

**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 ± 19 años [14-89]. La estancia media fue de 10 ± 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 NEUROCRÍTICOS

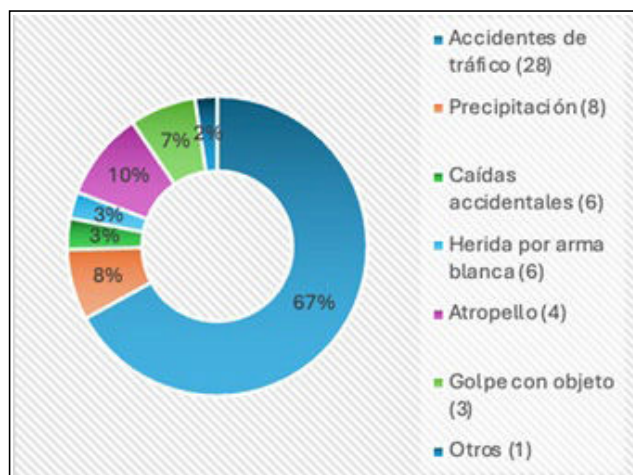
Morillo Muela B, Escriche Martín L, López López Á, Fernández Pérez MJ y Cantón Bulnes ML

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 ± 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 ± 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 ± 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 presentó 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-

caciones neurológicas. El pronóstico neurológico al momento del alta se evaluó utilizando la escala de Rankin modificada (mRS).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 10 pacientes diagnosticados con HSA espontánea, presentando un APACHE II medio de ingreso de 20. Las complicaciones neurológicas observadas fueron el resangrado (40%), el vasoespasmo (30%) y la hipertensión intracraneal (HTIC) (40%). El manejo de la HTIC se realizó mediante medidas generales y de primer nivel en el 80% de los pacientes, mientras que el 20% requirió intervenciones de segundo nivel. Los pacientes con resangrado requirieron cirugía emergente en el 50% de los casos. La supervivencia en UCI fue del 90%, y la mediana al alta hospitalaria fue de 3 en mRS.

**Conclusiones:** Las complicaciones en pacientes con HSA son comunes y pueden producir un daño cerebral secundario, contribuyendo a una mayor morbimortalidad que la lesión cerebral primaria generada por la HSA. Es fundamental llevar a cabo una monitorización neurológica multimodal y hemodinámica invasiva para anticipar la aparición de complicaciones. En caso de que estas se presenten, es primordial establecer un tratamiento precoz, integral e individualizado. Esta estrategia tiene el potencial de reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes al momento del alta.

### 552. CARACTERÍSTICAS EN PACIENTES CON ESTATUS EPILÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Benítez Garzón LE, Corbato García A, Barakat Fernández S, Vidal Luján LA, Hambardzumyan Gevorgyan A, Álvarez Torres M, Pérez Bastida L, González Salamanca Á, Manuel Merino FJ y Andaluz Ojeda D

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

**Objetivos:** Conocer la situación epidemiológica del estatus epiléptico (EE) en la UCI. Establecer una base epidemiológica sobre el manejo del EE en la UCI.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo entre el 1/1/2021 y el 30/11/2024. Se analizaron las historias clínicas de los pacientes ingresados a la UCI por EE. La muestra fue de 18 pacientes, y se estudiaron variables demográficas, antecedentes, características del EE, tratamiento, complicaciones y mortalidad. Los datos fueron procesados mediante SPSS versión 25. Se emplearon pruebas estadísticas como la U de Mann-Whitney, la prueba exacta de Fisher, Kruskal-Wallis, regresión logística binaria y coeficiente de correlación de Kendall.

**Resultados:** Se observó una tendencia hacia mayor mortalidad con mayor estancia en la UCI y con una menor puntuación en la escala de Glasgow al ingreso, aunque no fue significativo. Así como más mortalidad en pacientes con mayor necesidad de ventilación mecánica, neumonía nosocomial, mayor duración de estancia en UCI y tipo de epilepsia. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Variable	Resultado
Sexo	66% hombres, 34% mujeres
Edad media	50 años
Comorbilidades comunes	Patología epiléptica previa 72%, HTA 33%, enfermedad vascular cerebral 50%, DM 27%
Tipo de EE	56% convulsivo, 44% no convulsivo
Refractariedad	50% refractarios, 22% superrefractarios
Duración del EE	83% > 24 h
Etiología	Idiopática 33%, lesiones cerebrales 22%, metabólica/tóxica 17%
Intubación/VMI	89%, mediana 11 días
Sedación	28% sedación inhalada (50% sevoflurano, 50% isoflurano)
Medicamentos	Lacosamida, levetiracetam 89%, brivaracetam 72%
Mortalidad	33%
Complicaciones	Infecciones nosocomiales 39%, síndrome post-UCI 39%

**Conclusiones:** Los resultados coinciden con estudios previos sobre la alta mortalidad (33%) y las complicaciones significativas en pacientes con EE en la UCI. La duración prolongada del EE y la necesidad de intubación y sedación son factores determinantes en el pronóstico de estos pacientes. A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las variables analizadas probablemente por la pequeña muestra del estudio, pero las tendencias observadas en la mortalidad y la duración de la estancia en la UCI son consistentes

con otros estudios que muestran un peor pronóstico en este tipo de pacientes.

