, Serna Martínez M, Redondo Martínez MJ, Rodríguez Mulero MD y Bayoumi Delis P

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la aparición de estrés posttraumático en el paciente crítico que ha precisado ingreso en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y analítico de tipo retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes críticos que ingresaron de forma consecutiva en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital universitario de nivel terciario entre noviembre de 2020 y agosto de 2024, durante más de 72 horas, precisando de algún tipo de soporte orgánico y pacientes con antecedentes de ansiedad o depresión. Se analizaron variables clínicas, socio-

demográficas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Las comparaciones entre variables cualitativas se realizaron mediante las pruebas χ^2 de Pearson o exacta de Fisher. La comparación entre variables cualitativas politómicas y cuantitativas se realizó mediante ANOVA. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante el test de correlación de Pearson en variables que seguían distribución normal y Spearman en aquellas que no.

Resultados: Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de $58,7 \pm 13,7$ años, de los que 43 (60,6%) fueron varones, con una mediana de estancia en UCI de 19 días (9,30). La puntuación del score de TEPT tuvo una mediana de 6,25 (3,13), y solamente 1 paciente (1,4%) presentó una puntuación en el Score mayor de 35 puntos. No se encontró correlación entre la puntuación en el test de TPEP y la gravedad al ingreso medida por SAPS II ($p = 0,676$), entre la puntuación en la escala de situación basal ($p = 0,668$), el SOFA al ingreso ($p = 0,384$) o con el número de fallos orgánicos ($p = 0,06$). Se encontró una relación inversa entre la puntuación de la escala MSF12 y la puntuación en el score de TPEP ($p < 0,001$), no así en el PSF12 ($p = 0,068$). No hubo diferencias según el diagnóstico al alta de UCI ($p = 0,411$), pero sí una relación directa entre la puntuación en el TPEP y en el score de alteración del sueño ($p = 0,017$).

Conclusiones: La mayoría de pacientes presentaron puntuaciones que indicaban que baja probabilidad de TEPT o que los síntomas no son clínicamente significativos. Se encontraron puntuaciones significativamente mayores en pacientes que presentaron en la primera consulta una puntuación menor en la escala MSF12 y en aquellos que presentaron mayores alteraciones del sueño.

496. INTERÉS DE UNA RED DE INVESTIGADORES EUROPEOS ESTUDIANDO EL SUEÑO Y EL RITMO CIRCADIANO EN LA UCI: NECESIDAD Y PROPUESTA

Heraud Q¹, Hiemstra F¹, Henriques HR¹, Martins D¹, Melone M¹, Bellon F², Caballero López J², Turan N¹, Locihová H¹ y Drouot X¹

¹IRB Lleida, Lleida. ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Estudiar y cuantificar el sueño y el ritmo circadiano en la UCI es un real desafío y limitado a pocos equipos experimentados suponiendo un número limitado de pacientes. Estudios con largas cohortes y ensayos clínicos no se han realizado, en particular en Europa, esto impide estudiar las causas de las perturbaciones del sueño y del ritmo circadiano y reduce la velocidad de desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. Deseamos investigar el número de investigaciones a propósito del sueño y del ritmo circadiano realizadas en los países europeos.

Métodos: Buscamos, en el banco PubMed/Medline desde 1995 hasta 2024, los artículos que tratan del sueño y el ritmo circadiano en la UCI usando las palabras siguientes: "unidad de cuidados intensivos" Y (sueño O ritmo circadiano) Y (Albania O Alemania O Austria O Bélgica O Bulgaria O Chipre O Croacia O Dinamarca O Eslovaquia O Eslovenia O España O Estonia O Finlandia O Francia O Grecia O Holanda O Hungría O Irlanda O Italia O Letonia O Lituania O Luxemburgo O Macedonia del Norte O Malta O Noruega O Polonia O Portugal O Reino Unido O República Checa O Rumanía O Suecia O Turquía). Añadimos Reino Unido por colaboraciones anteriores y Turquía por su elegibilidad a las subvenciones europeas. La investigación se limitó al idioma inglés y a una población adulta. Seleccionamos solo artículos con al menos una medida del sueño o un cálculo del ritmo circadiano en pacientes adultos.

Resultados: En los 371 artículos recuperados, 92 efectivamente investigan el sueño o el ritmo circadiano en los pacientes adultos de la UCI. Entre estos artículos, solamente 12 (13%) implican 2 países europeos y 2 son investigaciones multinacionales (más de 2 países europeos).

Conclusiones: Colaboración internacional en Europa con el objetivo de estudiar el sueño y el ritmo circadiano es pobre. Proponemos crear un grupo: E-SCIRCUS, European Sleep & Circadian Rhythms in ICU Study, para reunir equipos de investigación (médicos, investigadores, enfermeros, científicos, ...) en Europa interesados en este tema. Los objetivos de esta red podrían ser: compartir experiencia en la investigación del sueño y del ritmo circadiano en la UCI; realizar un ensayo clínico internacional multicéntrico para reducir el "efecto centro"; construir un banco de datos multinacional (polisomnografía, grabación de ruido, grabación circadiana...); aplicar para subvenciones europeas y financiar proyectos de investigación de los miembros; compartir y difundir nuevas tecnologías en Europa.

497. ANÁLISIS DE SÍNDROME DE BURNOUT (SDB) EN TRABAJADORES DE UNA UCI DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Velasco Villagarcía Á, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Bueno González AM, Posadas Pita GJ, Francisco Amador A, Portugal Rodríguez E y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Los objetivos del estudio son: 1) Conocer la prevalencia de desgaste profesional y el nivel de burnout en los trabajadores de una UCI polivalente, de un hospital terciario y 2) Analizar su asociación con determinadas variables sociodemográficas y laborales.

Métodos: Estudio observacional, transversal y analítico, a través un cuestionario anónimo y autocumplimentado por los participantes del estudio. Para medir la frecuencia e intensidad del SDB se utilizó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que consta de tres subescalas. Con objeto de detectar precozmente los signos de desgaste profesional, se consideró paciente en riesgo, la presencia de niveles altos en al menos una de las tres subescalas y SDB una puntuación alta en las tres. Se analizaron variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil e hijos y variables laborales: categoría profesional, tipo de contrato, horario laboral, años de experiencia en una UCI y relación con los compañeros. Se realiza un análisis descriptivo de las variables y de las tres dimensiones que componen el cuestionario MBI, así como un estudio comparativo de los diferentes factores relacionados con la presencia o no de signos de agotamiento profesional. Se utiliza la prueba de la χ^2 y el estadístico de Fischer, para evaluar la asociación entre las variables. Análisis estadístico con software STATA 13.0.

Resultados: 74 profesionales cumplieron la encuesta. La prevalencia de riesgo de desgaste profesional fue de hasta un 48,6% y de SDB de un 4,05% (32,4% alto en una subescala, 12,16% en dos y 4,05% en las tres). La mayoría eran mujeres (83,78%), jóvenes (39,2% entre 31 y 40 años). 56,76% eran enfermeros, seguido de 25,68% TCAE, El 79,3% trabajaba en turnos, un 63,5% tenía contratos eventuales y el 86,49% reportó buena relación con los compañeros. El estudio comparativo de las variables asociadas con la aparición de riesgo de SDB, identifica diferencias significativas, con el desarrollo de la actividad laboral a turnos (56 vs. 44%; p: 0,032) y con la presencia de una mala relación laboral con los compañeros (80 vs. 20%; p: 0,04). No hubo diferencias significativas entre las diferentes categorías laborales, ni en el resto de las variables analizadas.

Conclusiones: El personal de UCI, presenta alto riesgo de desarrollar desgaste profesional. El desarrollo de la actividad laboral a turnos y de una relación laboral subóptima con los compañeros, fueron los factores asociados con la aparición de SDB. Si bien, por las características del tipo de estudio, no se puede concluir si la relación identificada, es causa o consecuencia de la condición analizada.

en SOFA y balance hídrico el día de la extubación). Concordante con la literatura, los niveles de presión de soporte (10 ± 3 vs. 9 ± 3) y los días de VMI preextubación (9 ± 5 vs. 7 ± 5) fueron significativamente superiores en los reintubados. El nivel de conciencia (Glasgow 10 ± 2 vs. 11 ± 2) fue significativamente inferior también en este subgrupo. Respecto al soporte respiratorio poextubación, los pacientes con oxigenoterapia convencional sufrieron mayor tasa de reintubación en comparación a ventilación mecánica no invasiva y a cánulas de alto flujo (78 vs. 16 vs. 6%, respectivamente). Del mismo modo, los días de estancia en UCI, los días de VMI totales, la neumonía asociada a VMI y la mortalidad fueron significativamente superiores en los reintubados (30 ± 22 vs. 15 ± 12 ; 20 ± 15 vs. 9 ± 9 ; 10 vs. 2% y 14 vs. 4% , respectivamente).

TABLA 1. ANÁLISIS UNIVARIADO PACIENTES REINTUBADOS Y NO REINTUBADOS. CARACTERÍSTICAS Y MISSING

	MISSING, n (%)	TOTAL (n 1292)	NO REINTUBADOS (n 1155)	REINTUBADOS (n 139)	P-VALOR	
CARACTERÍSTICAS GENERALES PACIENTES						
Edad, media (DS)	0	59.3 (15.3)	59.1 (15.2)	60.3 (15.4)	0.416	
Hombres, n (%)	0	858 (66.4)	767 (66.4)	91 (65.5)	0.878	
MBC, media (DS)	0.4	28 (6.2)	28 (6.2)	28 (6.4)	0.745	
Tipo admisión, n (%)	0	1215 (97)	1084 (96.9)	131 (98.5)	0.420	
Programado	3.1	37 (3)	35 (3.1)	2 (1.5)		
Urgente	0.2	796 (62.8)	707 (61.5)	89 (64)	0.623	
Patología de admisión, n (%)	0	493 (38.2)	443 (38.5)	50 (36)		
Quirúrgico	0	291 (25.1)	254 (24.3)	37 (32.2)	0.182	
Neurocrítico	0	294 (25.4)	267 (25.6)	27 (23.5)		
Respiratorio	0	574 (49.5)	523 (50.1)	51 (44.9)		
Otros	0	19.5 (1.5)	19.4 (1.8)	20.4 (1.7)	0.155	
APACHE II ingreso, media (DS)	20.4	5.1 (3.3)	5.0 (3.1)	5.5 (3.0)	0.186	
SOFA ingreso, media (DS)	0.6	2.2 (6.4)	2.4 (6.7)	1.1 (3.7)	0.001	
Días previos de ingreso hospitalario, media (DS)	0	12.6 (9.8)	12.8 (9.8)	13.8 (9.3)	0.350	
FÁRMACOS PREEXTUBACIÓN						
Nº de pacientes con sedantes, n (%)	2	1266 (98)	1128 (97.8)	138 (99.3)	0.550	
Midazolam, n (%)	17.7	1062 (82.3)	950 (82.3)	112 (81.3)	0.839	
Alfentanil, n (%)	0	1199 (92.8)	1060 (92.7)	139 (93.5)	0.861	
Bloqueantes neuromusculares, n (%)	0	338 (24.6)	287 (24.9)	51 (32.3)	0.572	
Aminas, n (%)	17.6	1065 (82.4)	944 (81.9)	121 (87.1)	0.162	
VARIABLES VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA						
SpO2/FiO2 6h preextubación, media (DS)	2.3	33.5 (8.4)	33.4 (8.5)	33.7 (7.2)	0.720	
SpO2/FiO2 (SaFi) 6h preextubación, media (DS)	2.2	304.9 (62.9)	305.3 (63.3)	302.5 (58.4)	0.499	
VI/Eg peso ideal 6h preextubación, media (DS)	7.7	7 (1.9)	7 (1.9)	7.1 (1.8)	0.571	
Frecuencia respiratoria (fR) 6h preextubación, media (DS)	8.3	18.7 (4.1)	18.7 (4.1)	19.2 (3.5)	0.099	
PEEP 6h preextubación, media (DS)	6.3	5.9 (2)	5.9 (2)	6 (2)	0.391	
Presión soporte(PS) 6h preextubación, media (DS)	21.4	9.2 (2.9)	9.2 (2.8)	10.2 (3.3)	0.002	
Días de presión soporte (PS) preextubación, media (DS)	35.3	6.4 (4.5)	6.3 (4.5)	7.3 (4.4)	0.021	
Días de ventilación mecánica no invasiva (VNI) preextubación, media (DS)	0	7.4 (4.8)	7.3 (4.8)	8.1 (4.7)	0.007	
Días hasta la extubación, media (DS)	0	8 (4.8)	7.9 (4.8)	9 (5.1)	0.016	
EVENTOS ADVERSOS PREEXTUBACIÓN						
Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), n (%)	0	63 (4.9)	55 (4.8)	8 (5.8)	0.763	
Delirium, n (%)	0	48 (3.7)	41 (3.6)	7 (5)	0.526	
Bacteriemia, n (%)	0	6 (5)	5 (5)	1 (0.7)	0.496	
Debilidad según MRC (escala fuerza), n (%)	0-20	75 (42 (7.5))	37 (7.3)	5 (8.9)	0.945	
	20-48	0	737 (42.1)	734 (42.2)	28 (41.5)	
CARACTERÍSTICAS PREEXTUBACIÓN						
Presión arterial media (PAM) 6h preextubación, media (DS)	0.1	90.9 (13.5)	90.9 (13.3)	90.8 (15.2)	0.933	
Frecuencia cardíaca (FC) 6h preextubación, media (DS)	0	85.1 (16.1)	84.8 (16.1)	87.3 (15.7)	0.083	
Temperatura (T) 6h preextubación, media (DS)	0.10	36.7 (0.7)	36.7 (0.7)	36.7 (0.7)	0.643	
Balance hídrico acumulado 24h preextubación	33.3	-140.9 (695.4)	-130.9 (700.3)	-245.7 (695.7)	0.802	
Glasgow (GCS) mínima 6h preextubación, media (DS)	35.6	10.7 (1.9)	10.6 (1.9)	10.3 (1.9)	0.009	
Peso SOFA último 24h preextubación, media (DS)	63.4	3.4 (2.3)	3.4 (2.3)	3.4 (2.1)	0.999	
Estado de alerta (RASS) 24h preextubación, n (%)	>1	1.95 (1.9)	132 (10.9)	13 (10.1)	0.381	
	-1, 0, 1	0	109 (8.7)	98 (7.7)	130 (85.3)	
	<-1	0	32 (2.6)	26 (2.3)	6 (4.7)	
Nº aspiraciones 24h preextubación, media (DS)	2.4	4.9 (3.5)	4.8 (3.5)	5.1 (3)	0.277	
Días 3 6h preextubación, media (DS)	0	61 (4.7)	55 (4.8)	6 (4.3)	0.979	
VALORES DE LABORATORIO PREEXTUBACIÓN						
Hemoglobina (Hb) 24h preextubación, media (DS)	5.6	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.5 (2)	0.643	
Creatinina 24h preextubación, media (DS)	7	0.9 (0.3)	0.9 (0.3)	0.8 (0.4)	0.058	
Urea 24h preextubación, media (DS)	7.7	64.8 (19.7)	64.8 (19.7)	67.9 (16.3)	0.448	
Prealbúmina última preextubación, media (DS)	8.3	19.6 (9.8)	19.4 (9.7)	21.7 (10.4)	0.011	
Albumina última preextubación, media (DS)	4.8	3 (0.6)	3 (0.6)	3.2 (0.6)	0.008	
TIPO DE SOPORTE POSTEXTUBACIÓN						
Ventilación mecánica no invasiva (VNI), n (%)	0	199 (15.5)	177 (15.4)	22 (15.8)	<0.001	
Cánulas Nasales Alto Flujo (CNAF), n (%)	0	248 (19.3)	239 (20.8)	9 (6.5)		
Oxigenoterapia convencional, n (%)	0	840 (65.3)	732 (63.8)	108 (77.7)	<0.001	
OUTCOMES						
NAV postextubación, n (%)	0	34 (2.6)	30 (2.7)	4 (10.3)	<0.001	
Días de ventilación mecánica invasiva (VMI) totales, media (DS) *	0	10.3 (10)	9.2 (8.8)	19.9 (14.8)	<0.001	
Días en UCI, media (DS) *	0	16.4 (11.9)	15.2 (11.9)	29.1 (21.7)	<0.001	
Mortalidad, n (%)	0	65 (5.0)	46 (4.0)	19 (13.7)	<0.001	

*Calculado sólo en los pacientes vivos (n 1277)

*Calculado sólo en los pacientes vivos (n 1227)

498. UNA DÉCADA DE DATOS AUTOMATIZADOS. ¿QUÉ NOS PUEDEN DECIR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO DE REINTUBACIÓN?

Pérez Álvarez L, Orts P, Manrique S, Berrueta J, Ballesteros E, Bodí M y Sirgo Rodríguez G

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Explorar los factores de riesgo para la reintubación a través de variables clínicas adquiridas automáticamente del Sistema de Información Clínica (SIC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en una UCI polivalente de 28 camas del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona entre noviembre 2013 y diciembre 2024. Se incluyeron pacientes > 18 años con ventilación mecánica invasiva (VMI) > 48 horas. Se excluyeron aquellos con adecuación del tratamiento, autoextubados y no extubados (traqueostomía, traslado o *exitus*). La reintubación se definió como fracaso de la extubación en < 48 h. Los datos se obtuvieron del SIC, a través de un proceso de extracción y transformación, utilizando SQL y Python. Se realizó un análisis univariado utilizando el Student's t-test para las variables continuas y el Chi² o Fisher's exact para las variables categóricas. Valores p < 0,05 se consideraron significativos.

Resultados: Se incluyeron 1.292 pacientes (no reintubados 1.153 - 89 vs. reintubados 139 - 11%), y 63 variables relacionadas con los factores de riesgo de reintubación (tabla) distribuidas en demográficas, comorbilidades, clínicas, de laboratorio y resultados. Respecto a la calidad de los datos, la proporción global de ausencia de datos fue de 6,5% (> 30%

Conclusiones: Es factible la construcción de variables automatizadas que analicen los factores de riesgo relacionados con la reintubación. Estas se comportan, en general, según lo descrito en la literatura. Un factor de confusión clave es la calidad de los datos.

499. ALGORITMO PARA LA PREDICCIÓN DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS PROLONGADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Hernández Cano J, Rubio Ruiz J, Costa Allué N y Ferrer Roca R

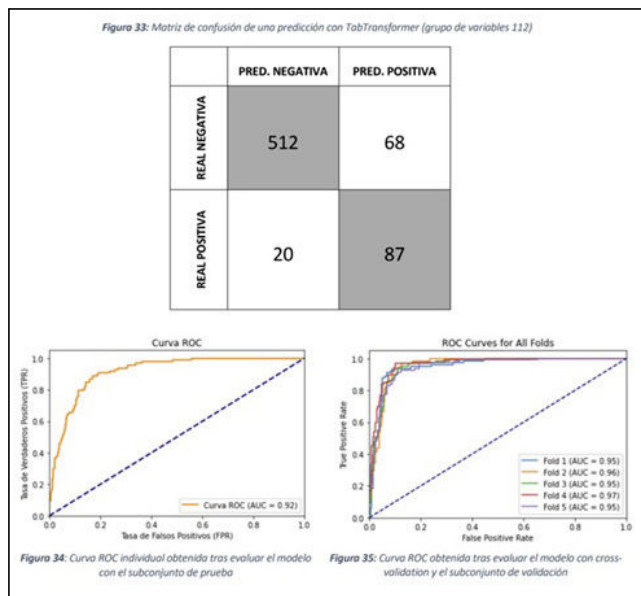
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo capaz de identificar aquellos pacientes en la UCI con riesgo de estancias hospitalarias prolongadas (10 días o más), empleando técnicas avanzadas de aprendizaje automático aplicadas a datos clínicos. El estudio busca mejorar la asignación de recursos y la toma de decisiones en entornos hospitalarios complejos, concretamente ayudando a planear la necesidad de respiradores, camas y personal sanitario.

Métodos: El estudio cumplió con los requisitos establecidos por el Comité d'ètica de la Investigació amb medicaments (CEIm) del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Se utilizó un conjunto de datos de aproximadamente 3,000 ingresos de adultos en la UCI general de Vall d'Hebron durante el año 2022. El conjunto incluyó diversas variables, como datos demográficos, observaciones clínicas, puntuaciones médicas y señales fisiológicas continuas. Tras el procesamiento de los datos, se

entrenaron y evaluaron varios modelos de aprendizaje automático, aplicando una división de los datos en conjuntos de entrenamiento y prueba para garantizar que los resultados reflejaran de manera robusta y generalizable el comportamiento del modelo en escenarios reales.

Resultados: El mejor modelo, una estructura combinada de Transformer y Red Neuronal, logró un AUC-ROC de 0,92, una precisión del 87%, una sensibilidad del 81% y una especificidad del 88%. Estos resultados superaron el rendimiento de los métodos tradicionales al aprovechar la capacidad del aprendizaje automático para capturar relaciones complejas y no lineales entre las variables clínicas. La inclusión de características derivadas de variables fisiológicas continuas demostró ser un diferenciador clave, mejorando la precisión del modelo en comparación con otros estudios actuales que carecían de estos datos.



Conclusiones: El estudio demuestra que la combinación de un conjunto de datos extenso y de alta calidad con técnicas adecuadas de aprendizaje automático permite predecir con precisión la duración prolongada de estancias hospitalarias en la UCI. Aquellas unidades con los recursos adecuados podrían generar su propio modelo de predicción para integrarlo en su flujo de trabajo, optimizando así la gestión de recursos y brindando apoyo a la toma de decisiones clínicas.

500. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES VISTOS EN CONSULTA POS-UCI EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Redondo Martínez MJ, Serna Martínez M, Torres Hernández MDLC, Machado Martínez M, Nomdedeu Fernández M, Zarza Márquez MDM, Quintana Burgos GE, Campos Albert J, Bayoumi Delis P y Lorente Conesa MDC

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que precisaron consulta pos-UCI tras su ingreso en nuestra unidad de cuidados intensivos

Métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes críticos que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de nivel terciario entre noviembre de 2020 y agosto de 2024. Los criterios para derivar a pacientes a consulta pos-UCI fueron: ingreso de más de 72 horas, necesidad de algún tipo de soporte orgánico y pacientes con signos y antecedentes de ansiedad o depresión. Se excluyeron pacientes con ingresos de menos de 72 horas y sin fracaso orgánico. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas. Las variables cuantitativas se expresan como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartílico) y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa.