### 553. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA AL TRAUMATISMO TORÁCICO

Valdés Francí E, Prieto Cabrera A, Muñoz de Morales Rodríguez A, Sánchez del Hoyo R, García González I, Moro Punset C, De la Montaña Díaz P, Postigo Hernández C, Parra Bollada C y Bringas Bollada M

*Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** El traumatismo torácico contuso o penetrante es una causa relevante de hospitalización de forma aislada o asociada a otros traumas, y se le atribuye el 25-35% de la mortalidad. Supone el segundo en incidencia tras el traumatismo craneoencefálico. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y morbilidad asociada al trauma torácico.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo prospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Politraumatizados de la UCI del Hospital Universitario Clínico San Carlos durante 55 meses. Se recogieron datos demográficos de la muestra, así como relativos a las cinemática, tratamiento instaurado y evolución clínica relacionándolo con las complicaciones presentadas.

**Resultados:** Se incluyeron 124 pacientes, de los cuales un 71,8% (89) fueron hombres, con edad media de 48 años (± 19 años). 8,1% (10) habían sufrido un traumatismo penetrante y 91,9% (114) un traumatismo contuso. De ellos, 4,8% (6) estaban antiagregados y 4,0% (5) anticoagulados. El 16,1% (20) habían consumido alcohol y el 4,8% (6) otras drogas. El trauma asociado con más frecuencia fue el craneal (64, 51,5%), seguido del ortopédico (59, 47,6%), el abdominal (41; 33,1%), el raquídeo (32, 25,8%) y el pélvico (28; 22,6%). En 2 casos (1,6%) se procedió a cirugía torácica urgente y en 1 caso (0,8%) cirugía diferida. 50 pacientes (40,3%) precisaron soporte vasoactivo, 33 (26,6%) transfusión en las primeras 24 h y 55 (44,4%) ventilación mecánica invasiva durante una mediana de 3 días (rango intercuartil 11). En cuanto a la morbilidad del propio trauma torácico, 67 (54%) sufrieron una contusión pulmonar, 70 (56,5%) presentaban un neumotórax, y 26 (21,0%) un hemotórax, de entre los cuales 41 (33,1%) precisaron tubo de tórax. 14 (11,3%) requirieron traqueostomía y 31 (25%) oxigenoterapia de alto flujo. En cuanto a las complicaciones asociadas, 4 (3,2%) un síndrome de distrés respiratorio agudo y 16 (12,9%) una neumonía. Permanecieron ingresados una media de 7,2 días (± 11,2) en UCI y 23,7 días (± 29,3) en el hospital. Fallecieron 12 (9,7%) de los pacientes incluidos en la muestra.

**Conclusiones:** El traumatismo torácico en pacientes ingresados en UCI requiere en la mayoría de los casos medidas de soporte avanzado. Se asocia a otros traumatismos como el TCE y traumatismo ortopédico. Entre sus lesiones asociadas está la contusión pulmonar y el neumotórax, así como la presencia de SDRA y neumonía.

### 554. ANÁLISIS DEL TRAUMA GRAVE Y DEL MANEJO INTRAHOSPITALARIO INICIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Eliche Mozas R, García Gómez IG, Moratalla Cecilia G y Esteche Foncea MA

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

**Objetivos:** Analizar las características de la enfermedad traumática grave ingresada en UCI, así como su manejo inicial intrahospitalario en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria durante un periodo de 21 meses.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 139 pacientes ingresados en la UCI del HUVV del 1 de enero de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2024, a los que se les realiza la hoja de severidad del trauma, donde se recogen las características epidemiológicas de estos pacientes, los principales mecanismos lesionales y regiones corporales afectadas, valorando tanto su gravedad como pronóstico al ingreso mediante los indicadores TSR y ISS, así como el manejo intrahospitalario inicial.

**Resultados:** El prototipo de paciente ingresado en UCI del HUVV en dicho periodo en el contexto de un trauma grave fue un varón de edad 48 años, por mecanismo lesional cerrado producido principalmente por accidente de tráfico (52%), seguido de caídas accidentales y precipitaciones (27%). En el 12% de los casos presentaban TSR < 12 y en el 88% de las si-

tuciones un ISS > 16, con desarrollo de lesiones graves (MAIS > 3) principalmente en tórax (41%), abdomen (23%), extremidades (21%) y cabeza (19%). El promedio de estancia en UCI fue 8 días y la probabilidad de supervivencia cercana al 93%, con solo 10 fallecidos. En relación al manejo inicial intrahospitalario, en el 95% de las situaciones se realizó TAC de cráneo y cervical en tiempo adecuado a aquellos pacientes con sospecha de TCE, más del 90% de las pelvis inestables se estabilizaron y el 100% de las fracturas abiertas se intervinieron en las primeras 24 h. Con respecto al PTM tan solo se activó en el 30% de las situaciones que lo requerían, con una clara mejoría en los últimos 9 meses del estudio (22 vs. 100%). En el 38% de los casos que lo precisaban se administró complejo protrombínico y vitamina K, de nuevo con clara mejoría durante los últimos meses del estudio (25 vs. 75%). En ninguno de los casos que presentaban TAC cráneo patológico se llevó a cabo una monitorización de PIC.

**Conclusiones:** El paciente tipo ingresado en nuestra UCI en el contexto de un trauma grave es un varón de edad media, en una situación clínica generalmente estable, por accidente de tráfico con lesiones de al menos moderada gravedad y afectación principalmente de cavidad torácica, abdomen y pelvis. En la mayoría de los casos las pruebas de imagen y las intervenciones quirúrgicas necesarias se llevaron a cabo, con un claro margen de mejoría en activación de PTM.

Así mismo, destacar la necesidad de traslado a centro de referencia de aquellos pacientes con TAC cráneo patológico que precisen de control de PIC.

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 2

### HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA CRÍTICA 3

**Moderador:** Carlos Folgado Bisbal, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

#### 555. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Molina Cortés M<sup>1</sup>, Vela Colmenero AM<sup>1</sup>, Fernández Carbonell A<sup>2</sup>, Rivera Fernández R<sup>1</sup> y Vela Colmenero RM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Jaén Puerta de Andalucía (C.H.U. de Jaén), Jaén.

**Objetivos:** Los pacientes oncológicos son un grupo de pacientes que cada día son más habituales en las Unidades de Cuidados Intensivos, de los cuales muchos aspectos son aún poco conocidos. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad y los factores con los que se relaciona.

**Métodos:** Hemos estudiado todos los pacientes oncológicos ingresados en nuestra UCI durante un periodo de 6 meses. Los datos numéricos se expresan como mediana (percentil 25, percentil 75) y los datos cualitativos como frecuencias absolutas y porcentajes. Se utiliza el test de Mann-Whitney para estudiar la relación entre variables continuas y categóricas y la chi cuadrado para el caso de variables cualitativas. El estudio multivariable se realizó con regresión logística múltiple. Se consideró  $p < 0,05$  con estadísticamente significativo.

**Resultados:** Hemos estudiado 31 pacientes, la edad fue 67 (62,71) años el APACHE II 20 (16,23) puntos, el SOFA al ingreso de 6 (5,17) puntos y la puntuación según el índice de Charlson de 6 (3,9) puntos, y en la escala de Karnofski de 80 (50,90) puntos. La situación funcional según la escala ECOG de los pacientes fue en las puntuaciones 0,1,2,3,4 y 5 de 25,8%, 35,5%, 19,4%, 16,1% y 3,2%. Y con puntuaciones 0-1, hubo un 61,3% y con puntuaciones de 2 o superior del 38,7%. La mortalidad en UCI fue del 25,8% y en el hospital del 45,2%. La mortalidad hospitalaria estuvo relacionada estadísticamente significativamente con el índice de Charlson con puntuación en los fallecidos de 9 (6,9,5) vs. 3 (3,7) puntos ( $p = 0,003$ ), y fue casi estadísticamente significativa con el APACHE II 21 (17,27) vs. 19 (12,21) puntos ( $p = 0,077$ ) y con la puntuación en la escala de Karnofski 70 (47,82) vs. 90 (70,90) puntos ( $p = 0,059$ ) y con la Escala ECOG siendo en los pacientes con puntuaciones 0-1 del 31,6% y con puntuaciones mayores o igual a 2 fue del 66,7% ( $p = 0,056$ ). Y no estuvo relacionada con la edad ni con el SOFA al ingreso.

puntuaciones mayores o igual a 2 fue del 66,7% ( $p = 0,056$ ). Y no estuvo relacionada con la edad ni con el SOFA al ingreso. El análisis multivariable mostro que la mortalidad hospitalaria estuvo relacionada con el índice de Charlson (OR (1,12-2,35)) y con el APACHE II (OR: 1,20 (0,99-1,45)), aunque la relación con el APACHE II no llegó a ser significativa estadísticamente ( $p = 0,068$ ). La relación con ECOG, índice de Karnofski y SOFA no son estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** En nuestro estudio, la mortalidad hospitalaria de los pacientes oncológicos ingresados en UCI es elevada, cercana al 50% y se relacionó principalmente con la puntuación del índice de Charlson y la gravedad del proceso por el que ingresan evaluada con el APACHE II.

#### 556. ¿QUÉ MORTALIDAD PRESENTAN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI?

Molina Cortés M, Vela Colmenero AM, Aguilar Valero EA, Rivera Fernández R y Vela Colmenero RM

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

**Objetivos:** La mortalidad hospitalaria de los pacientes de UCI difiere según la patología por la que ingresan, la gravedad del proceso que presentan, el estado de salud previo entre otros factores. Habitualmente la mortalidad en planta de los pacientes tras su ingreso en UCI oscila entre el 5-10%. Un grupo de enfermos que cada día es más habitual en UCI son los pacientes oncológicos, en los cuales muchos aspectos son aún poco conocidos. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad hospitalaria, en UCI y en planta tras el alta de UCI de los enfermos oncológicos ingresados en UCI.