Resultados: Se analizaron 71 pacientes que precisaron consulta pos-UCI. La edad media fue de $58,7 \pm 13,7$ años, de los que 43 (60,6%) fueron varones, con una media de IMC de $27,8 \pm 6,9$. La gravedad de los

pacientes medida por APACHE II 17 (13,25), SAPS II de 40 (33,55), SAPS III de 53 (49,58). Tanto el SOFA al ingreso como el máximo fueron de 8 (5,12). De los 71 pacientes, 32 (45,1%) tuvo un diagnóstico al alta de UCI de neumonía, 17 (23,9%) de shock séptico, 3 (4,2%) por shock hemorrágico y 3 (4,2%) por estatus epiléptico. La mediana de estancia en UCI fue de 19 días (9,30). 42 pacientes (59,2%) presentaban HTA, 22 (31%) DM y 13 (18,3%) DLP. Solo 2 pacientes de los 71 (2,81%) presentaban algún tipo de limitación en su situación basal. 38 pacientes (52,9%) presentaron fracaso multiorgánico. La puntuación media MSF12 fue de $38,6 \pm 11,4$ y del PSF12 de $49,2 \pm 12,3$. La puntuación media en la escala Barthel fue de $90,9 \pm 14,2$, y la puntuación en la escala SARCF tuvo una mediana de 2 (0,5). La puntuación media del MOCA score fue de $25,5 \pm 4,6$. La puntuación del score HAD tuvo una mediana de 8 (5,14) y del score TEPT de 6,25 (3,13). Finalmente 25 pacientes (35,2%) fueron dados de alta en primera consulta, 24 (34,1%) derivados a rehabilitación y 9 (12,6%) a Psiquiatría.

Conclusiones: La etiología más frecuente que llevó los pacientes a precisar consulta pos-UCI fue la neumonía, la segunda el shock séptico y la tercera compartida por shock hemorrágico y estatus epiléptico. Más de la mitad de pacientes presentó fracaso multiorgánico durante su ingreso. En la primera consulta, los pacientes presentaron índices de fragilidad y dependencia bajos tras 3 meses del alta con puntuaciones altas en la escala HAD y de TPEP.

08:30-09:30 h

SALA C1+C2

PÓSTERES ORALES

PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA

Moderadores: David Toapanta Gaibor, Hospital Clínic, Barcelona/Zaira Molina Collado, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

501. TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL EN EL PACIENTE CIRRÓTICO CRÍTICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Toapanta D, Lorenzo L, Bassegoda O, Jiménez N, Zapatero J, Sanz M, Reverter E y Fernández J

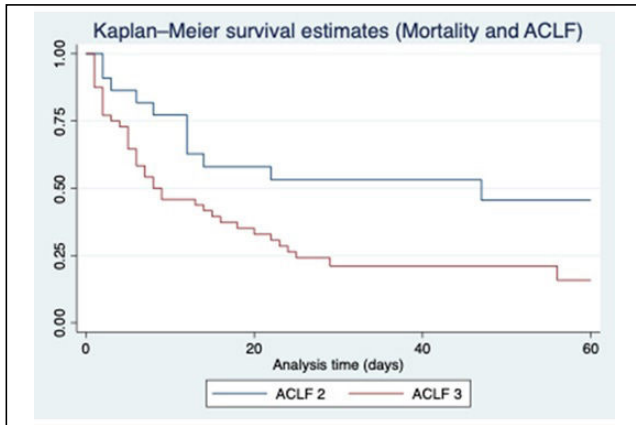
Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: La insuficiencia renal aguda (IRA) es una complicación frecuente (60%) y grave en los pacientes con cirrosis hepática (CH) que ingresan en una UCI. Un 25% de estos enfermos precisan terapias de reemplazo renal continua (TRRC). Aunque el pronóstico de este grupo es desfavorable, no se han descrito en series recientes datos sobre la mortalidad a corto plazo ni el impacto del trasplante hepático precoz. Describir las características clínicas de los pacientes cirróticos críticos que desarrollan IRA y precisan TRRC. Identificar los principales factores asociados a la mortalidad en esta población.

Métodos: Se ha llevado a cabo un estudio de cohortes retrospectivo, incluyendo pacientes con CH ingresados en la UCI entre enero de 2019 y diciembre de 2024, los cuales desarrollaron IRA y recibieron TRRC. Se recopilaban datos demográficos, clínicos, gravedad, evolución, datos de la TRRC y mortalidad. Se realizó un análisis mediante estadística descriptiva para obtener cifras asociadas a la mortalidad y un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, con una mediana de edad de 60,8 años (IQR 55-67), predominantemente hombres (80,4%). Las principales causas de cirrosis fueron el alcohol (60,0%), NASH (15,79%). La IRA fue atribuida a NTA (79,31%) y SHR (14,94%). Los pacientes presentaron una elevada gravedad (SOFA: $11 \pm 3,8$; APACHE II: 19 [IQR 15-23,5]; MELD: $28 \pm 8,2$). Un 91,4% presentaban fracaso hepático agudo sobre crónico (ACLF), un 65,3% presentaban 3 o más fracasos de órgano (ACLF 3). Un 74% requirió ventilación mecánica y un 97,5% vasopresores. La duración mediana de la TRRC fue de 4 días (IQR 2-7) y en el 92,6% la diálisis se realizó sin heparina, ni citrato. Uno de cada 5 pacientes sobrevivió al ingreso en UCI, concretamente un (23,2%). La principal cau-

sa de muerte de los pacientes fue el fallo multiorgánico. El análisis de Kaplan-Meier mostró una menor supervivencia a 60 días en pacientes con ACLF grado 3, con una caída pronunciada en las primeras semanas, en comparación con ACLF grado 2.



Conclusiones: Aunque la mortalidad en pacientes cirróticos críticos e IRA que requieren TRRC es alta, uno de cada cinco logra sobrevivir al ingreso en UCI. Es fundamental evaluar el impacto pronóstico del trasplante hepático precoz en pacientes con ACLF en este contexto clínico mediante estudios multicéntricos prospectivos.

502. PERFIL INTEGRAL DEL PACIENTE CIRRÓTICO SÉPTICO EN UCI: ANÁLISIS DETALLADO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS

Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L, Ávila Garza P, Esteban Gallego C, Antón Juarros S, Castrillo Guiral S y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Describir las características clínicas y microbiológicas del paciente cirrótico no trasplantado ingresado en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo monocéntrico en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. Se han seleccionado un total de 71 pacientes con hepatopatía crónica que ingresaron al menos 24 horas por sepsis o que la desarrollaron durante su ingreso desde enero de 2012 a noviembre de 2023 incluido. Los datos fueron obtenidos por medio del servicio de historias clínicas del hospital y cuenta con el aval del comité de ética de la comunidad autónoma de Aragón.

Resultados: La muestra incluye un 69% de varones con una media de edad de 59,26 años. El 45,7% tienen un consumo activo de alcohol y el 30,4% han tenido un consumo perjudicial previamente. El 28,4% son al ingreso fumadores activos. Cuando estos pacientes ingresan en la UCI, en su mayoría lo hacen por un episodio grave de hemorragia digestiva en 26 casos (42,2%), descompensación edemato-ascítica 21 (23,5%), encefalopatía 19 (18,6%), síndrome hepatorenal 3 (4%), sepsis 6 (8%) y fallo hepático agudo sobre crónico 2 pacientes (3%). La media de la escala MELD ha sido 13,57 (DT 4,3), y APACHE II 22,1 (DT 6,9). Siendo la estancia media en UCI de 11 días (DT 11). Las infecciones más comunes fueron: neumonía en 20 de ellos (28,2%), bacteriemia 20 casos (28,2%), seguido de infección del tracto urinario diagnosticada en 18 pacientes (25,4%) y peritonitis bacteriana espontánea en 7 del total (9,9%). La infección de tejidos blandos y la colangitis fueron menos frecuentes diagnosticándose en 4 pacientes (5,6%) y 1 (1,4%) respectivamente. Las infecciones más frecuentes fueron bacterianas, siendo las Gram - aisladas en 34 pacientes (47,9%), las Gram + en 24 pacientes (33,8%) y los virus solo están presentes en 4 pacientes (5,6%). Los gérmenes aislados se resumen en la tabla. En un total de 10 pacientes que presentan signos y síntomas de infección no se logró obtener cultivos positivos.

Conclusiones: El perfil de paciente cirrótico que ingresa en nuestra UCI está constituido por un varón de mediana edad con pluripatología destacando la diabetes mellitus y dislipemia como antecedentes. Las infecciones más prevalentes han sido la neumonía y bacteriemia siendo las bacterias gram - (*E. coli*) los agentes etiológicos más frecuentes.

	N Muestral	%
<i>E. coli</i>	15	23,8
<i>E. cloacae</i>	5	7,9
<i>Pseudomonas</i>	8	12,7
<i>Klebsiella</i>	4	6,3
<i>S. Epidermidis</i>	9	14,3
<i>E. faecium</i>	8	12,7
<i>E. faecalis</i>	2	3,2
<i>S. aureus</i>	3	4,8
<i>C. Albicans</i>	21	34,4
<i>Aspergillus</i>	3	4,9

Tabla 3. Resultado Cultivos

503. IMPACTO DE LA SEPSIS EN PACIENTES CIRRÓTICOS: ANÁLISIS DE MORTALIDAD Y FACTORES PRONÓSTICOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L, Pinilla Sanz M, Esteban Gallego C, Antón Juarros S, Castrillo Guiral S e Isern de Val I

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica y la morbilidad de pacientes con cirrosis que ingresan en nuestra UCI con criterios de sepsis o que la desarrollan durante su estancia.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo monocéntrico en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. Se han seleccionado un total de 71 pacientes con hepatopatía crónica que ingresaron al menos 24 horas por sepsis o que la desarrollaron durante su ingreso desde enero de 2012 a noviembre de 2023 incluido. Los datos fueron obtenidos por medio del servicio de historias clínicas del hospital y cuenta con el aval del comité de ética de la comunidad autónoma de Aragón. Posteriormente se llevó a cabo un análisis univariante para evaluar la relación entre las variables recopiladas y la tasa de mortalidad. Al finalizar, se identificaron los factores predictivos de mortalidad a partir de las variables significativas en el análisis univariante previo.

Resultados: De los 71 pacientes fallecieron en UCI 39 (45%), en los tres meses siguientes 14 (19,7%), en 6 meses 3 (4,2%) y a los 12 meses 2 más (2,8%). De modo que desde el ingreso en UCI hasta un año después, teniendo en cuenta los resultados hasta diciembre de 2023, solo sobrevivían 15 pacientes, el 18,4% de toda la muestra. Los resultados del análisis univariante se muestran en las tablas. De acuerdo con el modelo de regresión logística bivariante, las variables que se relacionaron de forma independiente con la mortalidad en UCI fueron la puntuación más alta en la escala MELD al ingreso (*odds ratio*, OR: 1,21; intervalo confianza, IC 1,02-1,45), la infección por Gram positivos (OR: 7,58; IC 1,95-29,50) y la infección por hongos (OR: 7,36; IC 2,10-25,75) aumentado por 7 la probabilidad de morir en las dos últimas condiciones (R cuadrado Nagelkeke 0,496; $p < 0,05$ para las tres variables).

Variables clínicas	EXITUS	NO EXITUS	Mayor mortalidad
MELD (Media)	14.86	11.88	$p=0.004$;
CHILD A (%)	0 (0)	1 (3.12)	$p=0.05$;
CHILD B (%)	25 (64.10)	27 (64.37)	
CHILD C (%)	14 (35.89)	4 (12.5)	
Variables analíticas	EXITUS	NO EXITUS	Mayor mortalidad
INR (Mediana)	1.8	1.6	$p=0.037$;
Bilirrubina (Mediana)	4.38	2.31	$p=0.000$;

Tipo Infección	EXITUS	NO EXITUS	Mayor Mortalidad
Neumonía	17 (43.6)	3 (9.7)	$p=0.001$;
ITU	4 (10.25)	14 (43.8)	$p=0.001$;
Bacteriemia	13 (33.3)	7 (21.9)	$p=0.001$;
FBE	3 (7.7)	4 (12.5)	$p=0.001$;
Tejidos Blandos	0 (0)	4 (12.5)	$p=0.001$;
Colangitis	1 (2.5)	0 (0)	$p=0.001$;
Cultivos	EXITUS	NO EXITUS	Mayor Mortalidad
GRAM +	18 (46.2)	6 (18.8)	$p=0.015$
HONGOS	19 (48.7)	5 (15.6)	$p=0.003$

Conclusiones: La tasa de mortalidad a un año del alta de UCI fue elevada (54,9,6%). Los predictores de un peor pronóstico puntuaciones pronósticas elevadas (sobre todo MELD). Las infecciones causadas por

bacterias Gram + y por hongos ensombrecen el pronóstico de los pacientes cirróticos ingresados en UCI.

504. RELACIÓN ENTRE LOS GÉRMESES QUE INFECTAN LA NECROSIS PANCREÁTICA Y LOS DIFERENTES FOCOS INFECCIOSOS EXTRAPANCREÁTICOS

Lopetegui Carrera J, Zufiaur Basabe G, Zubia Olascoaga F, Marín Cortajarena J, Durán Suquia M, Merino Zamalloa J, León Bustos AM y Vázquez Maraño L

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

Objetivos: Identificar cuáles son los microorganismos más frecuentes que forman parte de las necrosis infectadas en los casos de pancreatitis aguda (PA). Analizar la relación que existe entre los gérmenes que infectan la necrosis pancreática y los diferentes focos infecciosos extrapancreáticos, como posible puerta de entrada para producir necrosis infectada.

Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo y retrospectivo sobre una base de datos realizada en el H.U. Donostia de los casos de PA que han precisado ingreso en UCI desde el año 2018 hasta la actualidad. Por un lado, se han recogido los primeros microorganismos que han producido necrosis infectada. Por otro, se han recogido los diferentes focos infecciosos extrapancreáticos, y se ha analizado si ese mismo germen se ha mostrado también a nivel pancreático dentro de los 7 días posteriores a su presentación.

Resultados: El 42,7% de los pacientes ingresados por una PA en la UCI del H.U. Donostia han presentado necrosis infectada, de los cuales el grupo de gérmenes más frecuente, como primoinfección, es el grupo de las enterobacterias (36,3%), siendo *E. coli* el más común. El resto de los gérmenes fueron: *S. epidermidis* (12,9%), *S. aureus* (7,7%), *E. faecalis* (6,4%), *Candida* (6,4%), *Pseudomonas aeruginosa* (5,1%) y otros. Entre las necrosis pancreáticas infectadas, el 42% de los casos sufrió, en los 7 días previos, una infección extrapancreática ocasionada por el mismo germen que se obtuvo en la necrosis pancreática. De todos ellos, el foco extrapancreático más común fue el hematógeno (hemocultivos y puntas de catéter), en el 51,8% de los casos. El resto fueron de foco urinario (29,6%) y respiratorio (18,5%). De todas las necrosis infectadas que en los 7 días previos presentaron una infección extrapancreática ocasionada por el mismo germen, la que mayor coincidencia presenta es la *Candida* (80%) y de todas estas candidiasis el 66,6% se aislaron en la vía urinaria. Entre otros, *Pseudomonas aeruginosa* presenta una coincidencia de hasta el 75%, y *S. aureus* del 66,6%.

Conclusiones: Aunque en la literatura se exponga que los gérmenes que producen la necrosis infectada más frecuentes son del grupo de las enterobacterias, en la muestra recogida en la UCI del H.U. Donostia se puede observar que el 63,7% de los gérmenes no pertenecen a dicho grupo, y por lo tanto, podrían tener origen en un foco que no sea el abdominal. Casi la mitad de los casos de necrosis infectada presentaron, en los 7 días previos, una infección extrapancreática producida por el mismo germen; es decir, es probable que la puerta de entrada de dicho germen pueda ser cualquier otra de fuera del abdomen.

505. SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CIRRÓTICOS CON SEPSIS: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L, Esteban Gallego C, Pinilla Sanz M, Ávila Garza P, Antón Juarros S y Castrillo Guiral S

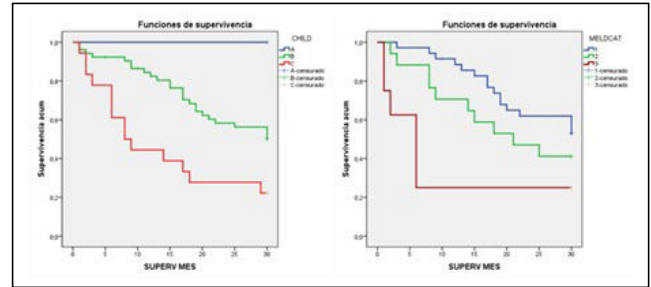
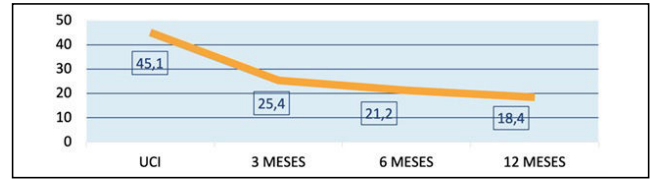
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Análisis de supervivencia del paciente cirrótico séptico en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.

Métodos: En la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza, se llevó a cabo un análisis observacional retrospectivo monocéntrico en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. Se han seleccionado un total de 71 pacientes con hepatopatía crónica que ingresaron al menos 24 horas por sepsis o que la desarrollaron durante su ingreso desde enero de 2012 a noviembre de 2023 incluido. Los datos fueron obtenidos por medio del servicio de historias clínicas del hospital y cuenta con el aval del comité de ética de la comunidad autónoma de Aragón Posteriormente, se examinó la supervivencia a través de la creación de curvas de Kaplan-Meier y la aplicación de la prueba de Mantel-Cox.

Resultados: De los 71 pacientes fallecieron en UCI 39 (45%), en los tres meses siguientes 14 (19,7%), en 6 meses 3 (4,2%) y a los 12 meses 2

más (2,8%). De modo que desde el ingreso en UCI hasta un año después, teniendo en cuenta los resultados hasta diciembre de 2023, solo sobrevivían 15 pacientes, el 18,4% de toda la muestra. Podemos observar en las gráficas de Kaplan-Meier cómo aquellos pacientes que durante el ingreso presentan mayores valores de la escala de MELD y CHILD disminuyen los días de supervivencia.



Conclusiones: Los resultados revelan que la mortalidad en UCI del paciente cirrótico que desarrollan sepsis es elevada. Este hallazgo enfatiza la importancia crítica de la identificación temprana de la misma en pacientes cirróticos. La detección de factores de riesgo durante el ingreso podría ser clave para mejorar la supervivencia y orientar estrategias terapéuticas específicas.

506. ERITROCITOS INMADUROS COMO PARÁMETRO DE PREDICCIÓN DE GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA

Zufiaur Basabe G, Lopetegui Carrera J, Zubia Olascoaga F, Marín Cortajarena J, Durán Suquia M, Merino Zamalloa J, León Bustos AM y Vázquez Maraño L

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

Objetivos: Estudiar los valores de eritrocitos inmaduros en las pancreatitis agudas y establecer si existe correlación con la evolución y la gravedad de las mismas.

Métodos: Se han recogido los valores de eritrocitos inmaduros de la analítica al ingreso y el valor más elevado durante el ingreso, de todos los pacientes con pancreatitis aguda ingresados en la UCI del Hospital Universitario Donostia entre 2018 y 2024. Se han dividido dichos valores en tres categorías (< 1%/1-2%/> 2%) y se han correlacionado con la mortalidad, la presencia de necrosis infectada, la necesidad de cirugía, la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) y la necesidad de terapia de depuración extrarrenal (TDE).

Resultados: La mediana de edad de la muestra es de 65 años, siendo el 65% varones y el 35% mujeres. La mortalidad es del 22%, precisando VMI hasta el 48% de los pacientes, y TDE el 30% de los casos. El 43% presentó necrosis infectada y un 43% precisó intervención quirúrgica. Al analizar los valores de eritrocitos inmaduros al ingreso, se observó que en todos los casos el valor era < 1%. La correlación del pico de eritrocitos inmaduros con la mortalidad, la necesidad de cirugía, VMI, y TDE fue estadísticamente significativa, sin presentar significancia al correlacionarlo con la presencia de necrosis infectada (NI). Se ha visto que el 47% de los pacientes que presentaron un pico de eritrocitos inmaduros > 2% fallecieron.

Eritrocitos inmaduros	NI	Cirugía	VMI	TDE	Mortalidad
< 1%	38,9 %	36,7 %	37,8 %	21,1 %	15,6 %
1-2%	70 %	60 %	70 %	40 %	40 %
>2%	47,1 %	70,6 %	88,2 %	70,6 %	47,1 %

Conclusiones: El valor de eritrocitos inmaduros al ingreso no sirve como predictor de gravedad en la pancreatitis aguda. Sin embargo, su elevación a lo largo del ingreso sí se correlaciona con la gravedad y la mortalidad.

507. ¿ES SEGURO EL DRENAJE ENDOSCÓPICO TEMPRANO DE LAS COLECCIONES PANCREÁTICAS NECRÓTICAS?