**Métodos:** Hemos estudiado todos los pacientes oncológicos ingresados en nuestra UCI durante un periodo de 6 meses. Los datos numéricos se expresan como mediana (percentil 25, percentil 75) y los datos cualitativos como frecuencias absolutas y porcentajes. Se utiliza el test de Man-Whitney para estudiar la relación entre variables continuas y categóricas. La chi cuadrado para variables cualitativas. Se consideró  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Hemos estudiado 31 pacientes, la edad fue 67(62,71) años con una gravedad evaluada con el APACHE II 20(16,23) puntos, un SOFA al ingreso de 6 (5,17) puntos y una puntuación según el índice de Charlson de 6 (3,9) puntos, y en la escala de Karnofski de 80 (50,90) puntos. La situación funcional según la escala ECOG de los pacientes fue en las puntuaciones 0, 1, 2, 3, 4 y 5 de 25,8%, 35,5%, 19,4%, 16,1% y 3,2%. Y con puntuaciones 0-1, hubo un 61,3% y con puntuaciones de 2 o superior del 38,7%. La mortalidad intra-UCI fue del 25,2%, mortalidad en planta del 20% y mortalidad hospitalaria del 45,2%. La mortalidad hospitalaria estuvo relacionada estadísticamente significativamente con el índice de Charlson con puntuación en los fallecidos de 9 (6,9,5) vs. 3 (3,7) puntos ( $p = 0,003$ ), y fue casi estadísticamente significativa con el APACHE II 21 (17,27) vs. 19 (12,21) puntos ( $p = 0,077$ ) y con la puntuación en la escala de Karnofski 70 (47,82) vs. 90 (70,90) puntos ( $p = 0,059$ ) y con la Escala ECOG siendo en los pacientes con puntuaciones 0-1 del 31,6% y con puntuaciones mayores o igual a 2 fue del 66,7% ( $p = 0,056$ ). No estuvo relacionada con la edad ni con el SOFA al ingreso.

**Conclusiones:** La mortalidad intra-UCI de los pacientes oncológicos se sitúa en torno al 25,2% siendo la mortalidad en planta tras el alta de UCI de un 20%, cifra muy superior al resto de pacientes que se sitúa en torno al 10%. En nuestro estudio, la mortalidad hospitalaria de los pacientes oncológicos ingresados en UCI se relacionó principalmente con la puntuación del índice de Charlson.

#### 557. UN AÑO DE TRABAJO EN CUANTO A RESERVORIOS SUBCUTÁNEOS SE REFIERE POR PARTE DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mamolar Herrera N

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Describir el trabajo realizado por parte del equipo médico de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario desde enero de 2024 hasta diciembre de 2024 en cuanto a la implantación o retirada de reservorios subcutáneos. Analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes intervenidos.

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes a los cuales durante el año 2024, se les ha implantado o retirado un reservorio por parte del personal médico de la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

lid. Se realizaron un total de 42 procedimientos, todos ellos llevados a cabo en un quirófano convencional, instrumentalizados por parte de la enfermería del mismo y guiados por escopia. Todos los sujetos fueron monitorizados durante el procedimiento y se administró premedicación con midazolam y fentanilo intravenosos con el objetivo de una sedación superficial (RASS -1) y el confort de los pacientes.

**Resultados:** Se realizaron un total de 42 procedimientos en 41 pacientes, de los cuales 19 (45,3%) fueron retiradas (7 en hombres y 12 en mujeres) y 23 (54,7%) implantaciones de reservorios subcutáneos (9 en hombres y 14 en mujeres). Hubo una paciente en la que durante la misma intervención se realizó la retirada del reservorio previo por infección del mismo e implantación de uno nuevo. En cuanto a las canulaciones, el 73,9% (17) se realizaron en la vena subclavia izquierda y el 21,7% (5) en la derecha. Hubo una paciente en la que no se consiguió canular por dificultades técnicas y se dio por finalizada la intervención. El 39% de los pacientes intervenidos fueron hombres y el 61% mujeres, la media de edad fue de 62 años (siendo el menor de 16 y el mayor de 83 años). El 85,7% (36) de los procedimientos se realizaron en pacientes de Oncología y el 14,3% restante en pacientes de M. Interna, Hematología y 1 paciente procedente de un centro extrahospitalario. Las patologías más frecuentes fueron cáncer de mama (19,5%), cáncer de colon, ovario y de la esfera urológica, estos tres últimos con una incidencia del 12,2% cada uno.

**Conclusiones:** La implantación y la retirada de reservorios subcutáneos es una actividad más que se puede incluir en la cartera de trabajo de las Unidades de Cuidados Intensivos. En nuestro caso, la mayor parte de los pacientes proceden del servicio de Oncología y por lo tanto la mayoría de las patologías que padecen los pacientes intervenidos son tumorales. Sería interesante en otro estudio realizar el seguimiento estos pacientes para valorar a aparición de complicaciones a medio/largo plazo.

#### 558. PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA O HEMATOLÓGICA INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CRÍTICOS

Hernández Gozalves G, Gómez Grande ML, Marín Marín CM, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Viñas Fernández P, Muñoz Moreno JF, Segovia García de Marina L, Peral Santos A y Valiente Raya P

*Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.*

**Objetivos:** Conocer la mortalidad durante la estancia en UCI y a los tres meses de los pacientes con patología oncológica o hematológica (EOH) que ingresan en un SMI.

**Métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal y unicéntrico. El estudio fue aprobado por el CEIM. Criterios de inclusión: Pacientes > 16 años que ingresaron durante el año 2024 en el SMI con diagnóstico de EOH activa (reciente diagnóstico o con tratamiento activo en los últimos 3 meses). Criterios de exclusión: síndrome coronario agudo, < 24 h de ingreso, enfermedad traumática grave, pacientes pediátricos.

**Resultados:** Se incluyeron 47 pacientes (65,9% varones, 34,1% mujeres) con edad media de 68 años. La mayoría eran independientes para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pero con alta tasa de comorbilidades: *ECOG performance status* (el 74,4% presentaban una puntuación de 0-1), *Karnofsky Performance Scale/KFS* (el 63,8% presentaban una puntuación de 90-100), *Clinical Frailty Scale/CFS* (el 78,7% se encontraban entre 1-3), *Charlson Comorbidity Index* (el 74,4% presentaban una puntuación > 5). Las neoplasias activas más frecuentes fueron las de origen gastrointestinal (21,2%), pulmón (14,9%) y linfoma no Hodgkin (12,7%). El 69,6% de las neoplasias sólidas presentaban afectación local o ganglionar y el 66,6% de las hematológicas eran de diagnóstico reciente o estaban en 1.ª línea de tratamiento. La causa más frecuente de ingreso fue la insuficiencia respiratoria por cualquier causa (46,2%) con valores medios de escalas pronósticas de mortalidad SOFA 7 y APACHE-II 18. La mortalidad total hospitalaria durante el ingreso fue del 31,9% (n = 15). De ellos, el 23,4% (n = 11) ocurrió durante la estancia en UCI. De los supervivientes al ingreso en UCI (n = 36) la mortalidad a los tres meses alcanzó el 40,4% (n = 19). La mortalidad estimada por escalas SOFA y APACHE-II fue 18% y 25%, respectivamente. De los pacientes fallecidos (n = 19): el 68,4% (n = 13) presentaban basalmente un ECOG 0-1, el 52,6% (n = 10) un KFS 100-90, el 63,1% una CFS < 3 (n = 12) y en el 68,4% un índice de Charlson > 5 (n = 13). Además, el 84,2% (n = 16) presentaban un SOFA medio 11 y APACHE-II medio 23.

**Conclusiones:** Durante el año 2024 ingresaron 47 pacientes con EOH en el SMI del HGUICR. La mortalidad total de los pacientes seleccionados

por escalas relacionadas con la calidad de vida y fragilidad, fue 31,9% (n = 15), alcanzando un 23,4% (n = 11) durante su estancia en UCI (similar a la estimada por la escala APACHE II) y un 40,4% (n = 19) a los 3 meses del alta de UCI. De ellos, el 68,4% (n = 13) presentaban una alta tasa de comorbilidades, además de un mal pronóstico predicho en el 84,2% (n = 16).

#### 559. ERITROPOYESIS Y EL PACIENTE CRÍTICO: ¿ES EL MOMENTO DE REDEFINIR EL PAPEL DE LA FERROTERAPIA?

Sarmiento Iglesias C y Quintana Díaz M

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

**Objetivos:** Combinar parámetros clásicos y novedosos para la evaluación del metabolismo férrico, siendo estos últimos independientes del estado inflamatorio del paciente, y por tanto útiles en el diagnóstico del déficit funcional de hierro en pacientes críticos. Estudiar cómo se comportan los nuevos parámetros hematimétricos en el paciente crítico y cómo se modifican en función del estado inflamatorio del paciente.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, ambispectivo realizado en la Unidad de Politrauma y Quemados del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario la Paz. Se incluyeron los pacientes ingresados que permitieron un seguimiento de una semana. Se analizaron parámetros hematimétricos clásicos y novedosos (Ret-He y Delta-He), que permiten una evaluación más precisa de la disponibilidad de hierro y la eritropoyesis, al no verse afectados por la inflamación.

**Resultados:** Al ingreso, un 69% de los pacientes presentaban trastornos crónicos. Se observó una alta prevalencia de DFH mediante la medición de la Ret-He y la Delta-He, estando ambos fuera de rango en un 33,33% y en un 45,23% de pacientes respectivamente. A lo largo de su estancia en la UCI, se objetiva un aumento del estado proinflamatorio, así como una tendencia de estos parámetros a su normalización, indicando una mayor actividad eritropoyética a medida que el hierro se incorpora a los reticulocitos. Sin embargo, en torno al 30% de los pacientes persistían con niveles compatibles con DFH. Mediante un modelo de regresión mixta, se observa una relación inversamente proporcional entre la ferritina y los valores de Ret-He y Delta-He y por el contrario, una relación directamente proporcional de estos con los niveles de hierro sérico. Esto, por tanto, nos permite conocer la situación real de la eritropoyesis independientemente del estado proinflamatorio del paciente.

**Conclusiones:** La DFH es un problema significativo en los pacientes críticos y su diagnóstico puede optimizarse utilizando nuevos parámetros, como Ret-He y Delta-He, que podrían integrarse dentro de los programas de gestión de la sangre (*Patient Blood Management*).

#### 560. MORTALIDAD DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FACTORES DE IMPACTO

Malingre Gajino M

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.*

**Objetivos:** Analizar la mortalidad del paciente oncohematológico en UCI, así como el uso de distintos *scores* como predictores de la misma.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo basado en una serie prospectiva analizando todos los pacientes con diagnóstico de tumor sólido o hematológico (no curado) hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el 1 de enero de 2024 al 30 de junio de 2024. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2.3.28.