Alonso Juste V, Lores Obradors A, Escuer-Turu J, Homdedeu-Montaña S, Maisterra S, Busquets J, Gornals J y Santafosta Gómez EM

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

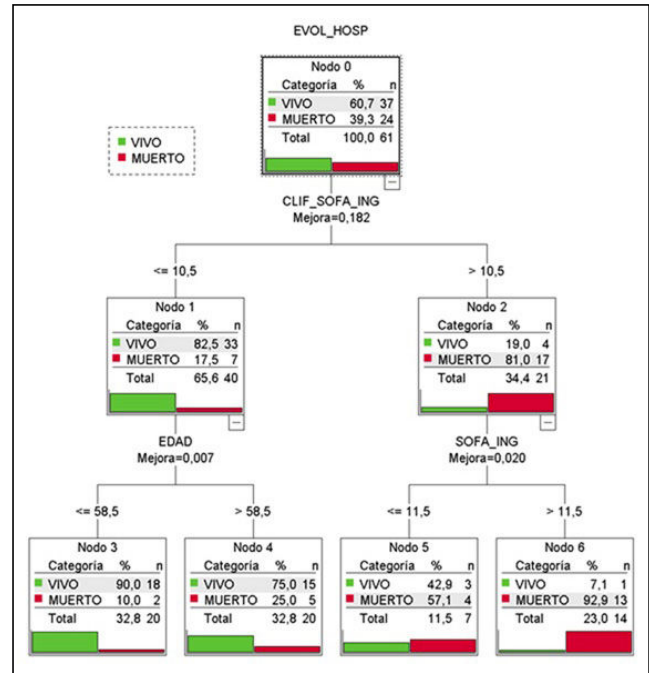
Objetivos: La necrosis pancreática puede evolucionar a colección necrótica aguda o necrosis amurallada dependiendo del momento en que nos encontremos desde la aparición de los síntomas (< o > 4 semanas). Las recomendaciones actuales sobre el manejo de la necrosis van dirigidas a retrasar al menos 4 semanas el drenaje endoscópico siempre que sea posible, para permitir la encapsulación del tejido necrótico. En la práctica clínica diaria, la situación crítica del paciente obliga a tomar decisiones antes de que se cumpla este tiempo, planteando de manera multidisciplinaria la intervención endoscópica temprana. Falta evidencia científica y resultados clínicos que respalden la actuación sobre la necrosis antes de las 4 semanas. El objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del drenaje endoscópico temprano para el tratamiento de la necrosis pancreática.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a una intervención endoscópica temprana por colección pancreática. El periodo de estudio fue de enero de 2010 a septiembre de 2024 en 3 centros. Resultado primario: eventos adversos (EA) relacionados con el abordaje endoscópico; resultados secundarios: éxito/fracaso, rescate quirúrgico y mortalidad relacionada.

Resultados: De 549 drenajes endoscópicos para colecciones, 39 (7%) fueron tempranos en colecciones pancreáticas, 59% hombres; mediana de edad 62 años, rango: 33-81; Charlson 3 [1-8]; SIRS 59%. Etiología biliar (44%). En la mayoría (73%) la necrosis fue moderada-grave y solo 9 pacientes < 30% de necrosis; infección presente en el 92% (sospechada 42%, diagnosticada 58%), y no encapsulada (64%) o parcialmente encapsulada (36%). Éxito técnico 92% (34/37; 3 no realizados por ventanas de seguridad deficientes/distancia óptima). Tipo de *stent*: 14 *pigtail* de plástico doble; 10 *stents* metálicos de aposición de lumen (LAMS) más *pigtail coaxial*; 7 LAMS simples; 7 aspiraciones simples; 1 manejo conservador. Necrosectomía endoscópica: 11 enfermos. Drenaje percutáneo tras drenaje endoscópico en 8 pacientes (20%); cirugía tras terapia endoscópica en 5 casos (13%). Necesidad de cama de críticos de 24 pacientes (62%). Estancia hospitalaria 67 días (rango, 9-228). EA reportados en 5 pacientes (13%) (2 sangrados, 1 sepsis, 1 migración *stent*, 1 falla respiratoria). Mortalidad en 5 pacientes.

Conclusiones: El drenaje endoscópico temprano (< 4 semanas) de colecciones pancreáticas inmaduras parece factible y seguro en centros con experiencia. Tal vez, los pacientes que requieren drenaje endoscópico no deban demorarse más de 4 semanas.

el número de fallos orgánicos al ingreso ($p = 0,002$). Igualmente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en varias variables analíticas, siendo estas la PCR al ingreso ($p = 0,002$), la bilirrubina total al ingreso ($p = 0,018$) y el INR al ingreso ($p = 0,008$). Se llevó a cabo un análisis multivariante mediante árboles de decisión tipo CART. El modelo CART determinó 4 reglas de clasificación con probabilidades de muerte entre el 10 y el 92,9%. La variable principal seleccionada fue el CLIF-SOFA, y en el segundo nivel, para los pacientes más graves el valor de SOFA y la edad para los leves, alcanzando una AUC 0,85 (IC 0,75-0,96).



Conclusiones: La mortalidad en nuestra muestra fue del 39,3%, superando la media de los pacientes ingresados en UCI. La combinación de CLIF-SOFA, edad y SOFA constituyen un modelo con una buena capacidad de discriminación. Este modelo CART es superior al APACHE-II y a las otras escalas específicas descritas.

08:30-09:30 h

SALA 8

PÓSTERES ORALES

DONACIÓN Y TRASPLANTES 2

Moderadoras: Elisabeth Navas Moya, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona/ Marina Pérez Redondo, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

509. ESTUDIO COMPARATIVO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE EN ASISTOLIA Y EN MUERTE ENCEFÁLICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lorenzo Álvarez R, Malingre Gajino M, Mercado Castillo H, Serrano Martínez L, Orduna Casla I, Pinilla Sanz M, Ávila Garza P, Antón Juarros S, Castrillo Guiral S e Isern de Val Í

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Estudio de la evolución de los trasplantados hepáticos en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) con donación en

508. MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA DESCOMPENSADA INGRESADOS EN UCI. MODELO DE ÁRBOLES DE CLASIFICACIÓN

García Palacios B, Rodríguez Ibáñez P, Latorre Ibars R, López Cantero M, De la Torre-Venzalá Romero N, Furró Crusat A, Jiménez Jiménez G, Morales Hernández D, Caballero López J y Trujillano Cabello J

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos al ingreso en UCI en pacientes con hepatopatía crónica descompensada.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, sobre una cohorte de pacientes con hepatopatía crónica descompensada ingresados en UCI del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida durante 3 años, desde enero de 2022 hasta diciembre de 2024, N = 61. Análisis descriptivo de las características demográficas de la muestra. Análisis univariante según mortalidad hospitalaria. Análisis multivariante mediante árbol de clasificación tipo CART (Classification and Regression Tree) y valoración con metodología ROC y área bajo la curva.

Resultados: 90 pacientes fueron valorados por UCI durante los 3 años de duración del estudio (enero 2022-diciembre 2024). Únicamente 61 ingresaron en UCI (67,8%). La media de edad de los pacientes ingresados en UCI fue de 59,85 ± 9,65. Un 72,5% de la muestra fueron varones. La mediana del Charlson de los pacientes ingresados en UCI fue de 5 (RIC 4-7). En el análisis univariante según mortalidad hospitalaria, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de la mayor parte de las escalas pronósticas al ingreso: MELD ($p = 0,004$), MELD-Na ($p = 0,007$), APACHE ($p = 0,012$), SOFA ($p < 0,001$) y CLIF-SOFA ($p < 0,001$), así como en

asistolia controlada (DAC) frente en muerte encefálica (ME). Estudio de complicaciones en ambos grupos. Estudio de la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de trasplantados hepáticos en el HCULB desde enero de 2023 hasta noviembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas, realizando contraste de hipótesis comparando el tipo de donante (DAC o ME) respecto a su evolución, complicaciones y resultado final.

Resultados: Obtuvimos 44 trasplantados hepáticos con edad media del receptor de 59,1 años (DE 10,6) y del donante 58,9 años (16,2). Un 63,6% fueron varones. En 32 pacientes (72,7%) los órganos procedían de donantes en ME y en 12 (27,3%) de DAC. La indicación de trasplante en ambos grupos fue cirrosis enólica. La duración media de la cirugía fue de 5,6 horas (DE 1,3). Se transfundieron 2,2 concentrados de hemáties y 1,2 g de fibrinógeno. En la DAC, la cirugía fue 1 hora más prolongada (p 0,037) a pesar de lo cual no recibieron más tratamientos sustitutivos hematológicos. No hallamos diferencias analíticas al ingreso en UCI, a las 24 horas, a las 48 horas ni al 7.º día según el tipo de donante. En el seguimiento de ambos grupos, tampoco hubo diferencias significativas en la presencia de estenosis biliar, necesidad de drenaje biliar externo, prótesis biliar, fuga biliar, sangrado ni ascitis. Hubo 4 retrasplantes, 2 en cada grupo. La estancia media en UCI fue de 11,1 días (DE 7,9) en DAC y 7,2 días (7,5) en ME (p NS). Fallecieron en total 7 pacientes, el 16,3% (p NS).

Conclusiones: El perfil del trasplantado hepático en el HCULB es el de un varón menor de 60 años diagnosticado de cirrosis enólica. Dos tercios de los donantes han sido por ME, siendo la cirugía en DAC más prolongada, aunque sin diferencias en los tratamientos intraoperatorios recibidos. La estancia en UCI fue superior del donante en DAC, a pesar de lo cual las complicaciones, la necesidad de retrasplante y la mortalidad fueron similares en ambos grupos.

510. ELASTANCIA HEPÁTICA Y OTROS PREDICTORES DE VIABILIDAD MACROSCÓPICA DEL ÓRGANO PREVIO A SU DONACIÓN

Ruiz Porras M

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

Objetivos: Análisis de los factores que pueden estar relacionados con el aspecto macroscópico del hígado para determinar si es factible su utilidad para donación.

Métodos: Fueron seleccionados todos aquellos pacientes que se consideraron candidatos a donación de órganos, especialmente de hígado, ingresados en una UCI que es referencia provincial en donación, desde agosto a diciembre de 2024. Se recogieron parámetros bioquímicos de función hepática. En todos ellos se realizó la técnica de elastancia hepática (EH) mediante FibroScan® Expert 630 (Echosens). Se analizaron las variables que pudieran tener relación con los resultados visuales macroscópicos del hígado. Para la comparación entre los grupos de macroscopia válida y no válida, tras comprobar la distribución normal de las variables, se utilizó la prueba t de Student para las variables cuantitativas y la prueba chi cuadrado para las categóricas, que se expresaron mediante medias y porcentajes respectivamente. Empleamos la regresión logística binaria para la predicción independiente de dicha asociación.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes candidatos a donación hepática. Dos de ellos no fueron donantes, uno por encontrar carcinomatosis peritoneal y otro por sus resultados macroscópicos de cirrosis con nódulos de regeneración. Hubo diferencias en la edad de los pacientes con macroscopia válida: 63,5 años y no válida: 41 años, que casi alcanzó significación estadística (p = 0,084). En los parámetros bioquímicos hubo diferencia significativa en el tiempo de protrombina (TP): válidos 89,2 vs. no válidos 66,0% (p = 0,03), diferencia de medias (DM) 9,4%, IC95% (2,6-43,7) y cerca de alcanzar significación en la gamma-glutamyl transferasa (GGT): 56,9 U/l vs. 142 U/l (p = 0,092), DM = 85,07, IC95% (16,0-186,2). No hubo diferencias en la glutámico oxalacético transaminasa (GOT), la transaminasa glutámico pirúvica (GPT), la bilirrubina total y directa, el tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPA) y la ratio internacional normalizado (INR). El grado de fibrosis determinado mediante EH fue menor en los válidos: 10 kPa vs. en los no válidos: 29,4 kPa (p = 0,003), DM = 19,3; IC95% (7,8-30,7). En el modelo predictor de resultados por macroscopia las variables asociadas independientemente fueron: EH (p = 0,006) y TP (p = 0,03).

Conclusiones: La elastografía hepática y el tiempo de protrombina están relacionados con el aspecto macroscópico del hígado en los pacientes donantes, pudiendo servir como método no invasivo para deter-

minar su validez, previo a la activación del equipo de trasplantes, ahorrando así recursos.

511. DONACIÓN CARDÍACA EN ASISTOLIA. ¿ES MOMENTO DE NORMALIZARLA?

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Analizar la donación cardíaca en asistolia, enfatizando características demográficas y hospital de origen del donante y los receptores. Secundariamente, evaluar los donantes en asistolia considerados elegibles pero que no fueron finalmente utilizados, identificando los motivos.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se recopilaron datos de donantes cardíacos en asistolia entre el 01/06/2020 y el 31/12/2024, analizando características demográficas, hospital de origen y causa de fallecimiento. Se revisaron los donantes en asistolia de nuestro centro considerados elegibles pero no trasplantados, documentando las razones de exclusión.

Resultados: Se evaluaron 34 donantes cardíacos en asistolia, utilizándose finalmente 31. La media de edad de los donantes fue de 44,06 años ($\pm 12,09$), con un 93,55% (n = 29) de varones y el 6,45% (n = 2) mujeres. El 35,48% (n = 11) fueron no locales. Entre las causas de fallecimiento de los donantes: el 32,36% (n = 10) fueron por traumatismo craneoencefálico, 22,58% (n = 7) por accidente cerebrovascular hemorrágico, el 12,9% (n = 4) por tumores del sistema nervioso central, 3,2% (n = 1) por infección del sistema nervioso central, 3,2% (n = 1) por encefalopatía anóxica, y el 25,81% (n = 8) por otras causas. La media de edad de los receptores fue de 54,77 años ($\pm 8,55$), con un 67,74% (n = 21) de hombres y un 32,26% (n = 10) mujeres. Tres receptores (9,7%) fueron incluidos como urgencia cero. Se registraron 6 fallecimientos (19,35%): uno por disfunción primaria del injerto y el resto por otras causas no relacionadas con el mismo. Además, 11 donantes elegibles no fueron utilizados, con una edad media de 43,2 años. Las causas principales fueron la falta de receptor (81,82%), tiempo de isquemia prolongado (9,09%) y problemas logísticos (9,09%).

Conclusiones: Los datos respaldan la viabilidad de la donación cardíaca en asistolia interhospitalaria sin aumentar la disfunción primaria del injerto. Sin embargo, persiste una alta tasa de corazones válidos no utilizados, lo que resalta la necesidad de optimizar los protocolos actuales para igualar la donación en asistolia con la de muerte encefálica.

512. ¿HAY DETRIMENTO DE LA FUNCIONALIDAD DEL INJERTO RENAL EN RIÑONES PROCEDENTES DE DONANTES CON FRACASO RENAL AGUDO?

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Determinar la supervivencia y funcionalidad del injerto renal procedente de donantes con fracaso renal agudo al año del trasplante.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y de revisión comparativa donde se incluyeron aquellos donantes renales con tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 ml/min, recogiendo sus variables sociodemográficas y analíticas, así como el tipo de donante desde 2015 a 2025. Así mismo la funcionalidad y supervivencia del injerto fueron evaluadas analizando las mismas variables en los receptores al año del trasplante. Paralelamente, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura con el objetivo de obtener y comparar la tasa de supervivencia de los injertos procedentes de donantes sin fracaso renal agudo (FRA).

Resultados: Un total de 36 donantes fueron incluidos, con una mediana de edad de 51,5 años [43,75-66]. Un 58,3% (n = 21) eran hipertensos y un 11,1% (n = 4) presentaban diabetes mellitus. El 72,2% (n = 26) de los donantes fueron en muerte encefálica y el resto en asistolia. La mediana de creatinina sérica (Cr) fue de 1,57 mg/dl [1,375-2,07], y la mediana de la TFG 48,71 ml/min [36,63-52,35]. Finalmente, 59 riñones fueron trasplantados. De los 59 receptores, con una mediana de edad de 55,5 [48-61], el 84,7% (n = 50) presentaban HTA y el 54,2% (n = 32) DM. La mediana de Cr de los receptores fue de 1,5 mg/dl [1-1,785] al año.

La funcionalidad del injerto fue del 94% (n = 56), mientras que 3 receptores presentaron disfunción renal del injerto: una trombosis venosa, una infección por BK persistente, y una idiopática. 7 receptores (11,9%) fallecieron por causas no relacionadas con el injerto. La comparativa histórica con la literatura no reflejó diferencias estadísticamente significativas en la tasa de funcionalidad de nuestra muestra comparada con la de los injertos renales procedentes de donantes sin FRA (94% (IC95%: 89,3-99%) vs. 90% (IC95%: 82,1-97,5%)) con un valor de p = 0,312.

Conclusiones: La supervivencia de los injertos procedentes de donantes con FRA al año después del trasplante es similar a la de aquellos donantes sin FRA. Considerar estos riñones como válidos podría ser una estrategia adecuada y aceptable para ampliar el pool de injertos y disminuir las listas de espera de trasplantes.

513. ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO DE UN PROGRAMA DE ECMO-RCP (E-RCP) EN UN HOSPITAL TERCIARIO: IMPACTO EN LA DONACIÓN

Serra Paya P, Oliver Juan E, Fabregat Raventós M, López Pérez G, Petitó Núñez MM, Luna Solís SM, Anguela Calvet L, Ávila Espinoza RE, Moreno González GJ y Fuset Cabanes MP

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Análisis descriptivo de los inicios de un programa E-RCP durante el primer año, revisión de los puntos de mejora de todo el proceso y la repercusión en las donaciones de órganos o tejidos derivadas de los casos activados.

Métodos: Estudio prospectivo de casos de activación E-RCP del primer año de funcionamiento (noviembre 2023-noviembre 2024). Se analizan variables demográficas, clínicas, demoras de tiempos en diferentes momentos del proceso, características de los casos candidatos a ECMO y se analizan las canulaciones fallidas. Se realiza seguimiento hasta el alta hospitalaria valorando la recuperación neurológica y la supervivencia. De los *exitus*, se analizan variables relacionadas con donación: planteamiento donación, contraindicaciones clínicas, negativas familiares, órganos sólidos donados y tejidos. Las variables cuantitativas se expresan en n y porcentajes (%) y las cuantitativas en medias.

Resultados: Se activa el protocolo E-RCP en 31 casos, 94% hombres (n = 29) y edad media 50,4 años. El primer ritmo detectado de la parada cardíaca es en 18 casos un ritmo desfibrilable (58%), 4 asistolia (13%) y 9 actividad eléctrica sin pulso (29%). No fueron candidatos a ECMO 18 casos (39%), 12 por recuperación ritmo cardíaco y 6 por demora de llegada al hospital. Se coloca ECMO en 8 casos (26%) siendo la mayoría por ritmo desfibrilable (n = 5) y en 5 casos de los candidatos a ECMO la canulación es fallida. El tiempo medio parada-llegada hospital 58 minutos, tiempo medio parada-ECMO 73 minutos, tiempo hospital-ECMO 20 minutos. El 22,5% de las activaciones (n = 7) presentan recuperación neurológica *ad integrum*. La supervivencia global al alta hospitalaria de las activaciones es de 19% (n = 6). Se plantea donación a todos los *exitus* (n = 24, 77%) pero tenemos 10 casos (42%) de rechazo familiar y 3 casos (12,5%) de contraindicación clínica. Se logran 11 donantes efectivos: 4 (36%) órganos sólidos (100% riñones) y 10 (90,91%) tejidos.

Conclusiones: El primer año del protocolo E-RCP implica una curva de aprendizaje con resultados que se pueden optimizar en todas las fases del proceso sobre todo en los tiempos de llegada al hospital y las canulaciones de ECMO efectivas. Se ha demostrado tener un impacto positivo en la donación de órganos y tejidos. Aunque la recuperación de órganos sólidos es baja, la tasa de obtención de tejidos refleja la capacidad del programa para optimizar recursos en situaciones críticas. Los resultados resaltan la necesidad de mejorar la comunicación con las familias para aumentar la donación efectiva de los casos que fallecen tras la activación del protocolo de E-RCP.

514. COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN HEPÁTICA ENTRE DONANTES DAC (PRN) FRENTE A DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

Larrañaga Sigwald L

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Análisis comparativo de la efectividad del trasplante hepático entre dos poblaciones < 75 años: donantes en asistolia controlada (DAC) mediante PRN frente a donantes en muerte encefálica (ME).

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo (2020-2024). Análisis comparativo entre los donantes hepáticos < 75 años DAC Vs. ME y su efectividad. Variables cuantitativas expresadas como media-

na y RIC (p25-p75) y comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y % y comparadas con χ^2 .

Resultados: De 2020 a 2024, un total de 63 pacientes < 75 años fueron valorados para donación hepática, 41 DAC (65%) Vs 22 ME (35%). En la DAC el 56% fueron hombres (23) vs. ME 50% (11) (p 0,75), la mediana de edad en DAC 61 años (54-67) Vs ME 67 (50,7-67,7) (p 0,82). Días ingreso UCI DAC 2 vs. ME 2 (p 0,03). Fumador o exfumador DAC 18 (43,9%) vs. ME 10 (45%) (p 0,84). Enolismo DAC 11 (26,8%) vs. ME 5 (22,7%) (p 0,76). HTA DAC 15 (36,5%) vs. ME 11 (50%) (p 0,25). Dislipemia DAC 13 (31,7%) vs. 7 (31,8%) (p 0,97). DM con/sin afectación orgánica DAC 6 (14,6%) vs. ME 3 (13,6%) (p 0,89). Charlson DAC 0 vs. ME 0 (p 0,76). La efectividad de donación DAC 31 (75,6%) vs. ME 15 (68,2%) (p 0,78).

	DAC (41)	ME (22)	p
Sexo (hombres)	23 (56%)	11 (50%)	0,75
Edad	61 (54-67)	61 (50,7-67,7)	0,82
Días ingreso UCI	2	2	0,03
Fumador o exfumador	18 (43,9%)	10 (45%)	0,84
Enolismo	11 (26,8%)	5 (22,7%)	0,76
HTA	15 (36,5%)	11 (50%)	0,25
Dislipemia	13 (31,7%)	7 (31,8%)	0,97
DM	6 (14,6%)	3 (13,6%)	0,89
Charlson	0	0	0,76
Efectividad	31 (75,6%)	15 (68,2%)	0,78

Conclusiones: Aunque con resultados que no lograron la significación estadística, los datos sugieren una efectividad al menos equivalente, de los donantes tipo DAC respecto a los donantes en ME en cuanto a la donación hepática.

515. COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN PULMONAR ENTRE DONANTES DAC (PRN) FRENTE A DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

Larrañaga Sigwald L, Muñoz Romero JL y Campos Fernández S

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Análisis comparativo de la efectividad en la donación pulmonar entre donantes en asistolia controlada (DAC) mediante PRN frente a donantes en muerte encefálica (ME).

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo (2020-2024). Análisis comparativo entre los donantes pulmonares DAC mediante PRN Vs ME y su efectividad

Resultados: De 2020 a 2024 14 pacientes de las 46 DAC (30,4%) vs. 18 pacientes de las 32 ME (56,2%) han sido valorados para donación pulmonar. De los 14 potenciales donantes pulmonares tipo DAC y de los 18 potenciales donantes pulmonares tipo ME en el momento de la entrevista de donación, finalmente, tras el mantenimiento, se valoraron 8 potenciales donantes pulmonares en DAC (57%) vs. 15 en ME (83%). La efectividad fue de 4 pacientes en DAC (50%) vs. 12 pacientes en ME (80%). Hombres DAC 10 (71,4%) vs. ME 6 (33,3%) (p 0,07), edad en DAC 60 (57,25-67,25) vs. ME 62 (53-76,25) años (p 0,54). Días en UCI DAC 4 vs. ME 2 (p 0,03). Fumador o exfumador DAC 5 (35,7%) vs. ME 6 (33,3%) (p 0,67). Enolismo DAC 4 (28,5%) vs. ME 3 (16,6%) (p 0,66). HTA DAC 4 vs. ME 10 (p 0,16). Dislipemia DAC 7 (50%) vs. ME 7 (38,8%) (p 0,78). DM con/sin afectación orgánica DAC 4 (vs. ME 2 (p 0,18). Charlson DAC 1 vs. ME 0 (p 0,20). La efectividad de donación DAC 4 (28,5%) vs. ME 12 (66%) (p 0,073).

	DAC (14)	ME (18)	p
Sexo (hombres)	10 (71,4%)	6 (33,3%)	0,07
Edad	60 (57,25-67,25)	62 (53-76,25)	0,54
Días ingreso UCI	4	2	0,03
Días ingreso hospitalario	11	2	< 0,01
Fumador o exfumador	5 (35,7%)	6 (33,3%)	0,67
Enolismo	4 (28,5%)	3 (16,6%)	0,66
HTA	4 (28,5%)	10 (55,5%)	0,16
Dislipemia	7 (50%)	7 (38,8%)	0,78
DM	4 (28,5%)	2 (11,1%)	0,18
Charlson	1	0	0,20
Efectividad	4 (50%)	12 (80%)	0,073

Conclusiones: En cuanto a la donación pulmonar, con resultados que no lograron la significación estadística, parece existir una menor efectividad de los donantes tipo DAC frente a los donantes en ME, con un porcentaje de pérdida mayor en las DAC durante el mantenimiento. La mayor pérdida de potenciales donantes pulmonares en la DAC durante el mantenimiento se relacionó de forma estadísticamente significativa con un mayor tiempo de ingreso hospitalario de estos donantes. Estos resultados sugieren la necesidad de optimizar el mantenimiento del potencial donante pulmonar.

516. LA DONACIÓN TISULAR EN UCI. ¿PODEMOS OPTIMIZARLA?

Díez del Corral Fernández B, Giménez Beltrán B, Martín Ávila H y Carrizosa Carmona FJ

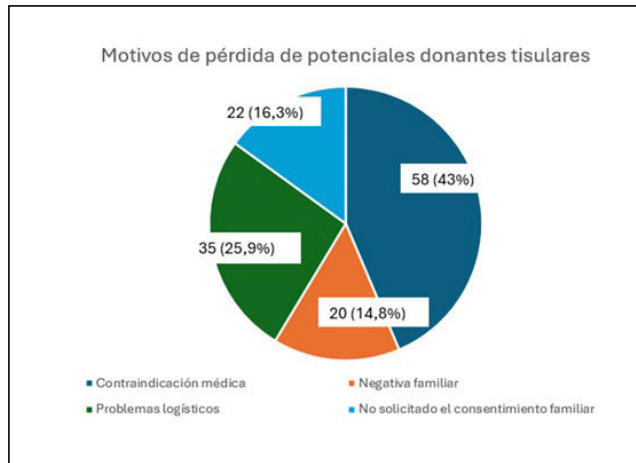
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico del potencial donante tisular. Esclarecer puntos de mejora para implementar la donación de córneas en UCI y posibles medidas a considerar para llevar el proyecto a cabo.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los pacientes fallecidos en UCI en el año 2024, que no fueron donantes. Se revisaron aspectos demográficos, causa de mortalidad, así como la causa de pérdida de estos potenciales donantes. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media $\pm$ DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Causa del exitus	N 135 (varones 76 (56,3%) de 69,2 $\pm$ 11,9 años)
Anoxia	7 (5,2%)
ACV	Isquémico 4 (3%)/Hemorrágico 11 (8,2%)
Cardiopatía isquémica	26 (19,3%)
Shock séptico	62 (45,9%)
FMO de otro origen	13 (9,6%)
Shock cardiogénico no isquémico	4 (3%)
Shock hemorrágico	2 (1,5%)
Shock obstructivo	3 (2,2%)
Politraumatismo/TCE grave	3 (2,2%)



Conclusiones: El potencial donante tisular en UCI se trata de un varón de mediana edad, que fallece en el contexto de shock séptico refractario, con disfunción multiorgánica. Los motivos que condicionan la pérdida de dichos donantes son, mayoritariamente, las contraindicaciones médicas, seguido de los problemas logísticos, así como la negativa familiar y la no solicitud del consentimiento familiar. Entre las medidas para optimizar la donación de córneas en UCI debemos considerar ampliar el horario de asistencia por parte del Servicio de Oftalmología (que, actualmente, se encarga de la extracción), fomentar la participación de nuestro equipo en cursos de formación en este ámbito (donación y comunicación de malas noticias); así como, sensibilizarlos acerca de su papel determinante en el éxito del programa.

517. COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN RENAL ENTRE DONANTES DAC (PRN) FRENTE A DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

Larrañaga Sigwald L y Muñoz Romero JL

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Análisis comparativo de la efectividad del trasplante renal entre dos poblaciones < 75 años: donantes en asistolia controlada (DAC) mediante PRN frente a donantes en muerte encefálica (ME).

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo (2020-2024). Análisis comparativo entre los donantes renales < 75 años DAC Vs. ME y su efectividad. Variables cuantitativas expresadas como mediana y RIC (p25-p75) y comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y % y comparadas con χ^2 .

Resultados: De 2020 a 2024 un total de 64 pacientes menores de 75 años han sido valorados para donación renal: 44 DAC (68,8%) vs. 20 ME (31,2%). Hombres DAC 27 (61,3%) vs. ME 9 (45%) (p 0,04), mediana de edad en DAC 61 años (56,2-67,2) vs. ME 57,5 años (49,5-67) (p 0,54). Días en UCI DAC 3 vs. ME 2 (p 0,03). Fumador o exfumador DAC 20 (45%) vs. ME 10 (50%) (p 0,82). HTA DAC 15 (34%) vs. ME 11 (55%) (p 0,04). Dislipemia DAC 13 (29,5%) vs. ME 5 (25%) (p 0,76). DM con/sin afectación orgánica DAC 4 (9%) vs. ME 2 (10%) (p 0,25). Charlson DAC 0 vs. ME 0 (p 0,38). La efectividad de donación DAC 37 (84%) vs. ME 20 (74%) (p 0,46).

	DAC (44)	ME (20)	p
Sexo (hombres)	27 (61,3%)	9 (45%)	0,04
Edad	61 (56,2-67,2)	57,5 (49,5-67)	0,54
Días ingreso UCI	3	2	0,03
Fumador o exfumador	20 (45%)	10 (50%)	0,82
HTA	15 (34%)	11 (55%)	0,04
Dislipemia	13 (29,5%)	5 (25%)	0,76
DM	4 (9%)	2 (10%)	0,87
Charlson	0	0	0,38
Efectividad	37 (84%)	16 (80%)	0,84

Conclusiones: Aunque con resultados que no lograron la significación estadística, los datos sugieren una efectividad, al menos equivalente, de los donantes tipo DAC respecto a los donantes en ME en cuanto a la donación renal. La proporción de pacientes con HTA en el grupo ME es significativamente mayor que en la DAC.

518. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA MEDIANTE PRN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Larrañaga Sigwald L, Muñoz Romero JL y Campos Fernández S

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Análisis descriptivo de los donantes en asistolia tipo III Maastricht mediante perfusión regional normotérmica (PRN) en un hospital de 2.º nivel.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo de los donantes en asistolia (DAC) tipo III Maastricht en el Complejo Hospitalario de Ourense (hospital no trasplantador) desde 2020 hasta 2024. Variables cuantitativas expresadas como mediana y RIC (p25-p75) y comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y % y comparadas con χ^2 .

Resultados: 46 pacientes en DAC. Hombres 63%. Edad 61,5 (57,25-67,75). Hábitos tóxicos: fumadores 23,9%, exfumadores 19,5%, enolismo 30,4%. FRCV: HTA 36,9%, dislipémicos 32,6%, DM 17,4%. Antecedentes de cardiopatía isquémica 10,87%, ICC 2,17%, EPOC 2,17%, vasculopatía 2,17%, ACV 4,3%, enfermedades del tejido conectivo 4,3%, índice de Charlson 0 (0-1). Días de ingreso en UCI 2,5 (1,25-8,5). Días de ingreso hospitalario 8 (4-13,75). Un 30,4% de las DAC (14 pacientes) eran potenciales donantes pulmonares, 8 fueron valorados como donantes pulmonares tras el mantenimiento (57%) y 4 de estos fueron donantes efectivos (50%); 95,6% de las DAC fueron valorados para donación renal (71 pacientes), de estos un 84% fueron efectivos (37 pacientes); 89,1% de las DAC fueron valorados para donación hepática (70 pacientes), siendo efectivo el trasplante en el 78% (31 pacientes); el 4,3% de las DAC fueron valoradas para donación cardíaca (2 pacientes), con una efectividad del 100%. El 28,26% de las DAC fueron además donantes de tejidos (13 pacientes).

Conclusiones: La efectividad para la donación de órganos abdominales fue > 70% en los donantes DAC, mientras en la donación pulmonar fue de un 50%.

08:30-09:30 h

SALA C3+C4

PÓSTERES ORALES

CARDIOVASCULAR 7

Moderadores: Ignacio Pellín Ariño, Hospital Universitario de Elche/Miguel Ángel Rodríguez Yago, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

519. DESARROLLO Y EXISTENCIA DE INSUFICIENCIA CARDIACA LATENTE EN EL ASMA SEVERO

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

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

Objetivos: Determinar la presencia de disfunción miocárdica aguda en el estado asmático.

Métodos: Incluimos una cohorte prospectiva de pacientes con asma grave ingresados en medicina intensiva desde enero de 2006 hasta abril de 2024. También se reclutó un grupo control de individuos sanos y un grupo de levantadores de pesas que realizaban *press* de banca. Las diferencias encontradas entre estos grupos se evaluaron mediante ecocardiografía con seguimiento *speckle tracking* por imágenes vectoriales de velocidad. En los pacientes asmáticos se realizó un seguimiento de 6 meses.

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes asmáticos, con una mediana de edad de 58,11 ± 12,97 años. La edad de los controles fue de 49,57 ± 3,24 años y la del grupo de levantadores de pesas, de 39,42 ± 9,27 años. 29 pacientes fallecieron en la UCI. Las fracciones de eyección ventricular fueron similares en el grupo de control y en el asma, y ligeramente superiores en los levantadores de pesas antes del *press* de banca. Después del *press* de banca, todos los valores ecocardiográficos fueron superiores. Los pacientes asmáticos agudos mostraron menor *strain*, menores velocidades, menos desplazamientos, y más asincronía, en comparación con los controles. El *strain* longitudinal global ventricular derecho fue [-27,56 ± 4,56] en el grupo control, [-24,08 ± 1,23] en el grupo de levantadores de pesas basal, [-30,88 ± 1,02] tras *press* banca y [-17,98 ± 2,57] en el asma grave, p = 0,0001. La tensión longitudinal global del ventrículo izquierdo (%) fue (-21,02 ± 3,28, -19,34 ± 3,78, -25,21 ± 9,32, -14,88 ± 1,27, p = 0,012) respectivamente. El análisis multivariante, considerando la mortalidad en la UCI como variable dependiente, mostró que las variables asociadas eran la distensión auricular derecha en la fase de bomba OR 0,457 [0,189-0,746] y el desplazamiento rotacional de la aorta torácica descendente OR 0,654 [0,218-0,951]. A los 6 meses, los pacientes asmáticos presentaron parámetros de deformidad inferiores a los del grupo control, lo que sugiere disfunción cardiaca latente.

Variable	Grupo Control (n=30)	Antes del Press de Banca (n=68)	Después del Press de Banca (n=68)	Pacientes Asmáticos en la UCI (n=188)	Valor p
Acortamiento Fraccional del Área (%)	52.28 ± 1.01	44.08 ± 0.04	58.58 ± 0.07	36.12 ± 0.07	0.0001
Velocidad Circunferencial de la Aorta (°/s)	54.37 ± 0.07	50.21 ± 0.03	92.37 ± 0.05	39.58 ± 0.07	0.0001
Velocidad Radial de la Aorta (cm/s)	0.99 ± 0.03	0.82 ± 0.01	1.64 ± 0.11	0.71 ± 0.02	0.0001
Strain Circunferencial de la Aorta (%)	-9.43 ± 0.01	-8.73 ± 0.08	-14.55 ± 0.10	-9.72 ± 0.08	0.0001
Tasa de Strain Circunferencial Aorta (1/s)	-1.72 ± 0.14	-1.44 ± 0.13	-2.44 ± 0.02	-0.97 ± 0.09	0.0001
Desplazamiento Rotacional (°)	6.28 ± 0.03	5.92 ± 0.01	14.13 ± 0.05	4.57 ± 0.02	0.0001
Desplazamiento Radial de la Aorta (mm)	0.99 ± 0.07	0.84 ± 0.09	1.49 ± 0.04	0.69 ± 0.07	0.0001

Conclusiones: Los pacientes asmáticos agudos presentaron complicaciones con una disfunción miocárdica detectada mediante *speckle tracking*. El asma puede llevar una insuficiencia cardiaca latente no evaluable con la ecocardiografía convencional.

520. MODELO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR QUE PRECISA INGRESO EN MEDICINA INTENSIVA

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

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir los factores de riesgo de mortalidad en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) que ingresan en Medicina Intensiva (MI) y elaborar un modelo predictor multivariante.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por TEP en MI de 2011 a 2024. Se analizaron variables de interés clínico y desenlaces. Resultados presentados como mediana (P₂₅-P₇₅) o frecuencia (%). Comparaciones con U de Mann Whitney. Se elabora un modelo de regresión logística para predecir mortalidad con el método *forward stepwise*, con punto de corte p < 0,05. Se evalúa bondad de ajuste (Hosmer-Lemeshow) y capacidad discriminativa (análisis ROC).

Resultados: Se incluyeron 225 pacientes, 51% varones, edad 63 (53-76), APACHE-II 13 (8-16). Riesgo alto 28,4%, intermedio-alto 32,9%, intermedio-bajo 13,3%, bajo 25,3%. Mortalidad hospitalaria 10,7%. Comparación supervivientes vs. no supervivientes: edad 66 (53-76) vs. 73,5 (52-80), p = 0,2; APACHE-II 11 (8-14) vs. 24 (15-37), p < 0,01; IMC 29 (26-33) vs. 28 (24-31) Kg/m², p = 0,3; frecuencia cardiaca 100 (86-118) vs. 117 (101-138) lpm, p = 0,01; presión arterial sistólica [PAS] 108 (65-123) vs. 82 (63-93) mmHg, p < 0,01; frecuencia respiratoria [FR] 24 (21-28) vs. 32 (28-34) rpm, p < 0,01; SpO₂ 92 (89-95) vs. 89 (84-94)%, p = 0,01; hemoglobina [Hb] 13,9 (12,6-15) vs. 12,6 (10,2-13,8) g/dL, p < 0,01; plaquetas 197 (156-256) vs. 185 (140-255,5) × 10³/μL, p = 0,4; INR 1,1 (1-1,2) vs. 1,3 (1,1-1,4), p < 0,01; TTPA 30 (27,6-33,6) vs. 31,1 (28,8-42,5) s, p = 0,1; creatinina [Cr] 0,9 (0,8-1,1) vs. 1,1 (0,8-1,9) mg/dL, p = 0,03; troponina ultrasensible 174,5 (34,5-580) vs. 862,9 (84,6-2.187) pg/mL, p = 0,02; NT-proBNP 1.447 (362-3.616) vs. 4.964 (3.190-11.095) pg/mL, p < 0,01. El modelo de regresión logística se describe en la tabla (p < 0,01, pseudo-R² 0,50, χ² Hosmer-Lemeshow p = 0,98, AUC ROC 0,95).

Variable	OR (IC95%)	p
PAS, por cada mmHg	0,92 (0,89-0,96)	< 0,01
FR, por cada rpm	1,24 (1,09-1,40)	< 0,01
Hb, por cada g/dL	0,64 (0,48-0,87)	< 0,01
Cr, por cada mg/dL	6 (1,68-22,08)	< 0,01

Conclusiones: Se identificaron factores asociados a mayor riesgo de mortalidad en pacientes con TEP en MI, todos ellos disponibles en Urgencias y áreas de hospitalización. Nuestro modelo predictor mostró excelente capacidad discriminativa y buen ajuste, por lo que podría identificar a pacientes que se puedan beneficiar de ingreso en MI.

521. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marín Ráez R, González Fernández OA, Martínez C, Panduro MM, Collado Bello G, Sainz J y De Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal es describir las variables epidemiológicas y circunstanciales (servicio, turno en que ocurre y tiempo de respuesta) de los pacientes atendidos por parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRI). Como objetivo secundario planteamos describir la relación de estas variables con la recuperación de la circulación espontánea (ROSC).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes valorados por el equipo de atención a la PCRI durante 5 años (11/19-11/24). Se recogieron variables demográficas, relativas al servicio de ingreso y momento en que ocurrió la PCRI, tiempo de respuesta (definido como el tiempo transcurrido desde el aviso hasta la

llegada del equipo) y evolutivas (ROSC). Las variables cuantitativas se expresan como media y rango intercuartílico. Las variables cualitativas se expresan como proporción sobre el total. El análisis estadístico se realizó con R 4.2.1 para Windows.

Resultados: Durante el tiempo del estudio se incluyeron 104 pacientes. El 66% eran hombres. La media de edad fue de 75 años (62-83). 84 atenciones se realizaron en un servicio médico (81%) y 20 (19%) en un servicio quirúrgico o medicoquirúrgico. 47 atenciones se llevaron a cabo durante la mañana (45%), 25 durante la tarde (24%) y 32 durante la noche (31%). El episodio de PCRI atendido fue presenciado en 36 pacientes durante el turno de mañana (76%) y en 46 pacientes durante la tarde/noche (66%). $p = 0,31$. La PCRI fue presenciada en un 63% de los casos en servicio médico y un 75% en servicio quirúrgico/medicoquirúrgico ($p = 0,31$). El tiempo medio de respuesta fue de 5,24 minutos (3-5,8). En 35 de los pacientes (34%), se produjo la ROSC. La ROSC ocurrió en 30 pacientes en servicio médico y 5 en quirúrgico/medicoquirúrgico ($p = 0,36$). La ROSC ocurrió en 18 casos durante la mañana (38%), 17 (29%) durante la tarde/noche ($p = 0,29$). La ROSC ocurrió en el 39% de los casos en que la PCRI fue presenciada y en un 22% de los que no lo fue ($p = 0,07$).

Conclusiones: En nuestra serie, la mayoría de los episodios de PCRI notificados ocurrieron en servicio médico en horario de mañana. El tiempo medio de respuesta fue de 5,24 minutos. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de ROSC según el servicio o momento del día en que ocurriera la PCRI. Aunque no hubo diferencias significativas, se observó una tendencia a mayor ROSC en los pacientes con PCRI presenciada.

522. CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UCI

Ballarín Audina T¹, Díaz González C¹, Tuya de Manuel P²,
García Sampedro A¹, González Vega L¹, Vaca Guzmán Montero K¹
y Recena Pérez P¹

¹Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias. ²Centro Médico de Asturias, Asturias.

Objetivos: Describir las características de los catéteres canalizados (PICC/LM) por el servicio de M. Intensiva del Hospital Universitario de Cabueñes así como complicaciones asociadas y tiempo implantado.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre los catéteres PICC/LM canalizados en la UCI desde abril de 2023 hasta octubre de 2024. Se describen datos epidemiológicos y de resultado. La normalidad fue evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas se expresaron como media (+DE) o mediana (mín-máx) y cualitativas en porcentajes.

Resultados: Incluidos 121 pacientes. 56,2% PICC y 43,8% LM. Mediana de edad 70 años (57-78). Mujeres 50,4%. Los diagnósticos más comunes fueron sepsis (40,4%), neoplasias (15,7%), patología digestiva (14%), y respiratoria (8,3%). Otros diagnósticos incluyeron endocrinopatías (7,4%), emergencias neurológicas (5%), y cardiopatías (4,1%). El servicio más solicitante fue UCI (42,1%), seguido por Digestivo y Cirugía General (16,5%) y Medicina Interna (9,9%). El 10,7% de los pacientes presentaron trombopenia y el 5,8% coagulopatía. La principal indicación para la canalización fue malos accesos vasculares (51,2%) seguida de nutrición parenteral (19%) e indicación del facultativo (16,5%). Venas de colocación: basilica 79,3%, braquial 19% y cefálica 1,7%. Predominio lateralidad derecha 76,9%. Durante la inserción, se encontraron complicaciones en el 10,7% de los casos, siendo el mal posicionamiento (6,6%) la más frecuente. Otras complicaciones incluyeron hematoma local (1,7%) e incapacidad para progresar la guía (1,7%). La tasa de éxito de la inserción fue del 97,5%. La media de punciones por paciente fue de 1 (rango 1-2), y la mediana de días implantados fue de 8 días (rango 5-14). Las causas más comunes de retirada fueron alta hospitalaria 46,3%, *exitus* 14,9% y fin de tratamiento 11,6%. A los 7 días, el 92,6% no presentó ninguna complicación y de los restantes: obstrucción de la vía 5,8%, retirada accidental 0,8% y sospecha de infección 0,8%. A los 14 días, se observaron complicaciones como obstrucción de la vía (6,6%), bacteriemia (1,7%) e infección de catéter (1,7%). Se detectó un caso de seguimiento incompleto.