**Resultados:** Se trata de una muestra de 135 pacientes: 117 (87%) pacientes con tumor sólido y 18 (13%) con neoplasia hematológica. A nivel orgánico, la mayoría de las neoplasias (57, un 42%) eran gastrointestinales. De todos ellos, 41 (30%) ingresaban por motivo médico mientras que 94 (70%) eran quirúrgicos. Dentro de este último grupo, 73 (54%) se intervenían de forma programada. Se realizó el test chi cuadrado para las variables cualitativas, observándose asociación estadística entre los pacientes con neoplasia hematológica y la mortalidad durante el ingreso (p 0,012 con RR 1,4). También se ha evidenciado una mayor mortalidad en los pacientes que ingresaban por motivo médico (p < 0,001 con RR 1,6). Dentro de los pacientes quirúrgicos, también se ha encontrado una mayor mortalidad en los pacientes que se intervenían de forma urgente (p 0,007 con RR 1,2). Con respecto al soporte orgánico, también se ha observado asociación entre la mortalidad y el uso de ventilación mecánica (p 0,007 con RR 1,25), soporte vasoactivo

(p 0,001 con RR 1,3), hemoderivados (p 0,01 con RR 1,26), antibioterapia (p 0,015 con RR 1,22) y terapias de depuración extrarrenal (p 0,02 con RR 3,36). Para las variables cuantitativas se ha realizado el test t de Student, observándose asociación entre la mortalidad y la edad (p 0,027). De los scores registrados, excepto el Índice de Comorbilidad de Charlson, todos los demás han presentado una asociación estadística con la mortalidad, incluyendo: ECOG (p < 0,001 con OR 1,9), Karnofsky (p < 0,001 con OR 0,95), escala de fragilidad (p < 0,001 con OR 2,29), APACHE-II (p < 0,001 con OR 1,16) y SOFA (p < 0,001 con OR 1,4).

**Conclusiones:** Se ha observado mayor mortalidad en los pacientes hematológicos con respecto a los pacientes con tumor sólido en nuestra muestra. También se ha observado asociación en los que ingresan por motivo médico y, dentro de los quirúrgicos, los que se intervienen de forma urgente. La necesidad de soporte orgánico durante el ingreso se ha asociado una mayor mortalidad. Todos los scores salvo el Índice de Comorbilidad de Charlson han resultados buenos predictores de mortalidad.

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 3

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 10

**Moderadora:** *Amanda Lesmes González de Aledo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

#### 561. TROMBOCITOPENIA ASOCIADA A LINEZOLID: IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN RENAL Y MONITORIZACIÓN DE NIVELES SÉRICOS DEL FÁRMACO

Zarza Márquez MDM, Jiménez Sánchez R, García de Guadiana L, Nomdedeu Fernández M, Campos Albert J, Serna Martínez M, Redondo Martínez MJ, Quintana Burgos GE, Rivera Sánchez P y Pérez Piñero SV

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

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre el desarrollo de trombocitopenia y la disfunción renal en pacientes tratados con linezolid, considerando el impacto de la monitorización de los niveles séricos y los ajustes posológicos.

**Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde los meses de mayo a diciembre del año 2024 a los que se les monitorizó niveles séricos, ajustando la dosis. Analizamos las características basales de cada paciente, la existencia o no de disfunción renal (creatinina sérica > 1,2 mg/dL), niveles séricos de linezolid cada 3 días y recuento plaquetario al inicio y a los 5 días de tratamiento. Se define la trombocitopenia como la cifra de plaquetas < 150.000/ $\mu$ L y se establecen 3 grados (leve: 100.000 a 150.000/ $\mu$ L; moderada: 50.000 a 99.000/ $\mu$ L; grave: < 50.000/ $\mu$ L). Análisis estadístico: Las variables se expresan como porcentaje, media e intervalo de confianza del 95% o mediana y rango intercuartil, y la comparación de variables se realizó con test de chi-cuadrado, t-Student o U-Mann-Whitney. Se consideró significativa un valor p < 0,05.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, 36 pacientes recibieron tratamiento con linezolid y se monitorizaron los niveles del fármaco. Edad media: 62,5 años (IC95% 61,8-64,5). Sexo: 61,1% hombres. APACHE II 18,0 (IC95% 15,4-20,6). SAPS II 42,6 (IC95% 36,4-48,7). SOFA máximo 4 (IQR 2-8). El 41,7% de los pacientes tenían algún grado de disfunción renal, con una creatinina media al inicio del tratamiento de 1,21 mg/dl (IC95% 0,9-1,5). El 41,6% (n = 15) de los pacientes desarrollaron trombocitopenia (leve 30,6%, moderada 8,3% y grave 2,7%). Se observa una caída de plaquetas tras inicio de terapia del 64,8% (IC95% 56,3-73,2). Pacientes con disfunción renal presentaron mayor caída de plaquetas (42 vs. 31,8%, p NS). Pacientes con niveles supratrapéuticos tuvieron una mayor caída plaquetaria (40 vs. 35,5%, p NS). La caída de plaquetas en este grupo fue de un 78,1% (IC95% 64,7-91,5), frente a 61,8% (IC95% 51,9-71,6), p NS. Tres pacientes presentaban disfunción renal y niveles

elevados, presentando caídas plaquetarias del 78,1% frente a 64,6% en otros pacientes (p NS).