Conclusiones: Los catéteres se utilizan predominantemente en UCI, especialmente en pacientes con accesos vasculares difíciles y diagnóstico de sepsis. La mayoría de los catéteres canalizados fueron PICC con alta tasa de éxito en la colocación. Las complicaciones fueron infrecuentes, destacando principalmente la obstrucción de la

vía. La incidencia de bacteriemia e infección de catéter fue mínima (1,7%).

523. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA REANIMADA INGRESADOS EN UCI

Díaz González C, Ballarín Audina T, Antuña Braña MT, Braña Rodríguez A, Vaca Guzmán Montero K y García Sampedro A

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Describir datos epidemiológicos, evolutivos y de resultado de los pacientes reanimados tras parada cardiorrespiratoria (PCR) extra-hospitalaria que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en nuestra Unidad tras sufrir PCR extrahospitalaria, desde 2016 a 2022. Se describen datos epidemiológicos, evolutivos y de morbilidad-mortalidad. Se define resultado neurológico favorable un CPC de 1-2. Se evalúa la normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Variables cuantitativas expresadas como media ($\pm$ DE), y mediana (mín-max). Variables cualitativas como porcentaje.

Resultados: 168 pacientes. 65% varones. Edad media de 64 años ($\pm$ 12). Estancia UCI mediana 4 días (0-61), estancia hospitalaria mediana 8 (0-76). Principales comorbilidades: tabaquismo (52%), hipertensión (49%), dislipemia (39%), cardiopatía (35%), etilismo (31%), diabetes (24%) y neumopatía (24%). Localización de la PCR: 45% domicilio, 40% calle, 10% en centro sanitario. 88% presenciadas. 56% correspondieron a ritmos defibrilables. Ritmo inicial fue fibrilación ventricular/taquicardia ventricular sin pulso (58%), asistolia (29%) y actividad eléctrica sin pulso (13%). Etiología de la PCR: médica (89%) (destacando causa cardiovascular 55%), asfixia (4%), trauma (2%), drogas (1%) y causas desconocidas (4%). 78% de los pacientes recibieron adrenalina, dosis mediana 2 mg (0-13). Tiempo hasta inicio de RCP mediana 0 minutos (0-25), tiempo de RCP básica mediana 5 minutos (0-30), avanzada de 10 minutos (0-75). Tiempo total PCR mediana 20 min (2-90). Cateterismo urgente realizado en 55% de pacientes y 44% fue terapéutico. Tensión arterial (TAM) en primeras 24 horas: mediana de 83 mmHg (38-123). 57% pacientes requirieron vasoactivos. Al ingreso mediana pH 7,20 (6,70-7,60), lactato mediana 4,45 mmol/L (0,7-15 mmol/L). Temperatura media en primeras 24 horas fue 36,3 °C ($\pm$ 0,7). Al alta, 41% de pacientes presentaron un CPC favorable. Mortalidad UCI 44%, mortalidad hospitalaria 49%.

Conclusiones: Alto porcentaje de PCR presenciadas y más de la mitad con ritmos iniciales desfibrilables. Las PCR se dieron principalmente en domicilio y en vía pública, con una duración media larga. Etiología médica predominante con isquemia miocárdica como causa principal. Mortalidad hospitalaria y resultado neurológico favorable, comparable a lo observado en la literatura. Llama la atención la TAM en primeras 24 horas, dada la incertidumbre ante una TAM ideal.

524. PAPEL PRONÓSTICO DE LA DISFUNCIÓN DEL VD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EVALUADO MEDIANTE STRAIN Y SPECKLE TRACKING

Blandino Ortiz A, Martínez Martínez C, López Olivencia M, Morales Sorribas E, Narvaez Chaves G, Márquez Alonso JA, Bejarano Patiño P, Soriano Cuesta C, Sáez Noguero S y De Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La evaluación hemodinámica de los pacientes con shock séptico (SS) desempeña un papel fundamental. Un perfil hemodinámico mixto es un hallazgo frecuente en estos pacientes y se asocia con disfunción ventricular aislada y biventricular. La disfunción del ventrículo izquierdo (VI) ha sido ampliamente estudiada mediante ecocardiografía convencional y *speckle tracking* (STE) y está relacionada con el pronóstico clínico. Sin embargo, el papel pronóstico de la disfunción del ventrículo derecho (VD) en esta población ha sido subestimado, a pesar de su gran relevancia debido a las complejas interacciones directas con otros órganos y sus potenciales implicaciones en las estrategias terapéuticas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la disfunción del VD y del VI en pacientes con SS mediante STE, determinar qué parámetro de *strain rate* del VD se correlaciona mejor con el pronóstico y evaluar la posible asociación entre la disfunción miocárdica evaluada por STE y la mortalidad en la UCI.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, en el que incluimos pacientes consecutivos que cumplían con los criterios de SS. Se realizó una ecocardiografía en las primeras 24 horas y un control entre los días 3-5 tras el ingreso en la UCI.

Resultados: Desde enero de 2020 hasta noviembre de 2023, se incluyeron 72 pacientes en el análisis. El 80% de los pacientes eran hombres, con una edad promedio de 61 ± 12 años. Los focos de infección más frecuentes fueron el pulmón (32%) y el abdomen (26%). La mortalidad en la UCI fue del 30%. El 44% de los pacientes presentaron disfunción del VD según métodos convencionales y el 61% mediante STE. Al comparar las dos mediciones ecocardiográficas, el deterioro en los parámetros de STE se asoció con la mortalidad en la UCI (cambio promedio -2,3) y la mortalidad hospitalaria (cambio promedio -2,1). Según un análisis de regresión logística, la disfunción del VD evaluada mediante STE se asoció con la mortalidad en la UCI (OR = 3,23; IC95%, 1,12-9,32; $p = 0,030$) y la mortalidad hospitalaria (OR = 2,86; IC95%, 1,02-7,98; $p = 0,007$). La disfunción del VI evaluada mediante STE no se asoció con la mortalidad.

Conclusiones: La ecocardiografía con *strain* parece ser más precisa para detectar la disfunción del VD en pacientes con SS en comparación con los métodos convencionales. El deterioro del *strain* longitudinal libre del VD (RVFWS) se asoció con la mortalidad en UCI y en el hospital.

Financiado por: este estudio fue galardonado con una beca de investigación de la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) en la modalidad: 2019 GE-ESICM Point Of Care (POC) Challenge Awards.

525. VARIABLES ASOCIADAS CON EL RESULTADO DE PACIENTES REANIMADOS TRAS PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Díaz González C, Ballarín Audina T, Braña Rodríguez A, López de Mesa C, López Candás L y Antuña Braña MT

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Analizar variables asociadas con resultado de pacientes ingresados en UCI tras parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Incluye pacientes ingresados tras PCR extrahospitalaria reanimada desde 2016 a 2022. Resultado neurológico favorable (RNF) CPC 1-2, no favorable (RNNF) CPC 3-5. Variables continuas presentadas como media ($\pm$ DE) y mediana (min-max), t de Student y prueba U de Mann-Whitney utilizadas para examinar diferencias. Variables categóricas expresadas como porcentaje, diferencias entre ellas analizadas con chi cuadrado. $p < 0,05$ se considera significativa.

Resultados: Incluidos 168 pacientes. 65% hombres. Edad media 64 años (± 12). Mortalidad UCI 44%, hospitalaria 49%. RNNF 56%. Mortalidad PCR: domicilio 63%, calle 40%, centros sanitarios 38% ($p < 0,003$). Ritmos desfibrilables mortalidad 29 vs. 76% ($p < 0,0001$), RNNF 38 vs. 80% ($p < 0,0001$). PCR presenciada: mortalidad 50 vs. 48% ($p < 0,860$), RNNF 57 vs. 52% ($p < 0,680$). T.º RCP básica: supervivientes mediana 5 vs. 10 min fallecidos ($p < 0,103$), RNF mediana 5 vs. 8 min RNNF ($p < 0,148$). T.º RCP avanzada: supervivientes mediana 9 vs. 12 min fallecidos ($p < 0,0001$), RNF mediana 8 vs. 12 min RNNF ($p < 0,0001$). T.º total parada: mediana 15 min supervivientes y RNF vs. 22 min *exitus* y RNNF ($p < 0,0001$). Tiempo parada mayor 20 min: mortalidad 62 vs. 39% ($p < 0,003$), RNNF 69 vs. 46% ($p < 0,002$). Tiempo parada mayor 30 min: mortalidad 56 vs. 48% ($p < 0,358$), RNNF 67 vs. 54% ($p < 0,153$). SCG ingreso: media 5 supervivientes vs. 3 ($p < 0,0001$), media 4 RNF vs. 3 RNNF ($p < 0,001$). SCG motor > 2: mortalidad 10 vs. 58% ($p < 0,0001$), RNNF 29 vs. 63% ($p < 0,001$). Cateterismo terapéutico: mortalidad 35 vs. 61% ($p < 0,001$), RNNF 40 vs. 69% ($p < 0,0001$). TAM en 1.º día: supervivientes mediana 85 vs. 76 mmHg fallecidos ($p < 0,002$), RNF mediana TAM 85 vs. 77 mmHg ($p < 0,006$). Pacientes con vasoactivos: mortalidad 60 vs. 35% los que no reciben ($p < 0,002$), RNNF 66 vs. 44% ($p < 0,004$). pH ingreso: mediana fallecidos 7,13 vs. 7,25 supervivientes ($p < 0,0001$), RNNF mediana 7,15 vs. 7,26 en RNF ($p < 0,0001$). Lactato ingreso: mediana 6,30 fallecidos vs. 3,20 vivos ($p < 0,0001$), en RNNF mediana 5,60 vs. 3,00 RNF ($p < 0,0001$).

Conclusiones: Ritmo desfibrilable y tratamiento intervencionista asociados significativamente a buen pronóstico. Tiempos más cortos de RCP avanzada asociados a mejor resultado. Coma profundo al ingreso asociado a peor resultado y SCG motor > 2 asociado a mejor resultado. TAM más baja y uso de vasoactivos asociados a peor resultado. Lactatos altos y pH más bajos asociados significativamente a mal resultado.

526. UTILIDAD DE SCORES PRONÓSTICOS EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Díaz González C, Ballarín Audina T, López de Mesa C, Braña Rodríguez A, Fernández Ruiz D, Villalgorido García S y Antuña Braña MT

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Conocer utilidad scores pronósticos de resultado en pacientes con PCR extrahospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes ingresados tras PCR extrahospitalaria desde 2016 a 2022. Recogidos datos demográficos, y relativos a la parada obtenidos en informes de UVI móvil. Resultado neurológico favorable (RNF), CPC 1-2, no favorable (RNNF) 3-5. Variables cuantitativas: media ($\pm$ DE), mediana (min-máx) y cualitativas porcentajes. Variables continuas comparadas con t de Student y U de Mann-Whitney. Análisis regresión logística para asociación entre variables de scores y resultado, *odds ratios* (OR) con IC95%. Capacidad predicción resultado, con área bajo curva (AUC). p significativa $< 0,05$.

Resultados: 168 pacientes. 2% mayores de 85 años. 45% PCR domicilio, 45% calle, 10% centro sanitario. 12% período largo de no flujo, 25% período largo de flujo bajo. Ritmo desfibrilable 57%. Pupilas arreactivas 24%. Administración adrenalina 78%; dosis mediana 2 mg (0-13). pH mediana 7,20 (6,90-7,60) y lactato mediana 4,4 (0,70-15). Miracle2 mediana *exitus* 4 (1-8) vs. 3 (0-8) supervivientes, $p < 0,001$, mediana 3 (0-8) RNF vs. 4 (1-8) RNNF, $p < 0,0001$. Media CAHP fallecidos 185 (± 5) vs. 142 (± 5) supervivientes, $p < 0,001$, RNF 138 (± 5), vs. 183 (± 5) RNNF, $p < 0,0001$. Mediana NULL PLEASE fallecidos 4 (0-9) vs. 2 (0-9) vivos, $p < 0,001$, RNF mediana 3,3 (0-9) vs. 4 (0-9) RNNF, $p < 0,0001$. Análisis regresión logística mortalidad hospitalaria tabla 1, y resultado neurológico tabla 2. Predicción mortalidad: MIRACLE2 AUC 0,709 (IC95% 0,630-0,787, $p < 0,0001$), CAHP AUC 0,775 (IC95% 0,661-0,888, $p < 0,0001$), NULL-PLEASE AUC 0,675 (IC95% 0,548-0,803, $p < 0,01$). CAHP punto corte 170, S 64%, E 74%, VPP 71%, VPN 68%. Predicción RNNF: MIRACLE2 AUC 0,691 (0,608-0,774), CAHP 0,768 (0,696-0,840), NULL-PLEASE 0,659 (0,575-0,744). CAHP punto corte 170, S 63%, E 79%, VPP 80%, VPN 62%.

Tabla 1. Análisis regresión logística de variables en mortalidad hospitalaria

	Alta vivos	Fallecidos	OR (95%IC)	p valor
PCR presenciada n (%)	74 (54%)	73 (50%)	1,609 (0,535-4,833)	0,397
Ritmo desfibrilable n (%)	68 (71%)	28 (29%)	0,154 (0,072-0,327)	<0,0001
Pupilas arreactivas n (%)	6 (15%)	34 (85%)	8,120 (2,797-25,578)	<0,0001
Localización:				
- Domicilio n (%)	28 (37%)	48 (63%)	3,533 (1,103-12,137)	0,04
- Calle n (%)	44 (59%)	30 (40%)	1,263 (0,356-4,48)	0,718
Edad >85 años n (%)	2 (67%)	1 (33%)	0,621 (0,042-9,069)	0,727
Admon adrenalina n (%)	54 (41%)	77 (59%)	4,197 (1,384-12,726)	0,02
pH ingreso <7,20	33 (37%)	56 (63%)	3,281 (1,740-6,118)	< 0,0001
Período largo no flujo n (%)	11 (52%)	10 (48%)	0,996 (0,390-2,548)	0,994
Período largo bajo flujo n (%)	17 (44%)	22 (56%)	1,404 (0,680-2,899)	0,359

Tabla 1. Análisis regresión logística de variables en resultado neurológico

	RNF	RNNF	OR (95%IC)	p valor
PCR presenciada n (%)	63 (43%)	84 (57%)	2,498 (0,793-7,868)	0,118
Ritmo desfibrilable n (%)	59 (61%)	37 (39%)	0,222 (0,095-0,519)	<0,001
Pupilas arreactivas n (%)	4 (10%)	36 (90%)	9,209 (2,630-32,240)	<0,001
Localización:				
- Domicilio n (%)	22 (29%)	54 (71%)	5,774 (1,208-27,613)	0,03
- Calle n (%)	39 (53%)	35 (47%)	2,041 (0,439-9,486)	0,363
Edad >85 años n (%)	2 (67%)	1 (33%)	0,297 (0,020-4,331)	0,374
Admon adrenalina n (%)	45 (34%)	86 (66%)	4,461 (1,573-12,650)	0,005
pH ingreso <7,20	27 (30%)	62 (70%)	2,024 (0,916-4,470)	< 0,08
Período largo no flujo n (%)	10 (48%)	11 (52%)	0,323 (0,095-1,098)	0,07
Período largo bajo flujo n (%)	13 (33%)	26 (67%)	1,141 (0,444-2,931)	0,874

Conclusiones: Datos precoces relativos a la PCR nos pueden ayudar a una primera información a familiares más objetiva. CAHP buen score pronóstico de resultado. Punto de corte a favor de especificidad para evitar "profecía autocumplida".

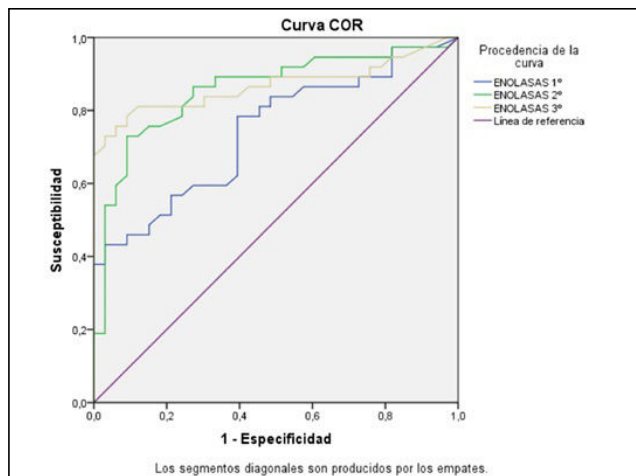
527. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LAS ENOLASAS EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Ballarín Audina T, Díaz González C, Antuña Braña MT, López de Mesa C, López Cándas L, Recena Pérez P y García Sampedro A

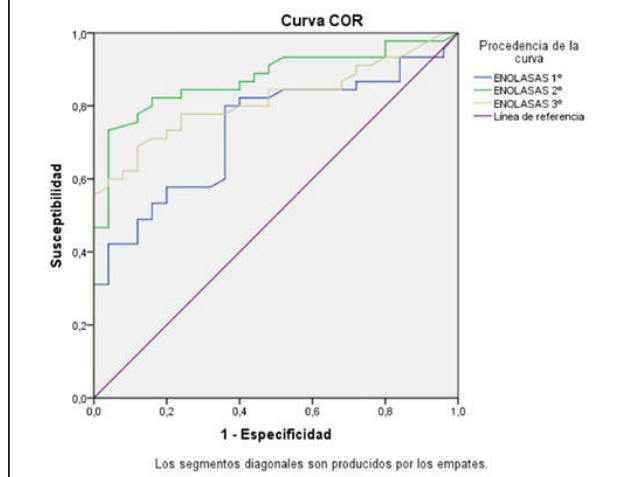
Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Conocer el valor pronóstico de las enolasas en el resultado de pacientes ingresados tras parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria (PCR).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes en UCI tras sufrir PCR extrahospitalaria desde 2016 a 2022. Datos de PCR según informe Utstein UVI-móvil. Definido resultado neurológico favorable (RNF) como CPC 1-2 y no favorable (RNNF) CPC 3-5. Tiempo largo de flujo bajo: PCR con RCP ≥ 30 min. Recogidas enolasas a las 24, 48 y 72 h. Variables continuas como media ($\pm$ DE) y mediana (mín-máx), categóricas como porcentaje. Utilizado test de Student y U Mann-Whitney para comparar variables continuas. Valor pronóstico expresado con AUC. P significativa, $p < 0,05$.



CURVAS ROC ENOLASAS PRONÓSTICO RESULTADO NEUROLÓGICO



Resultados: Incluidos 168 pacientes. Solicitadas enolasas en 58%. 65% hombres. Edad media 64 años (± 12). Estancia media UCI 4 días (0-61). Mortalidad UCI 44%, hospitalaria 49%. Resultado neurológico: 41% CPC1, CPC2 3%, CPC3 4%, 43% CPC4 y 9% CPC5. RNNF al alta 56%. 87% presenciadas. Ritmo desfibrilable 57%. 24% con bajo flujo prolongado. 44% intervención terapéutica. 56% recibieron drogas vasoactivas. Enolasas 24 h, mediana 19 (2-53) en RNF vs. 35 en RNNF (2-281) $p > 0,0001$; enolasas 48 h, mediana 19 (2-74) en RNF vs. 63 (2-508) en RNNF, $p < 0,0001$; enolasas 72 h mediana 13 (1-47) en RNF vs. 54 (2-545) en RNNF, $p < 0,001$. Enolasas 24 h, mediana 21 (2-53) supervivientes vs. 40 (2-281) en *exitus*, $p < 0,0001$; enolasas 48 h, mediana 17 (2-244) en vivos vs. 92 (2-508) en *exitus*, $p < 0,0001$; enolasas 72 h, mediana 14 (1-47) en vivos vs. 75 (2-545) en *exitus*, $p < 0,0001$. AUC con IC95% en predic-

ción mortalidad: enolasas 24 h 0,742 (0,627-0,857), $p < 0,001$; enolasas 48 h 0,856 (0,764-0,984), $p < 0,0001$; enolasas 72 h 0,868 (0,776-0,960), $p < 0,0001$. AUC con IC95% en predicción RNNF: enolasas 24 h 0,735 (0,618-0,852), $p < 0,001$; enolasas 48 h 0,875 (0,793-0,957), $p < 0,0001$; enolasas 72 h 0,817 (0,720-0,914), $p < 0,0001$. Punto de corte (pc) 30 a las 48 h, en relación con *exitus*: S 47%, E 89%, VPP 81%, VPN 63%; en relación con RNNF S 45%, E 95%, VPP 91%, VPN 57%. Para pc 25 en relación a *exitus*: S 51%, E 80%, VPP 71%, VPN 62%; en relación a RNNF: S 48%, E 82%, VPP 78%, VPN 55%.

Conclusiones: Los niveles elevados de enolasas a las 24, 48 y 72 horas se asociaron de forma significativa con la mortalidad y el mal resultado neurológico. Las enolasas a las 48 y 72 h se pueden considerar como buenas pruebas para pronóstico de resultado, mortalidad y RNNF.

528. PAPEL DEL INTENSIVISTA EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Díez del Corral Fernández B¹, Pérez Ruiz M², Serrano Silva JJ¹ y Giménez Beltrán B¹

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico y hemodinámico del paciente que se somete a un cateterismo derecho. Describir el papel del intensivista como parte de una unidad de HP.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes con sospecha de HP sometidos a un cateterismo derecho, de enero 2023 hasta enero 2025. Se investigaron aspectos demográficos, enfermedades de base, FRCV, clase funcional, parámetros hemodinámicos y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresan en media $\pm$ DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (edad media $63,7 \pm 9,6$ años, 56,4% mujeres). Entre los FRCV que presentaban: tabaquismo 46,2%, HTA 59%, DLP 43,6% y DM 2 38,5%. Otros antecedentes reseñables: FA 28,2%, TEP o TVP 15,4%, Cirugía cardíaca previa 25,6%, insuficiencia cardíaca 35,9%, Enf. valvular 59%. El 48,6% presentaba alguna patología pulmonar, destacando: 15,4% FPI/EPID, 12,8% SAHS, 7,7% EPOC, 2,6% asma. Además, el 28,2% alguna enfermedad sistémica (esclerodermia 10,4%, esclerosis sistémica 5,1%, CREST 2,6%, LES 2,6%, otras 7,5%). En el momento del diagnóstico, presentaban una clase funcional de la NYHA: II (51,3%), III (43,6%) y IV (5,2%), con un NT-proBNP con mediana 495 (RI 1.852). Según las nuevas guías, el 87,2% (34) presentó HP, de los cuales el 17,9% (7) fueron HP precapilar, 38,5% (15) HP poscapilar y 30,8% (12) HP mixta. Se realizaron 11 test de sobrecarga hídrica y 10 test de vasorreactividad pulmonar (siendo respondedores 6 -54,5%- y 8 -80%-, respectivamente). Fallecieron el 5,1% de los pacientes incluidos en el análisis durante el primer año.

Conclusiones: El perfil clínico predominante fue el de mujer de mediana edad con factores de riesgo cardiovascular, insuficiencia cardíaca y/o valvulopatía subyacente; siendo la patología pulmonar la principal etiología que condicionó la HP de origen precapilar. En nuestra serie, encontramos un alto índice de respondedores a los test de sobrecarga hídrica y vasorreactividad pulmonar. El intensivista juega un papel fundamental en la unidad de HTP, siendo el responsable de la confirmación de la sospecha ecográfica de hipertensión pulmonar, mediante el cateterismo derecho.

08:30-09:30 h

SALA C6+C7

PÓSTERES ORALES

CARDIOVASCULAR 8

Moderadoras: Rosa M^a Gastaldo Simeón, F.H. de Manacor / Virginia Fraile Gutiérrez, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

529. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO

De Mota Dengra E¹, González Sandoval L¹, Aguirre Martínez S², Rodríguez Capilla M¹ y Catalán Muñoz V³

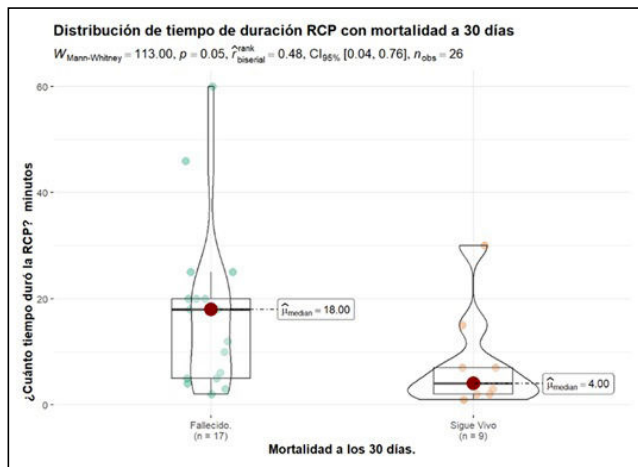
¹Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

²Hospital Universitario de Poniente, Almería. ³Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Análisis de las características de las paradas cardiorrespiratorias (PCR) presentadas por los pacientes con shock cardiogénico (SC) ingresados en una UCI de tercer nivel, así como su incidencia y factores relacionados con la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional, analítico, unicéntrico y ambispectivo de una cohorte anidada de pacientes en una UCI desde enero 2019 hasta noviembre 2024. Las variables analizadas han sido si la PCR ha sido presenciada, tiempo hasta inicio de la reanimación cardiopulmonar (RCP), ritmo inicial de la parada, duración de la reanimación, supervivencia tras la misma y a los 30 días. Los datos se expresan en medianas, rangos intercuartílicos y porcentajes, análisis univariado y bivariante con test de Wilcoxon, mediante SPSS v.26.

Resultados: El 40% de los pacientes incluidos en nuestra cohorte de 80 pacientes, sufrió una PCR. La mediana de tiempo en PCR fue de 10 minutos con un rango intercuartílico de 4-20 minutos, siendo los valores extremos 1 y 60 minutos de PCR. El 62% de todas las PCR fueron presenciadas y se inició la reanimación cardiopulmonar de forma inmediata; en el 12,5% de los casos estuvo entre 2-5 min sin asistencia; y en el 6,3% se demoró la asistencia de 5 a 10 minutos. Un 37,5% de los pacientes presentó fibrilación ventricular (FV) como ritmo inicial, un 25% asistolia, 18,8% actividad eléctrica sin pulso y 12,5% taquicardia ventricular. Evidenciamos una menor mortalidad a los 30 días en aquellos pacientes que sufrieron una PCR en FV (72%) en comparación con el resto. La mediana de duración de la RCP fue de 18 [5 - 20] minutos en aquellos pacientes que fallecen a los 30 días y de 4 [2-7] minutos en aquellos que sobreviven. Un 78,1% recuperan circulación espontánea. El test de Wilcoxon muestra significación estadística entre la mortalidad a los 30 días con el tiempo de RCP ($p = 0,048$).



Conclusiones: La incidencia de PCR en pacientes con SC es elevada, generalmente fueron presenciadas y con ritmos desfibrilables, con una alta tasa de recuperación de circulación espontánea. Se objetivó una significación estadística entre la duración de la RCP y la mortalidad a los 30 días.

530. LA NUEVA FRONTERA EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: ¿MÁS DIAGNÓSTICOS CON MENOS PRUEBAS?

Díez del Corral Fernández B, Serrano Silva JJ y Fernández Rebollo J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en el diagnóstico de hipertensión pulmonar (HP) al comparar el nuevo punto de corte de PAPm de 20 mmHg con el anterior de 25 mmHg. Analizar el papel de las pruebas de sobrecarga hídrica y/o test de vasoreactividad en los casos dudosos, valorando si la nueva definición hace necesario seguir empleándolos para confirmar el diagnóstico.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, realizado en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron pacientes con sospecha de HP sometidos a cateterismo derecho entre enero 2023 y enero 2025. Se recopilaron variables clínico-demográficas y hemodinámicas. Para el análisis estadístico, las variables se expresan como media $\pm$ DE o porcentajes, y se aplicó la prueba de McNemar o test de proporciones pareadas según correspondiera.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes (edad media $63,7 \pm 9,6$ años; 56,4% mujeres). En nuestra muestra, usando el umbral de 25 mmHg, 23 pacientes (59%) fueron diagnosticados de HP, frente a 31 (79,5%) con el umbral de 20 mmHg ($p < 0,01$). En el primer caso, 11 (28,2%) pacientes precisaron test de sobrecarga y/o vasoreactividad para confirmar el diagnóstico, frente a 3 (7,7%) en el segundo caso ($p < 0,01$). En total, el diagnóstico de HP se alcanzó en 34 (87,2%) de los pacientes, independientemente del grupo. No se observaron diferencias significativas cuando se comparó el punto de corte de 20 mmHg sin la realización de dichos test con el de 25 mmHg incluyéndolos ($p = 0,25$).

Conclusiones: El nuevo punto de corte (20 mmHg) supone un incremento en el número de pacientes diagnosticados de HP, reduciendo la necesidad de pruebas de sobrecarga hídrica y/o vasoreactividad. Este incremento sugiere un posible infradiagnóstico con el umbral clásico de 25 mmHg. Sin embargo, la precisión diagnóstica final no difiere al comparar 20 mmHg sin pruebas con 25 mmHg con ellas. Estos hallazgos sugieren que la nueva definición podría simplificar, agilizar y hacer más sensible el diagnóstico de HP, aunque se requieren más estudios para confirmar su impacto en la práctica y en el pronóstico clínico.

531. PERCEPCIÓN DE LA SED COMO HERRAMIENTA PARA VALORAR LA VOLEMIA EN PACIENTES SEMICRÍTICOS: ESTUDIO THIRST

Almorín González L¹, Millán S¹, Cárdenas P², Bacelar N¹, Dupatrocínio MM¹, Mayor EA¹, Doti P¹, Fernández S¹, Losno RA¹ y Castro P¹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: La sensación de sed es un síntoma habitual de los pacientes críticos. Su posible relación con estados de deshidratación e hipovolemia ha sido poco estudiada. Objetivo: evaluar si la sensación de sed de los pacientes semicríticos se relaciona con su estado de volemia y otros factores clínicos.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo unicéntrico en una UCI semicríticos de adultos entre julio de 2018 y marzo del 2020. Se incluyeron pacientes ingresados conscientes y orientados, sin historia de trastorno cognitivo o en relación a la sed (potomanía, síndrome de Sjögren) y que no hubiesen estado ingresados los 30 días previos. Se evaluó la sed mediante una escala visual (1-10) al ingreso, recogiendo simultáneamente variables relacionadas con el estado de volemia y la situación hemodinámica, además de antecedentes y situaciones que pudiesen alterar la sensación de sed.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. El 50% fueron mujeres y la mediana (rango intercuartílico) de edad fue 74 (63-84) años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la sepsis (33%), cardiovascular (33%) y control posoperatorio (15%). La puntuación de APACHE II fue de 14 (8-18). La puntuación de sed fue 5 (4-7). Los pacientes con antecedente de insuficiencia renal presentaron de forma significativa menos sed ($p = 0,036$). Además, apreciamos una correlación positiva y significativa del grado de sed con la frecuencia respiratoria ($r = 0,336$, $p = 0,016$) y la cantidad de sueroterapia en las 24 horas previas ($r = 0,313$, $p = 0,024$). No encontramos diferencias en la sensación de sed en base a los diferentes parámetros hemodinámicos evaluados: tamaño vena cava por ecografía, presión arterial sistólica, diastólica o media o diuresis. Únicamente la frecuencia cardíaca fue mayor en el grupo con un valor de sed > 5 ($p = 0,046$).

Conclusiones: En una muestra de pacientes semicríticos, el valor de la sed obtenido mediante una escala visual al ingreso no se relacionó con diferentes variables hemodinámicas.

532. PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN UNA UCI POLIVALENTE

Núñez Casco JP, Molina Gómez MF, Ruiz-Oliva Cortes J, Cabo Sela A, Yagüe Zapico R y Cáceres Barrientos G

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

Objetivos: Analizar las paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias (IH) y extrahospitalarias (EH) que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de León de enero 2021 a agosto 2024.

Métodos: Se realizó un análisis estadístico según variables independientes: sexo, edad, etiología presumible de la PCR, lugar de la PCR, primer ritmo detectado y tiempo transcurrido para el retorno ROSC. Como variable dependiente la mortalidad extrahospitalaria tras las maniobras de RCP. Para el contraste de hipótesis se aplicó la prueba de la χ^2 , prueba Z y prueba U de Mann-Whitney considerándose un nivel de significancia bilateral del 95% ($p < 0,05$). La magnitud de asociación se evaluó mediante un modelo de regresión logística multivariable incluyendo variables con $p < 0,05$ resultante del análisis bivariable obteniendo el cálculo ajustado de riesgo relativo RR e intervalo de confianza del 95% del fracaso de maniobras de RCP en función de las diferentes variables de exposición.

Resultados: Fueron atendidas 54 PCR, el 59,3% eran mujeres y el 40,7% hombres, con una mediana de edad de 69 años. Las franjas etarias con mayor número de PCR fueron entre 65-79 años con un 44,4%. No fueron encontradas diferencias significativas ($p > 0,05$) al contrastar la frecuencia de PCR y la edad. Se confirma un mayor riesgo de morir siendo mujer (RR = 1,4). Se atendieron 31 PCEH y 23 PCIH falleciendo 26 (48,15%) y 19 (35,19%) respectivamente, con una mortalidad total del 83,3%. Las maniobras de RCP básica IH resultaron exitosas en el 38,9% ($n = 21$) con ROSC en < 30 min, con respecto a PCEH que solo ocurrió en un 25%, con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,016$). La principal causa de PCR fue de origen respiratorio (33,3%), seguida de causa cardíaca (25,9%). En el 16,7% la etiología fue desconocida. La asistolia fue el ritmo de PCR más frecuente tanto en PCIH como en PCEH. El 20,4% fueron ritmos desfibrilables, presentando el 71,7% un tiempo de ROSC < 30 min. El APACHE al momento del ingreso fue > 30 fue del 54% en las PCEH y de un 86% en las PCIH con una diferencia significativa ($p < 0,035$).

Conclusiones: Las mujeres con patología respiratoria tienen mayor riesgo de mortalidad tras una PCR, siendo la asistolia el ritmo de PCR más frecuente, lo que resalta la importancia de la atención sanitaria rápida y efectiva en estas situaciones. Además de implementar programas para el inicio de maniobras de RCP básico precoz por parte de personal no sanitario.

533. REGISTRO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA (PCR IH) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Vizcay Iriarte I, Carrión Esteban M, Elosegui Ruiz de Larrea I, Mordillo Cano H, Larrañaga Unanue L, Barrasa González H, Castaño Ávila S, Espejo Cano A, Luciano Sánchez JM y Legaristi Martínez N

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

Objetivos: Conocer la incidencia, características de pacientes que presentan una PCR IH, supervivencia y pronóstico a corto plazo.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo llevado a cabo en hospital terciario. Recogimos variables demográficas, clínicas y relacionadas con la PCR de pacientes con PCR IH entre el 01/01/2022 y el 06/11/2024 según el estilo ULSTEIN. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS. Valoramos la normalidad de las variables con el test de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de la varianza con la prueba de Levene. Comparación de dos grupos: PCR IH exitosa (recuperada e ingreso en UCI)/no fallecido al alta de UCI vs. PCR IH exitosa/fallecido al alta de UCI. Análisis mediante la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas expresadas en medias y desviación estándar; y mediante el test exacto de Fisher para variables cualitativas expresadas en porcentaje. Nivel de significación estadística (p) $< 0,05$.

Resultados: En dicho periodo hubo 63 PCR IH con una incidencia de 1,02 casos/1.000 ingresos hospitalarios. 60% fueron hombres y 40% mujeres con una edad media de 67 años y una media de 3 comorbilidades por paciente. El 54% sucedieron en unidades con monitorización con una constante de riesgo (VIEWS) media de 7. Presenciadas en el 81% de los casos. La mitad se debieron a cardiopatía isquémica e insuficiencia respiratoria. En el 89% iniciamos SVA con una duración media de 17 minutos. En el 82% el primer ritmo fue no desfibrilable. Se recuperaron 44 que ingresaron en UCI con una supervivencia al alta de UCI del 47% (21 pacientes). De ellos, el 95% (20) y el 71% (15) mantuvieron una buena situación funcional cerebral (CPC 1 o 2) y global (OPC 1 o 2), respectivamente, a los 3 meses. La duración media de RCP en el grupo PCR IH exitosa/no fallecido al alta de UCI fue de 6 minutos vs. 19 minutos en el

grupo PCR IH exitosa/fallecido al alta de UCI, siendo estadísticamente significativo con $p = 0,002$. No se encontraron otras diferencias.

Conclusiones: En nuestro hospital se ha registrado una incidencia de PCR IH de 1,02 casos/1.000 ingresos hospitalarios con una supervivencia al alta de UCI del 47%. Una menor duración de RCP se asocia con mayor supervivencia en pacientes con PCR IH exitosa. Un primer ritmo desfibrilable y un menor valor de constante de riesgo podrían asociarse a mejores resultados.

534. ASOCIACIÓN ENTRE ALTERACIONES DEL RITMO TRAS IMPLANTE DE TAVI Y NECESIDAD DE MARCAPASOS PERMANENTE

Fuentes Torres MC, Sánchez Rentero L, Cuadra Calahorra A, Janeiro Rosales I y Méndez Romero M

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

Objetivos: Analizar la incidencia de alteraciones del ritmo tras reemplazo valvular aórtico transcatheter (TAVI) y determinar si existe una asociación significativa entre estas complicaciones y la necesidad de marcapasos definitivo.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional y retrospectivo en el que se analizaron los datos de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Puerta del Mar tras la colocación de una TAVI durante el periodo de enero de 2023 a septiembre de 2024. El análisis incluyó un enfoque descriptivo abarcando aspectos epidemiológicos y la incidencia de alteraciones en la conducción eléctrica en el posprocedimiento inmediato y a las 24 horas. Posteriormente, se realizó un estudio analítico mediante la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre estas alteraciones y la necesidad de implantación de marcapasos permanente. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando el software SPSS Statistics.

Resultados: Del total de 198 pacientes registrados, el 56,6% son mujeres y el 43,4% hombres, con una edad media de 78,5 años (DE 6,3). El 32,3% presentaban arritmias previamente, y un 26,3% algún tipo de bloqueo. En el 84,8% de los pacientes se implantó una válvula autoexpandible, frente a un 15,2% de válvulas balón-expandible. En el posprocedimiento inmediato, se observó una incidencia de 49% de alteraciones del ritmo *de novo*, siendo el bloqueo de rama izquierda (BRI) el más frecuente (24,7%), seguido de los bloqueos auriculoventriculares (BAV) completos (13,6%), y en tercer lugar la fibrilación auricular (4,5%). A las 24 horas del procedimiento, se observó una incidencia de 40,9% de alteraciones del ritmo *de novo*, un 20,2% corresponde a BRI, un 13,1% a BAV completos, y un 1,5% a fibrilación auricular. La necesidad de marcapasos transitorios fue de 17,7%, y de marcapasos definitivo de 19,2%. El análisis de chi-cuadrado reveló una asociación estadísticamente significativa entre la aparición de alteraciones del ritmo en el posprocedimiento inmediato y la necesidad de marcapasos permanente ($\chi^2 = 30,84$; $p < 0,001$). Esta asociación también se mantuvo en el grupo con alteraciones del ritmo a las 24 horas ($\chi^2 = 50,98$; $p < 0,001$).

Conclusiones: Observamos que las alteraciones del ritmo son frecuentes tras la implantación de TAVI, con una alta necesidad de marcapasos definitivo. El análisis de chi-cuadrado mostró una relación significativa entre ambas variables, destacando la importancia del monitoreo intensivo y la evaluación temprana del riesgo para optimizar el manejo de estos pacientes.

535. ¿SE ASOCIA LA ANTIAGREGACIÓN O ANTICOAGULACIÓN PREVIA A PRESENTAR COMPLICACIONES VASCULARES TRAS EL IMPLANTE DE UN TAVI?

Garrino AP, Cuadra Calahorra A, Janeiro Rosales I, Sánchez Rentero L y Bermejo Rubio H

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

Objetivos: La implantación valvular aórtica transcatheter (TAVI) ha emergido como una alternativa terapéutica a la cirugía abierta de sustitución valvular para pacientes con comorbilidades o contraindicación para la misma. La vía de elección más común es a través de la arteria femoral, siendo necesario el cierre del acceso con dispositivos de cierre vascular. A pesar de ser menos invasivo, este procedimiento no está exento de complicaciones, siendo frecuente el sangrado local, y menos el pseudoaneurisma, fistulas, trombosis vasculares o disección arterial. Queremos analizar si existe asociación de presentar mayor número de

complicaciones vasculares tras implante de TAVI en pacientes previamente antiagregados o anticoagulados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes sometidos a TAVI transfemoral en el periodo entre enero de 2023 y septiembre de 2024. Los resultados se expresan en cifras y porcentajes realizando el test de chi cuadrado mediante el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se analizaron 198 pacientes ($n = 198$). Del total de pacientes anticoagulados (70 pacientes, 35,7%), 7 presentaron algún tipo de complicación vascular y 63 cursaron sin ninguna, sin presentar evidencia significativa ($p = 0,742$), y del total de pacientes antiagregados (93), solo 6 presentaron alguna complicación a este nivel, no teniendo tampoco significación estadística ($p = 0,224$). En los pacientes anticoagulados y antiagregados (8 pacientes), en ninguno se asoció esta doble terapia con la presencia de lesiones vasculares, sin tener una evidencia estadísticamente significativa ($p = 0,361$).

Conclusiones: A pesar de que la toma de fármacos antiagregantes y anticoagulantes supone siempre un riesgo mayor de complicaciones hemorrágicas y el implante de TAVI necesita un acceso vascular de gran calibre, no hemos encontrado en nuestra muestra asociación con tener mayor riesgo de complicaciones vasculares por el hecho de tomarlos. Esto podría corroborar que el implante de TAVI es, no solo una técnica menos invasiva, sino también segura en cuanto a este tipo de complicaciones.

536. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE COMPLICACIONES PRECOCES DE CIRUGÍA ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS DE AORTA

Serrano Martínez L, Malingre Guijano M, Mercado Castillo H, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Esteban Gallego C, Pinilla Sanz M, Ávila Garza P, Antón Juarros S y Castrillo Guiral S

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis descriptivo de los principales factores de riesgo cardiovascular asociados a aneurismas de aorta así como las complicaciones precoces que aparecen en la cirugía de estos aneurismas mediante técnicas endovasculares.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de aneurisma de aorta torácica y abdominal mediante técnica endovascular en un hospital de tercer nivel, en este caso en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, durante un periodo de 6 meses comprendido de julio de 2024 a diciembre de 2024.

Resultados: Se obtiene una muestra de 39 pacientes, la mayoría varones (87,2%) con edad media de 73,4 años (DE 6,4). El 66,7% exfumadores y el 20,5% en activo, siendo hipertensos el 89,7%. Se registró ictus en 2 (5,1%), claudicación intermitente en 11 (28,2%), cardiopatía isquémica en 18 (46,2%) y otros aneurismas en 16 (41%). Se realizaron 12 casos de cirugía abdominal mediante EVAR (30,8%) y 27 casos de cirugía aórtica mediante TEVAR (69,2%) siendo el 28,2% de las intervenciones programadas. Entre las complicaciones precoces el 64,1% de los pacientes presentó complicación a nivel del acceso vascular siendo la más frecuente el hematoma, el 35,8% síndrome posimplantación, un 7,7% presentó isquemia medular 30,8% endofugas, 10,3% disección de aorta, 2,6% fístula aorto-bronquial y 10,2% de alteraciones en la colocación de las prótesis siendo lo más frecuente la migración. La estancia media en la UCI es de 3 días. SE valoró también la mortalidad en UCI siendo del 3,7%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que presentan aneurismas de aorta son hombres hipertensos. La cirugía vascular endoscópica origina mínimos problemas en el posoperatorio precoz. La mortalidad es mínima, pudiendo concluir que es una cirugía segura y con evolución favorable en la mayoría de las ocasiones.