**Conclusiones:** En la muestra estudiada el desarrollo de trombocitopenia en pacientes tratados con linezolid fue frecuente, observándose mayor caída plaquetaria en aquellos con disfunción renal o niveles supratrapéuticos del fármaco. Este hallazgo requiere estudios con muestras más grandes para su confirmación ya que las diferencias no alcanzaron significación estadística.

#### 562. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO USADO EN INFECCIONES COMUNITARIAS, EXTRA-UCI E INTRA-UCI EN EL HUNSC. ¿SIRVE EL PROA?

Medina Rodríguez JC, Medina Cabrera N, Quintero Torres J, Arantón Martínez J, Marinaro Colonna Á, Finger Kamps MA, Fraga Quintana CR, Ruiz García MC, López Ferraz C y Ayala Durán R

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

**Objetivos:** Analizar cuáles son los ATB más usados y durante cuánto tiempo en el TTO de infecciones comunitarias que ingresan en UCI, hospitalarias extra-UCI e intra-UCI, y evaluar el impacto de los programas PROA y ZERO.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife durante el periodo comprendido entre 1 enero 2021 y 30 junio 2024. Los datos fueron obtenidos de la plataforma ENVIN-HELICS.

**Resultados:** Se analizaron un total de 1.186 pacientes con antibiótico. En 2021, los ATB más usados en infecciones comunitarias fue ceftriaxona (22,4%) y meropenem (13,49%). En las infecciones hospitalarias extra-UCI los más frecuentes fueron: meropenem (20,79%), linezolid (10,8%). En cuanto a las infecciones intra-UCI, los más utilizados fueron meropenem (15,8%), amikacina (11,6%). En 2022, la evolución es similar y continúa siendo los carbapenémicos los ATB más usados tanto en infecciones hospitalarias extra-UCI (22,37%) como intra-UCI (18,69%), con tendencia al alza, destacando un cambio en la prescripción de infecciones comunitarias en las que el meropenem (23,64%) supera a la ceftriaxona (10,9%). En 2023, aunque sigue siendo meropenem el ATB más pautado: comunitarias 16,3%, extra-UCI 17,2%, intra-UCI 16,3%, hay una clara tendencia a la disminución de su uso, a favor de otros ATB: ceftriaxona, levofloxacino y otros betalactámicos para G-. En el primer semestre de 2024, con la implantación en la UMI del PROA y reforzando los programas ZERO, se observa un cambio sustancial por disminución del uso de meropenem, que ya no es el ATB más usado, manteniéndose solo en infecciones extra-UCI y en menor porcentaje (16,6%). En cuanto a la duración del tratamiento ATB, los resultados se ajustan a las recomendaciones de las guías de sociedades científicas en relación a pautas cortas con una duración media en general de 4,5-7,8 días de tratamiento.

**Conclusiones:** El ATB más utilizado en nuestra unidad fueron los carbapenémicos tanto en infecciones hospitalarias extra-UCI e intra-UCI como comunitarias en los años 2022 y 2023. Probablemente sufriendo las consecuencias de la pandemia a nivel de infecciones y BMR. Aunque en el último año los resultados son prometedores sobre el uso de carbapenémicos, habrá que seguir trabajando en ello reforzando las medidas de los proyectos ZERO, incidir en estrategias ampliamente recomendadas hace años como rotación antibiótica, pautas cortas, desescalada, etc. y fundamental, la implantación de un programa PROA en la unidad. En nuestro caso ha tenido gran impacto.

#### 563. 7 AÑOS DE ENVIN HELICS-PROYECTO BACTERIEMIA ZERO. UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON. ¿QUÉ EVOLUCIÓN LLEVAMOS?

Baena Caparrós J, Marquina Escos S, Palmada Ibars C, Selva Armadans I, Rey Pérez A, Novoa Lorenzo E, Izquierdo Lantarón M, Serracanta Domenech J, Barret Nerin JP y Baguena Martínez M

*Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.*

**Objetivos:** Revisar los datos relacionados con Proyecto Bacteriemia Zero (BZ) obtenidos de los pacientes quemados críticos ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d'Hebron (HVH) y revisar su evolución durante los años además de realizar una comparación con el resto de unidades nacionales.

Póster 563

Bacteriemias por catéter	UQHVVH	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Cataluña	Nacional
N.º pacientes	232	23	44	42	23	29	29	42	143.749	911.540
N.º bact cat	19	2	5	4	3	1	2	2	1.239	11.758
Tasa por 100 pac. ingresados	8,19	8,70	11,36	9,52	13,04	3,45	6,90	4,76	0,86	1,29
1.000 días estancia	4,18	5,70	4,83	7,23	3,97	1,21	4,78	3,29	1,58	2,26
1.000 días cvc	4,88	10,75	5,77	7,91	4,92	1,25	5,51	3,59	2,23	2,98
Bacteriemias otro foco	Unidad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Cataluña	Nacional
N.º bact OF	55	3	12	6	6	14	6	8	940	7015
Tasa por 100 pac ingresados	23,71	13,04	27,27	14,29	26,09	48,28	20,69	19,05	0,65	0,77
1.000 días estancia	12,10	8,55	11,58	10,85	7,95	16,95	14,35	13,16	1,2	1,35

**Métodos:** Revisión de los pacientes introducidos quemados críticos desde junio 2018 a diciembre 2024 en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d’Hebron (UQHVVH), recogiendo las tasas para la valoración de proyecto BZ tanto en bacteriemia primaria por catéter como bacteriemia por otros focos.