537. MEJORÍA DE LA CLASE FUNCIONAL TRAS IMPLANTE DE TAVI EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Janeiro Rosales I, Méndez Romero M, Bermejo Rubio H, Fuentes Torres MC y Cuadra Calahorra A

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

Objetivos: Analizar la mejora de la clase funcional (evaluada según la escala NYHA) en una cohorte de pacientes de un centro hospitalario tras la realización de intervención valvular aórtica transcáteter (TAVI).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes sometidos a TAVI transfemoral en el periodo entre enero de 2023 y sep-

tiembre de 2024. Se recogen como variables la edad, sexo y la clase funcional según la escala NYHA, tanto antes del implante de TAVI como en la revisión posterior en consulta a los 3 meses. Se realiza un análisis descriptivo expresado mediante porcentajes con el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se analizó una cohorte de 198 pacientes, de los cuales el 56,6% son mujeres frente al 43,4% de hombres, con una edad media de 78,5 años (DE 6,3). Posteriormente se excluyeron del estudio de la clase funcional a los 3 meses a 14 de ellos por pérdida durante el estudio (fallecimiento por otras causas o seguimiento posterior en otro centro hospitalario). De los pacientes analizados, previo a la implantación de TAVI un 48,5% presentaban disnea a esfuerzos moderados (NYHA II), un 39,4% a mínimos esfuerzos (NYHA III) y un 3,5% disnea de reposo (NYHA IV) siendo el 8,6% restante pacientes con NYHA I, sin disnea previo al TAVI. En la revisión en consulta a los 3 meses, se obtiene que el 69,2% de los pacientes se encuentra en NYHA I, el 22,7% presenta NYHA II y un 1% tiene NYHA III, sin presentar ningún caso de NYHA IV.

Conclusiones: Nuestros datos muestran una mejoría de la clase funcional tras el implante de TAVI. En la revisión no se encuentran pacientes en NYHA IV, mejorando los que se encontraban en clase funcional NYHA I de un 8,6% a un 69,2%, disminuyendo el porcentaje así mismo de pacientes en NYHA III y NYHA II. Los resultados, por tanto, respaldan el uso del TAVI como una alternativa eficaz para pacientes no candidatos a cirugía convencional, mejorando tanto la calidad de vida como la capacidad funcional, incluso en aquellos con múltiples comorbilidades.

538. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN TEVAR Y EVAR

Serrano Martínez L, Malingre Guijano M, Mercado Castillo H, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Pinilla Sanz M, Ávila Garza P, Antón Juarros S, Castrillo Guiral S y Esteban Gallego C

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar las complicaciones precoces en las distintas técnicas endovasculares (TEVAR y EVAR) sobre aneurisma torácico y abdominal respecto a su evolución y resultado final

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos de aneurisma de aorta mediante técnica endovascular en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, hospital de tercer nivel, en un periodo de tiempo de 6 meses comprendido entre julio de 2024 a diciembre de 2024. Después se realiza contraste de hipótesis comparando el tipo de cirugía realizado (EVAR o TEVAR) respecto a sus complicaciones y resultado final.

Resultados: Se realizaron 12 casos de cirugía abdominal mediante EVAR (30,8%) siendo urgentes el 83% y necesitando transfusión en 10 casos (83%) y 27 de cirugía torácica mediante TEVAR (69,2%) siendo programadas el 100% y necesitando transfusión 6 (22%). Dentro de las complicaciones del acceso vascular las más frecuentes fueron el hematoma (15,4%), la infección de la herida quirúrgica (12,8%) y la estenosis en el (12,8%), otras menos frecuentes fueron la trombosis vascular (2,6%), la rotura (5,1%) y la hemorragia de la herida quirúrgica (7,7%) En las TEVAR hubo 8 casos de síndrome posimplantación (29,6%) y en las EVAR 6 casos (50%). Se describieron 2 casos de isquemia medular en las TEVAR frente a 1 caso en EVAR todas con una buena evolución. Las endofugas las encontramos en 10 casos en las TEVAR y 2 casos en las EVAR. Entre la patología aórtica *de novo* se encontraron 2 casos de disección en las TEVAR frente a 1 caso en las EVAR, 1 caso de fístula aorto-bronquial en las TEVAR. En las complicaciones de la colocación de las prótesis se encontraron 2 casos de migración de la prótesis y 2 casos de infección en las TEVAR frente a ninguna complicación en las EVAR. La estancia en UCI fue de 3,2 días en las EVAR frente a 6 días de media en las TEVAR. En cuanto a la mortalidad en UCI solo se registró 1 caso en una intervención de TEVAR y la mortalidad a los 30 días de la intervención fue de 2 casos más de TEVAR por otros motivos no relacionados directamente con la cirugía.

Conclusiones: La cirugía vascular endoscópica origina mínimos problemas en el posoperatorio precoz. La endofuga y la disección en el caso de TEVAR han sido las complicaciones de las prótesis más frecuentes. La isquemia medular que es una complicación temida aparición en pequeño porcentaje y con una evolución favorable en todos los casos. La mortalidad en ambas técnicas es mínima por lo que se puede concluir que es una cirugía segura y con evolución favorable en la mayoría de las ocasiones.

08:30-09:30 h

SALA C5

PÓSTERES ORALES

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 9

Moderadores: Ricard Ferrer Roca, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona/Rafael Zaragoza Crespo, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

539. EXPERIENCIA CLÍNICA CON CEFIDEROCOL EN INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES

Díaz de Antóñana Saenz V¹, Presa Orúe A¹, Egües Lugea A¹, Portillo Bordonabe ME¹, Olazábal Arruiz M¹, Ares Miró P¹, Lasa Berasain P², Lobo Palanco J¹ y Lander Azcona A¹

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

Objetivos: Describir el uso del cefiderocol como estrategia terapéutica en infecciones por bacterias gram negativas multirresistentes (BG-NMR) y revisar la evolución de resistencias en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Revisión de la terapia con cefiderocol en UCI desde junio de 2021 a diciembre de 2024. Variables recogidas: demográficas, clínicas y microbiológicas, patrón de resistencia, duración e intención de tratamiento y mortalidad. Las cepas aisladas fueron identificadas mediante MALDI-TOF y la sensibilidad se realizó, siguiendo criterios de EUCAST, por microdilución o disco difusión. En todas las carbapenemasas se realizó secuenciación del genoma completo con el instrumento MiSeq.

Resultados: Cefiderocol se indicó en 20 pacientes (85,71% varones). Edad media 60,3 años (DE 14,1). El consumo anual se mantiene estable, 5 tratamientos/año. Etiología infecciosa: neumonía nosocomial (55%), infección intraabdominal (30%). Otros focos: infección del tracto urinario (5%), osteomielitis (5%) y bacteriemia primaria (5%). Terapia dirigida en 70% de los casos y el resto semidirigida según resultados de colonización. La duración media del tratamiento fue de 14,95 días (rango 2-43). Mortalidad observada 25%.

BGN aislados y su patrón específico de sensibilidad

	Microorganismo	Mecanismo de resistencia	Sensibilidad cefiderocol (CMI/disco difusión)
2021	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	0,25
	<i>S. maltophilia</i>	-	0,04
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR	28 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR	30 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR	0,008
2022	<i>P. aeruginosa</i>	XDR	0,38
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-815	26 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	32 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-815	0,25
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR ST-175	0,125
2023	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	34 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-815	28 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	29 mm
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR	0,5
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	0,19
2024	<i>A. baumannii</i>	OXA	0,25
	<i>K. pneumoniae</i>	NDM	0,5
	<i>P. aeruginosa</i>	VIM ST-253	0,125
	<i>S. maltophilia</i>	-	0,25
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR ST-175	0,38
	<i>P. aeruginosa</i>	XDR ST-175	0,38

Conclusiones: No se observa aumento del uso de cefiderocol en los últimos años. *Pseudomonas aeruginosa* productora de metalobetalactamasas tipo VIM es el BGNMR más frecuentemente aislado en nuestro

estudio. El cefiderocol presenta buena actividad frente a cepas XDR aisladas en nuestra UCI requiriendo en la mayoría de casos terapia prolongada.

540. EVALUACIÓN DE UN MÉTODO DE CRIBADO RÁPIDO Y AUTOMATIZADO DE PORTADORES DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES

Díaz de Antóñana Sáenz V, Martínez Carrión GC, Campos Baranda A, Lasa Berasain P, Lobo Palanco J, Aguinaga Pérez A, Ezpeleta Baquedano C, Portillo Bordonabe ME y Anguiano Baquero MP

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluar la efectividad de un método de cribado rápido y automatizado para la detección de pacientes portadores de enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEEs), carbapenemasas y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en los pacientes al ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio prospectivo comparando el cultivo microbiológico tradicional (medio cromogénicos) con el sistema ALFRED AST 60 para la detección de SARM, BLEEs o carbapenemasas en la UCI del Hospital Universitario de Navarra. Se incluyeron las muestras rectales, inguinales y nasales de todos los pacientes al ingreso en UCI durante 2 meses. Recogidos frotis con hisopo con medio líquido para introducirlos en el sistema ALFRED y, en paralelo, hisopos con gel de agarosa para sembrarlos en medios cromogénicos de ESBL, CARB/OXA y MRSA. El sistema ALFRED emite resultado positivo o negativo en 7 horas mientras que los medios de cultivo en 48 horas. Los viales con resultado positivo de ALFRED, se sembraron en agar chocolate y el agar cromogénico correspondiente a la resistencia detectada para confirmar el resultado. Las colonias recuperadas de los medios de cultivo se identificaron mediante MALDI-TOF y antibiograma para determinar fenotípicamente el mecanismo de resistencia.

Resultados: Analizados 122 frotis rectales y 124 frotis nasales e inguinales correspondientes a 124 pacientes. Los resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: En nuestro medio, el sistema ALFRED AST 60 mostró ser un gran método de cribado de portadores de multirresistentes con un valor predictivo negativo del 100%. Los resultados positivos de ALFRED deben ser confirmados por cultivo, no suponiendo retraso temporal respecto al cultivo bacteriológico convencional. La rapidez en obtener los resultados de los frotis y su alto valor predictivo negativo, permite optimizar los recursos materiales y humanos, así como el ajuste precoz de la antibioterapia empírica.

541. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM)

Robles Conde I, Álvarez Vilora A, Castro Gallardo P, Cortés AP, Rivera A, Gras L, Santos Rodríguez JA y Vera Artazcoz P

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir la adecuación del tratamiento antimicrobiano en NAVM a las guías locales y la microbiología y el impacto clínico.

Métodos: Análisis observacional, retrospectivo y unicéntrico, en un servicio de Medicina Intensiva de un hospital Universitario. Se incluyeron 85 pacientes con diagnóstico de NAVM en un periodo de 42 meses. Se recopilaron datos demográficos, microbiológicos, terapéuticos y de evolución clínica. Se consideró tratamiento adecuado la combinación de piperacilina/tazobactam, cefepime o meropenem más amikacina, durante 7 a 14 días, según el protocolo del centro. Se consideró tratamiento apropiado, aquel tratamiento empírico que cubría el germen identificado en los cultivos. Se utilizó Stata 18 para el análisis estadístico. Los resultados se expresan como media, desviación estándar, números absolutos y porcentajes.

Resultados: Durante el periodo estudiado se diagnosticaron 85 pacientes de NAVM con confirmación microbiológica. La media de edad fue 61 años (DE = 16,41) con 76,4% de hombres (n = 65). La estancia media en la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue de 28,90 días (DE = 18,17) con una media de la duración de ventilación mecánica (VM) de 24,8 días (DE = 14,45) y una mortalidad del 31,7% (n = 27). Se describe la adecuación del tratamiento antimicrobiano al protocolo hospitalario en un 95,2% (n = 81). En el grupo de pacientes que no se adhirió al protocolo hay una estancia media de 48 días (DE = 46,90, p < 0,02) y una media de

Póster 540

Comparativa de los resultados de ALFRED con el cultivo bacteriológico

	ALFRED					
	SARM		BLEE		Carbapenemasa	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Positivo (cultivo)	1	0	6	0	0	0
Negativo (cultivo)	25	98	8	108	4	118
Sensibilidad (%)	100		100		NA	
Especificidad (%)	79,67		93,1		96,72	
Valor predictivo positivo (%)	3,84		42,85		NA	
Valor predictivo negativo (%)	100		100		100	
*NA: no aplica.						

la VM de 25 días (DE = 10,67, $p > 0,05$). El tratamiento empírico fue apropiado según la microbiología aislada en un 91,2% ($n = 73$). En el 6% de los pacientes ($n = 5$) ningún tratamiento empírico cubría el germen aislado. En este grupo, la mortalidad fue del 20% ($n = 1$), con una media de estancia en UCI de 27,3 días (DE = 15,2) y una media de VM 24,3 (DE = 14,8, $p > 0,05$). En un 8,8% ($n = 12$) de los pacientes, solo uno de los tratamientos de la combinación, cubría el germen aislado en el cultivo. En este grupo, la mortalidad fue del 33% ($n = 4$) con una estancia media de 38,3 días (DE = 29,85) y una media de VM de 27,83 días (DE = 12,15). Los patógenos identificados más frecuentemente fueron *P. aeruginosa* 29,2% ($n = 31$), *S. aureus* meticilín sensible 14,1% ($n = 15$), *Klebsiella* spp 14,15% ($n = 15$), *E. coli* 6,6% ($n = 7$). La duración media de la antibioterapia fue de 13,4 días (DE = 7,8).

Conclusiones: Se describe una correcta adecuación al protocolo local. El tratamiento empírico es apropiado según la microbiología del centro. En los casos en los que no hay adherencia al protocolo o el tratamiento no es apropiado, hay un aumento en los días de estancia en UCI y VM sin efecto en la mortalidad.

542. INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UCI EN PACIENTES CON ECMO-VV: PREVALENCIA E IMPACTO

Galiano Carrilero C, Sáez de la Fuente I, Catalán González M, Molina Collado Z, Blanco Carrasco L, Ginestal Calvo J y Sánchez-Izquierdo Riera JA

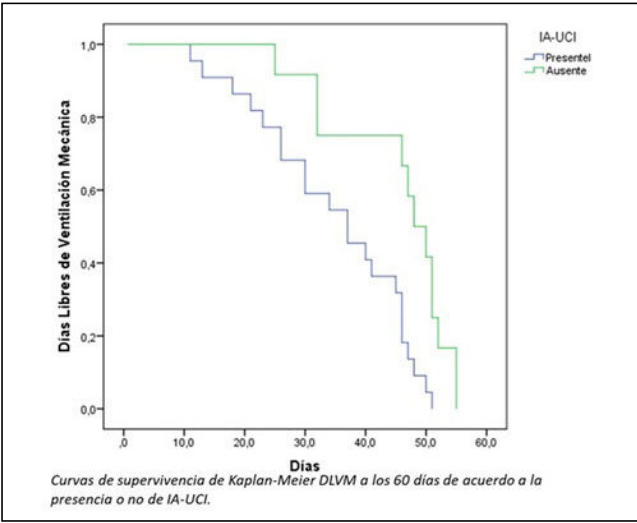
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Las infecciones adquiridas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), son una complicación frecuente y poco estudiada en pacientes con ECMO VV. El objetivo es describir las IA-UCI en nuestra población y su impacto.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las IA-UCI registradas en la plataforma EVIN-Helics de los pacientes con ECMO VV entre enero 2020 y julio 2024. IA-UCI es aquella cuyos signos no estaban presentes las primeras 48 h de ingreso. Las variables cuantitativas paramétricas se expresaron como media (desviación estándar), las no paramétricas como mediana (rango intercuartílico) y las cualitativas en porcentajes. Para el análisis de mortalidad, días de ventilación mecánica y estancia en UCI entre los pacientes con IA-UCI y sin ella, se utilizó el test de chi-cuadrado, U-Mann-Whitney y t-Student respectivamente. Se compararon los días libres de ventilación mecánica (DLVM) a través la prueba log-rank.

Resultados: Se analizaron 56 pacientes con ECMO VV. El 61,5% eran varones, con una edad media de 48,5 años (12). Entre los diagnósticos: 26 neumonías COVID (46,4%), 22 (39,3%) bacterianas, 4 (7,1%) por gripe y 4 enfermedades autoinmunes (7,1%). El APACHE II y SAPS2 mediano fue de 14 (12-19) y 34 (27,2-44) respectivamente. Hasta 34 (60,7%) pacientes, presentaron IA-UCI, estando colonizados 4 (7,1%). Se analizaron 60 IA-UCI, ya que 16 presentaron más de 1. Los microorganismos más aislados fueron las bacterias (72,6%), siendo multirresistentes el 28,7%. La estancia en UCI media fue de 28 días (12,3), con una mortalidad a los 60 días del 35,3%, sin diferencias con respecto a los pacientes sin IA-UCI ($p = 0,45$). Se encontraron diferencias en días de ventilación mecánica y días de UCI ($p < 0,05$ en ambas). La mediana de DLVM a los 60 días fue de 25,5 (3,5-45,5) en el grupo con IA-UCI y 28,5 (3,3-53,3) sin IA-UCI, observándose diferencias ($p < 0,05$).

Aislamientos de IA-UCI registradas según foco de infección.	
INFECCIONES RESPIRATORIAS:	34 (56,7%)
- Bacterianas 16 (47,1%): <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (4), <i>Stenotrophomonas</i> spp. (3), <i>Serratia marcescens</i> (2), <i>Enterococcus faecalis</i> (2), <i>Klebsiella pneumoniae</i> (1), <i>Sphingomonas paucimobilis</i> (1), <i>Achromobacter xylosoxidans</i> (1), <i>Burkholderia cepacia</i> (1), SAOS (1).	
- Hongos 3 (8,8%): <i>Aspergillus fumigatus</i> (1), <i>Candida</i> spp (1)	
- Polimicrobianas: 4 (11,8%).	
- Sin aislamientos: 11 (32,4%).	
BACTERIEMIAS	10 (16,7%)
- Bacterianas 9 (90%): <i>Staphylococcus epidermidis</i> (4), <i>Enterococcus faecalis</i> (2), SAOS (1), <i>Stenotrophomonas</i> spp. (1), <i>Serratia marcescens</i> (1).	
- Polimicrobianas: 1 (10%)	
INFECCIONES TRACTO URINARIO	9 (15%)
- Bacterianas 7 (77,8%): <i>Enterococcus faecalis</i> (3), <i>Enterococcus faecium</i> (3), <i>Escherichia coli</i> (1).	
- Hongos 2 (22,2%): <i>Candida</i> spp. (2)	
CMV	2 (3,3%)
SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO	5 (8,3%)



Conclusiones: Las IA-UCI son una complicación frecuente en nuestra población con ECMO VV. Principalmente las infecciones respiratorias y de etiología bacteriana, con una importante tasa de multirresistencias. Su aparición se asocia a más días de ventilación mecánica y de estancia en UCI.

543. AMPLIANDO LA MUESTRA: ANÁLISIS DEL EFECTO DEL PROTOCOLO DDS EN LA COLONIZACIÓN POR PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES EN UCI

Carrillo García T, Ramos Díaz M, Oller Carbonell G, Hernández Medina E, Lorenzo Martín V, De la Cruz Tabares E, Pérez Ortiz C, Cáceres Agra JJ y Blanco López J

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar la influencia del protocolo de descontaminación digestiva selectiva (DDS) en la detección de nuevas colonizaciones ad-

quiridas durante los tres meses posteriores al alta de pacientes de la unidad de medicina intensiva (UMI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en dos periodos de tiempo: Periodo 1 (previo a la implementación del DDS): de marzo a mayo de 2023, con una muestra de 41 pacientes. Periodo 2 (posterior a la implementación del DDS): de agosto de 2023 a julio de 2024, con 93 pacientes. Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron: pacientes mayores de 18 años, con al menos un cribado de vigilancia, que hayan sido dados de alta a unidades con vigilancia activa. A todos los pacientes se les realizó un cribado de frotis rectal y muestras clínicas (cuando se indicó) al ingreso en planta, y también a los 7, 14, 30, 60 y 90 días después del alta de UMI, siempre que el paciente continuara ingresado en el hospital.

Resultados: De los 93 pacientes a los que se les realizó seguimiento prospectivamente (grupo implementado protocolo DDS) se detectaron 12 pacientes positivos a algún patógeno multirresistente que no portaba previamente (IA 12,9%). Estos resultados se comparan con los hallazgos del primer periodo (no implementado protocolo DDS), de los 41 pacientes incluidos, 5 pacientes resultaron positivos a algún MMR (IA 12,2%). Se realizó una estimación de las cifras de diferencia mínima significativa de la IA entre ambos grupos, siendo la tasa de colonización similar a la detectada en el estudio basal previa a la implementación de la DDS, por lo que los resultados obtenidos no permiten establecer conclusiones estadísticamente significativas.

Indicadores de colonización/infección en pacientes dados de alta de UMI				
	n	IA (%)	DI (%)	I.C. 95% (IA, %)
Estudio basal	41	12,2	3,2	(5,3-25,5)
Seguimiento prospectivo	93	12,9	8,3	(7,5-21,2)

Conclusiones: La introducción de la DDS en pacientes de UMI no parece haber modificado el riesgo de colonización/infección por MMR de estos pacientes al alta de dicha unidad, a pesar de haber aumentado el tamaño de la muestra recogida. Cabe resaltar las limitaciones propias del diseño de este estudio, especialmente no disponer de información relativa a aquellos pacientes que ingresaron al alta de UMI en plantas sin vigilancia activa. Además, no es posible garantizar la aplicación correcta del protocolo pautado en todos los pacientes analizados.

544. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN DE LA NAVM EN UCI (CHUIMI)

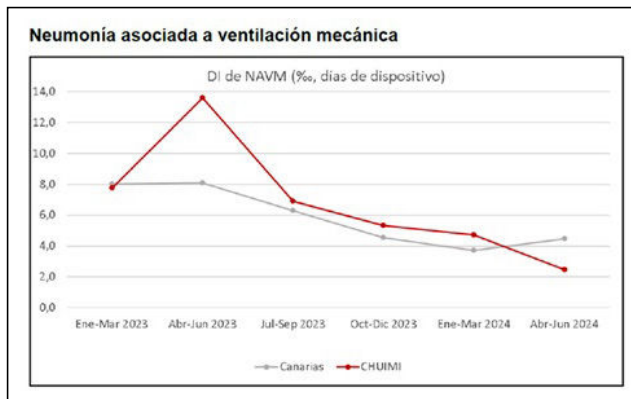
Hernández Medina E, Ramos Díaz M, Oller Carbonell G, Carrillo García T, Lorenzo Martín V, Pérez Ortiz C, Cáceres Agra JJ y Blanco López J

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es evaluar si la introducción de una serie de medidas dirigidas a la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en nuestra Unidad de Medicina Intensiva (UMI) ha influido en la reducción de la tasa de incidencia de esta infección.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo en el que analizamos a los pacientes ingresados en nuestra UMI durante dos periodos de tiempo: Periodo 1: entre abril y junio de 2023; Periodo 2: entre abril y junio de 2024. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años y con una estancia en la UMI superior a 24 horas. Los datos se extrajeron del registro ENVIN-HELICS. Se eligieron estos periodos debido a la cobertura completa del registro ENVIN en estos meses, lo que garantiza una muestra representativa. Durante el periodo de un año entre ambos análisis, se implementaron diversas medidas dirigidas a reducir la incidencia de NAVM, tales como: descontaminación digestiva selectiva (DDS); aspiración subglótica; monitorización continua de la presión del neumotaponamiento; rondas de seguridad; estrategias modificadas en la sedación; impulso de proyectos "Infecciones Zero".

Resultados: En el primer periodo (abril-junio 2023), se analizaron 298 pacientes ingresados en la UMI, de los cuales 32 (13,45%) desarrollaron una infección asociada a dispositivos. De estos, 17 pacientes presentaron NAVM. La densidad de incidencia (DI) fue de 13,59 neumonías por cada 1.000 días de ventilación mecánica. En el segundo periodo (abril-junio 2024), se analizaron 206 pacientes ingresados, de los cuales 27 desarrollaron una infección asociada a dispositivos, pero solo 2 pacientes presentaron NAVM. La densidad de incidencia (DI) fue de 3,72 neumonías por cada 1.000 días de ventilación mecánica.



Conclusiones: La implementación de un conjunto de medidas dirigidas a la prevención de la NAVM en nuestra unidad redujo significativamente las tasas, manteniéndose en la actualidad por debajo del umbral nacional (< 7 episodios/1.000 días de ventilación). Estos resultados destacan la efectividad de las estrategias implementadas y su impacto sostenido en la mejora de la calidad asistencial.

545. ¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES NO HABRÍAN INGRESADO EN UCI SEGÚN LOS NUEVOS CRITERIOS DE MALARIA GRAVE DE 2024?

Viciana Giménez A, Montes Valverde IM, Pérez Bueno S, Navarro Guillamón LC, Alonso Marín A y Robles-Musso Castillo EM

Hospital Universitario de Poniente, Almería.

Objetivos: Revisar los criterios por los que ingresaron los pacientes con diagnóstico de malaria grave en la UCI de nuestro hospital y cuántos de ellos no habrían ingresado según los nuevos criterios de 2024.

Métodos: Análisis de los datos clínicos, radiológicos y analíticos de los pacientes con diagnóstico de malaria ingresados en la UCI del Hospital Universitario Poniente entre 2020 y 2025. Comparación entre el cumplimiento de los antiguos criterios de malaria grave con el cumplimiento de los nuevos criterios de 2024. Como cambio más relevante, la ictericia y la hiperbilirrubinemia se han excluido de los nuevos criterios.

Resultados: Entre 2020 y 2025 ingresaron un total de 21 pacientes con diagnóstico de malaria en la UCI de nuestro hospital, siguiendo los criterios de malaria grave de 2015. 20 de ellos fueron hombres y tan solo una mujer, con edad media de 37 años (18-53). Su procedencia fue de Mali, Senegal, Nigeria, Guinea, Ghana y Gambia, 20 de ellos de origen africano por lo que eran semiinmunes y el otro restante de origen español con viaje reciente y profilaxis adecuada. Tres de ellos tuvieron GCS < 11 o alteraciones neurológicas, ninguno convulsiones, 18 de ellos presentaron postración y ninguno sangrado ni anemia grave. Tres de ellos presentaron insuficiencia respiratoria aguda, uno fallo renal agudo con Cr > 3 mg/dL y uno hipoglucemia < 40 mg/dL. Dos de los pacientes presentaron criterios de shock con acidemia metabólica e hiperlactacidemia. 20 de nuestros pacientes presentaron hiperbilirrubinemia, siendo la media de 5,07 mg/dL (2,57-22,1). El índice de parasitemia medio fue de 3,9% (1-14), siendo al alta negativo en 20 de nuestros pacientes. 19 de ellos fueron tratados con artesunato IV y la estancia media fue de 2,3 días (1-8). De todos ellos, un total de 15 pacientes, es decir, el 71,43% de la muestra, fueron ingresados en UCI con hiperbilirrubinemia e ictericia como único criterio de malaria grave, y su estancia fue de 1 o 2 días con respuesta excelente al tratamiento.

Conclusiones: Teniendo en cuenta los nuevos criterios de malaria grave en los que el cambio principal es la ausencia de hiperbilirrubinemia e ictericia como criterio de gravedad, el 71,43% de los pacientes de nuestra muestra no habrían ingresado en UCI.

546. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LA DINÁMICA DE LAS BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (BMR) EN UCI

Domingo Marín S

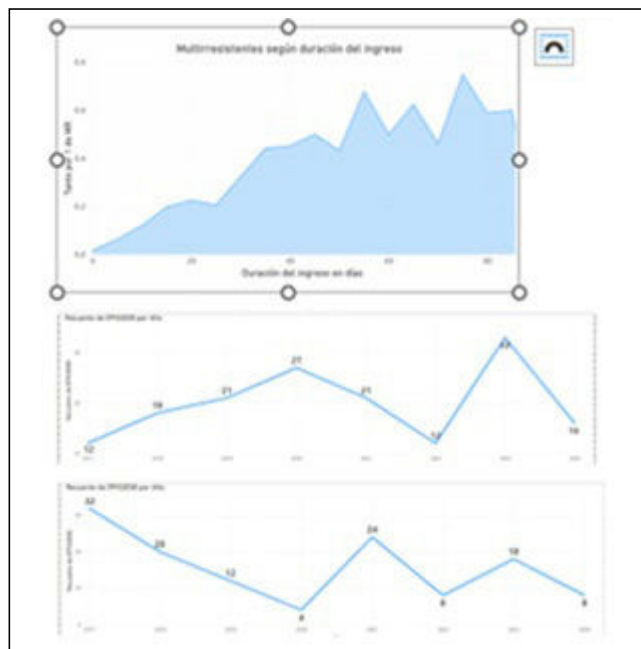
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La irrupción del SARS-CoV-2 ha supuesto un aumento de la presión antibiótica, cambios en la microbiota de la población y un gran

obstáculo en el funcionamiento de los programas de control de infección con un aumento de las infecciones por BMR. Observar si existe una tendencia dinámica en el número y tipo de las BMR detectadas en UCI, importadas o adquiridas, durante los últimos cuatro años tras la pandemia respecto a años previos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en UCI de hospital de tercer nivel de 2017 a 2024. Se realiza la búsqueda de datos mediante el sistema de integración de datos epidemiológicos y microbiológicos (SIDEM). El estudio estadístico se realiza a través del *software* R.

Resultados: De los 16.106 pacientes, se identifican 778 con BMR (4,83%) con una mortalidad 3,7 veces mayor al resto de pacientes ($p < 0,001$). El número de BMR aumenta un 7,7% (OR) = 1,077 por cada día de hospitalización siendo entre 51-60 días la mayor incidencia (59,64%) seguido de 61-90 (46,9%). Durante 2017-2020 se identificaron un 4,45% de pacientes con BMR y desde 2021, 4,2%. En ambos periodos las BMR más frecuentes son enterobacterias BLEE (1,14 vs. 1,42%), seguido de enterobacterias productoras de carbapenemasa (EPC) (0,73 vs. 1,09%), *S. maltophilia* (SM) (0,70 vs. 0,85%) y *Pseudomonas aeruginosa* (PA) (0,92 vs. 0,62%). Existen diferencias en el perfil de BMR con un descenso significativo de PA tras 2020 (0,92 vs. 0,62%, $p < 0,026$) y aumento significativo de EPC (0,736 vs. 1,095%, $p < 0,018$). Los ingresados tras 2020 tuvieron una media de 21,05 días de hospitalización, significativamente mayor que los 3,69 días de los de antes de 2020 ($p < 0,001$) y una mortalidad 30% mayor que los ingresados antes de ese año. Se observa descenso de los aislamientos de SAMR y aumento de BLEE, *Acinetobacter baumannii* (ACTB), enterococo resistente a vancomicina (ERV) sin ser estadísticamente significativo.



Conclusiones: Las diferencias significativas en EPC y PA sugieren que ciertas resistencias podrían estar cambiando tras 2020. Esto puede reflejar cambios en políticas de antimicrobianos, tratamientos o patrones epidemiológicos. SAMR, BLEE y ACTB han mostrado diferencias no significativas. El aumento en días totales de hospitalización después de 2020 podría indicar un impacto en la carga asistencial, posiblemente asociado con infecciones más graves o complicaciones relacionadas.

547. RELACIÓN ENTRE MULTIRRESISTENCIA BACTERIANA Y MORTALIDAD EN UCI DE 2017-2024

Domingo Marín S

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: En el ámbito hospitalario los pacientes ingresados en UCI son especialmente susceptibles de ser colonizados y/o infectados por bacterias multirresistentes (BMR) con un aumento de la morbilidad.

Objetivos: Relacionar cada tipo de BMR con la mortalidad y observar qué características del paciente y del tipo ingreso influyen sobre la misma.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en UCI de hospital de tercer nivel de 2017 a 2024. Se realiza la búsqueda de datos mediante el sistema de integración de datos epidemiológicos y microbiológicos (SIDEM). El estudio estadístico se realiza a través del *software* R. La relación de cada multirresistente (MR) con la mortalidad a través del test de Fisher y un análisis de regresión logística multivariante para estudiar los factores asociados al desarrollo de BMR, considerando variables como días totales de ingreso en UCI, APACHE score, tipo de ingreso y servicio de procedencia.

Resultados: De los 16.106 pacientes, 778 presentan aislamientos de BMR (4,83%). Estos presentan una mortalidad 3,7 veces superior al resto de pacientes ($p < 0,001$). El análisis de cada MR muestra que los pacientes con *Stenotrophomonas maltophilia* presentan una mortalidad 6,3 veces mayor, seguido de Enterobacterias multirresistentes (EMR) OR 3,6, Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) OR 3,3, BLEE (β -lactamasas de espectro extendido) OR 2,3 con asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) y SARM OR 2,2 ($p < 0,006$). Los aislamientos de enterococo resistente a vancomicina (ERV) se asocian a una mortalidad mayor de manera no significativa (OR 2,1, $p = 0,080$). No se evidencian muertes en pacientes con enterococo LR. Las probabilidades de desarrollar BMR aumenta un 7,7% (OR) = 1,077 por cada día adicional de hospitalización, un 3,3% (OR = 1,033) por aumento de cada unidad del score APACHE, si es ingreso urgente OR = 2,108 y en los ingresados después de 2020, 30% más que los ingresados antes de ese año. Ser atendido en urgencias reduce las probabilidades de BMR en 34,8% (OR = 0,652, $p = 0,002$).

Conclusiones: Los microorganismos multirresistentes como EMR, EPC y *Stenotrophomonas maltophilia* son factores de riesgo significativos para la mortalidad en los pacientes. El modelo de regresión logística muestra que la duración de la hospitalización, la gravedad del paciente y el tipo de ingreso urgente son factores clave que aumentan las probabilidades de presentar BMR.

548. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES CON CEFIDEROCOL

Marco Mula D, Abelenda Alonso G, Fabregat Raventós M, Agudelo Giraldo VJ, Roca Gas O, Ribera Puig C, Granada Vicente R, Santafosta Gómez EM, Gumucio Sanguino VD y Gudiol González C

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Describir la experiencia en el uso de cefiderocol en infecciones por bacterias Gram negativas multirresistentes con opciones terapéuticas limitadas.

Métodos: Se analizó retrospectivamente a los pacientes tratados con cefiderocol ≥ 72 horas en un hospital universitario de 3r nivel. Se evaluaron los datos demográficos, tipos de infecciones, características microbiológicas, tratamiento antibiótico y resultados clínicos. El resultado primario fue el éxito clínico, definido como un resultado final compuesto, que incluye tasa de mortalidad a los 30 días y/o la ausencia de recurrencia tras 90 días. También se analizó la mortalidad a los 30 y 90 días, la recurrencia clínica y microbiológica y la aparición de efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron un total de 80 pacientes entre noviembre de 2020 y octubre de 2024 con edad mediana de 64 años (IQR: 56-72). El 67,5% hombres y el 28,7% presentaban inmunosupresión. La puntuación mediana del índice de comorbilidad de Charlson fue 3 (IQR: 1-6). El foco de infección más frecuente fue el respiratorio (26,3%), seguido del abdominal (22,5%). 16 pacientes (20%) tenían bacteriemia y el 50% presentaban infecciones polimicrobianas. El 26,2% presentaron shock séptico al inicio de la infección. El 45% requirieron ingreso en UCI. De estos, el 32,5% requirieron ventilación mecánica, el 20% terapia de reemplazo renal continuo y el 6,3% oxigenación por membrana extracorpórea. Los tres microorganismos más comunes aislados fueron: *Stenotrophomonas maltophilia* (30%), *Enterobacterales* resistentes a carbapenémicos (21,2%) (70,5% de ellos productores de metalo- β -lactamasas), y *Pseudomonas aeruginosa* productora de VIM-2 (20%). Hasta un 13,5% recibieron cefiderocol después de un tratamiento con ceftazidima/avibactam $\pm$ aztreonam. La duración media del tratamiento con cefiderocol fue de 9,5 días (IQR: 5,25-20,5) y en el 21,2% se combinó con otro antibiótico, siendo la colistina nebulizada el más frecuente (11,2%). El éxito clínico se alcanzó en el 67,5%. La mortalidad a los 30 días y 90 días fue del 27,5% y 36,5%, respectivamente. El 5% tuvieron recurrencia y la aparición de resistencia se documentó en una cepa de *Klebsiella pneumoniae* NMD-OXA-48-BLEE (clon ST147). Se produjeron efectos adversos graves en 4 pacientes que llevaron a la suspensión del tratamiento con cefiderocol.

Conclusiones: Cefiderocol demuestra una eficacia y seguridad prometedoras en el tratamiento de infecciones por bacterias Gram negativas multirresistentes, proporcionando una opción valiosa para pacientes con opciones terapéuticas limitadas.

11:05-11:25 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 1

NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS

Moderadora: Marina Sandra Cherchi Pepe, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

549. COHORTE DE LESIONADOS MEDULARES AGUDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Jiménez Alfonso AF

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: El objetivo es realizar una descripción de las características clínicas de los pacientes que ingresan con LMAT en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neurotrauma y Rehabilitación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona (UCI-HVH).

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de pacientes con LMAT de la UCI-HVH desde el 1-enero-2019 hasta 31-diciembre-2024, empleando parámetros epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y de tratamiento.

Resultados: Se atendieron 329 pacientes. La edad media fue de 53 $\pm$ 19 años [14-89]. La estancia media fue de 10 $\pm$ 12 días [0 - 85]. El sexo masculino, 82,1% vs. 17,9%. Un 53% proceden de hospitales externos y un 45% ingresaron por la urgencia. La etiología, un 29% caída desde su propia altura, accidentes de tráfico 22%, accidentes deportivos 14% y zambullidas 6%. La lesión medular cervical (73%) de los cuales 61% fueron incompletas y 23% lesión medular torácica, de los cuales el 62% fueron completas ($p = 0,002$). La valoración ASIA al ingresar reveló un 40,7% de lesiones AIS A, un 25,8% tipo AIS D, 17% AIS C y 9% AIS B. Se realizó tracción cervical en el 6,2%. El shock neurogénico en un 27%, con soporte vasopresor durante 72 horas en un 99% ($p < 0,001$), con tensión arterial media (TAM) mayor a 75 mmHg en el 98% ($p < 0,05$). Se realizó cirugía en un 85%, 40% en las primeras 24 horas, 24-48 horas 16%, 48 a 72 horas 7% y 23% posterior a 72 horas. Abordaje anterior en un 47%, posterior en 49,8% y mixto en 3%. Destaca incremento anual progresivo en las primeras 24 horas, del 8% en el año 2019 al 88% en el 2024. Y un descenso progresivo de las cirugías pasadas 72 horas, de un 67% a un 8% ($p < 0,001$). Un 22% requirieron traqueostomía percutánea, 18% de forma temprana y 4% posterior a los 7 días de ingreso. La disfagia fue diagnosticada en un 36,8%, siendo la moderada la más frecuente (41%). El GOS a 3 meses, 9% buena recuperación, 36% discapacidad moderada, 42% discapacidad grave y 8% fallecimientos. A los 6 meses, buena recuperación un 26% ($p < 0,001$). Las intervenciones en las primeras 24 horas presentan un GOS 3 y 6 meses con una buena recuperación del 9 y 22% respectivamente ($p < 0,05$). La deambulación a los 6 meses, 14% de los pacientes lo hace sin ayuda, 10% con bastón inglés, 4% con muletas o caminador y 57% en silla de ruedas.

Conclusiones: La muestra es relativamente alta al tratarse de una unidad especializada. Al igual que en otras series predomina los pacientes varones y jóvenes. Se observa una tendencia positiva a la realización de intervenciones quirúrgicas precoces a lo largo de años. La intervención precoz en los pacientes con LMAT refleja un mejor pronóstico a los 6 meses.

550. ANÁLISIS DE SEVERIDAD Y SUPERVIVENCIA EN POLITRAUMATIZADOS INGRESADOS EN UCI SIN UNIDAD DE NEUROCÍTICOS

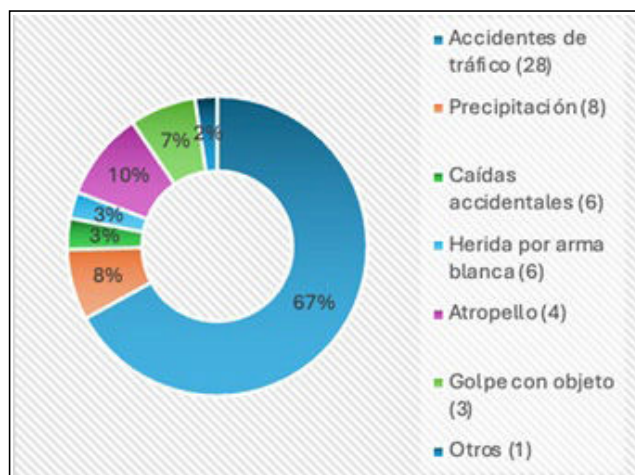
Morillo Muela B, Escriche Martín L, López López Á, Fernández Pérez MJ y Cantón Bulnes ML

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

Objetivos: Conocer el perfil de pacientes politraumatizados que ingresan en UCI polivalente de un hospital de tercer nivel sin unidad de neurocríticos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluye pacientes ingresados en una UCI polivalente de 30 camas, tras un politraumatismo sin traumatismo craneoencefálico (TCE) en 2024. Se registraron las siguientes variables: datos demográficos, constantes vitales iniciales, tipo y características del trauma, gravedad del mismo mediante la escala ISS, variables clínicas pre e intrahospitalarias, necesidad de intervención quirúrgica urgente y días de estancia en UCI. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE). Se consideró trauma grave un ISS > 16 .

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, la edad media fue de 46 $\pm$ 16,97 años y el APACHE II al ingreso medio de 10 (DE: 6,64). En la atención inicial, el 91% (51) presentó GCS > 12 , 84% (47) FR entre 10-29 rpm y 80% (45) TAS > 89 mmHg. El trauma cerrado predominó, con 47 pacientes (83,92%) frente al trauma penetrante, 9 pacientes (16,07%). El trauma no intencionado fue predominante, 46 pacientes (82%) sobre el intencionado, 10 pacientes (18%). En cuanto a la intencionalidad, la no intencionalidad fue predominante (46 pacientes): tráfico (33; 59%), caídas (10; 18%), laborales (2; 4%) y otras actividades (1; 2%). En los intencionados (10), la agresión fue más frecuente (7; 12%), seguida de autolisis (3; 5%). En la figura se muestran los mecanismos de lesión más frecuentes. De los pacientes analizados, 36 pacientes (64,28%) presentaron lesiones graves, con un ISS > 16 , siendo la puntuación media del ISS de 18,76 $\pm$ 9,61. 26 pacientes (46%) requirieron cirugía urgente: ortopédica (17,65%), abdominal (6,23%) y vascular y maxilofacial (1,8% cada uno). En el 54% (30) restante se optó por manejo conservador. La estancia media en UCI fue de 7,2 $\pm$ 9,60 días. La mortalidad fue del 7,14% (4), atribuida a la gravedad y complicación de las lesiones.



Conclusiones: En la serie analizada la mayoría de los pacientes presentaron traumas graves (ISS > 16). A pesar de la gravedad se observó una elevada tasa de supervivencia y una estancia media en UCI relativamente corta. El manejo conservador fue la opción terapéutica predominante.

551. COMPLICACIONES ASOCIADAS A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Fernández Ramos A, Díaz-Távora Luque M, Casquet Gómez AB, Patino Martín M, Lozano Sutil L, Méndez Hernández I, Pereira Gama MS, Mancha Salcedo R, Fernández González MDC y Montans Araujo M

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

Objetivos: El presente estudio tiene como finalidad analizar las complicaciones asociadas a la hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres (CHUC) durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2024.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes diagnosticados con HSA ingresados en la UCI del CHUC en el periodo mencionado. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de complicaciones, con un enfoque particular en las compli-