**Resultados:** Se realizaron 232 registros. Ver tabla de tasas comparación global 2018 a 2024 con Cataluña y UCI nacionales y desglose de tasas de la unidad de quemados durante 2018 a 2024.

**Conclusiones:** 1. Los resultados de las tasas de infección evaluadas en el proyecto BZ de la UQHVVH respecto al resto de unidades; estamos muy lejos de los estándares globales. 2. No disponemos de la comparativa actualmente con otra unidad de quemados para poder auditarlos. Pacientes inmunodeprimidos, sin barrera cutánea, alta complejidad y con procedimientos invasivos frecuentes. 3. En el desglose evolutivo de los últimos 7 años, objetivamos una mejoría clara en las bacteriemias por catéter. 4. En el desglose evolutivo de los últimos 7 años, objetivamos un aumento en las bacteriemias por otros focos con estabilización en los últimos 2 años.

**564. ANÁLISIS DE LA TASA DE MULTIRRESISTENCIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Boscà Martínez B, Herosilla Semikina IA, Viana Marco C, Reig Valero JR, Medrano Encinas J, Gomila Sard B y García Muñoz S

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** Analizar la tasa de microorganismos multirresistentes en nuestra unidad durante el año 2024. Describir la tasa de multirresistencia, así como el tipo de multirresistencia detectado. Analizar el tipo de infecciones causadas por estos patógenos, así como su origen.

**Métodos:** Análisis descriptivo de datos recogidos por equipo PROA UCI en el periodo comprendido entre 1 enero 2024 al 31 enero 2024.

**Resultados:** En 2024 ingresaron en nuestra UCI 1.421 pacientes y en 86 de ellos se detectaron infecciones o colonizaciones por microorganismos multirresistentes (tasa de multirresistencia 6%). En estos pacientes se han descrito 113 patógenos, 89 colonizantes y 23 causantes de infección. El origen de las colonizaciones e infecciones fue especialmente comunitario (59 casos), 18 fueron nosocomial extra-UCI y 35 nosocomiales intra-UCI (31%). Por lo que respecta a los microorganismos multirresistentes, se ha aislado un *C. freundii* en colonización extra-UCI, tres *C. difficile* intra-UCI, seis *E. cloacae*, un *S. epidermidis* intra-UCI, seis SAMR de origen comunitario y una infección comunitaria por *M. tuberculosis*. A destacar en nuestra flora el aislamiento de 45 *E. coli* (38 comunitarias, 3 extra-UCI y 4 intra-UCI), 14 *K. pneumoniae* de origen predominante intra-UCI (6 de ellas) con 4 de origen comunitario y 4 de origen extra-UCI, 13 aislamientos por *P. aeruginosa* mayoritariamente intra-UCI (8 de ellas), 3 comunitarias y 2 nosocomiales extra-UCI. Por lo que respecta al patrón de multirresistencia, predominan las bacterias portadoras de betalactamasas de espectro extendido en 59 casos, sien-

do de origen principalmente comunitario (41 casos). En segundo lugar, otros tipos de multirresistencia con 39 casos, seguido de *P. aeruginosa* multirresistente con 10 casos. Cabe destacar la detección de un único caso de metalobetalactamasas VIM y la ausencia de otras betalactamasas de alto riesgo (KPC, NDM u OXA-48), así como ningún caso de aislamiento por multirresistencia tipo OXA.

**Conclusiones:** En nuestro estudio podemos objetivar la baja tasa de multirresistencia registrada (6%) con una alta tasa de colonizaciones (78%), de origen predominantemente comunitario. En cuanto al tipo de multirresistencia, la tasa de multirresistencia de difícil manejo (carbapenemasas tipo KPC, NMD o tipo OXA, así como VIM) es nula con predominio de multirresistencia tipo betalactamasas de espectro extendido. Con ello puede concluir que las medidas de prevención, así como el diagnóstico rápido y tratamiento eficaz guiado por las recomendaciones diarias del equipo PROA UCI permite un buen control de las multirresistencias en nuestra Unidad.

**565. 7 AÑOS DE ENVIN HELICS-PROYECTO ITU ZERO. UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL VALL D’HEBRON. ¿QUÉ EVOLUCIÓN LLEVAMOS?**

Baena Caparrós J, Marquina Escos S, Selva Armadans I, Palmada Ibars C, Valles Angulo S, Jiménez Alfonso AF, Pérez Rodríguez L, Acuña Vargas MF, Riveiro Vilaboa M y Bagueña Martínez M

Hospital Universitari Vall d’Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Revisar los datos relacionados con Proyecto ITU Zero (IZ) obtenidos de los pacientes Quemados Críticos ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d’Hebron (HVH) y revisar su evolución durante los años además de realizar una comparación con el resto de Unidades nacionales.

**Métodos:** Revisión de los pacientes introducidos quemados críticos desde junio 2018 a diciembre 2024 en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d’Hebron (UQHVVH), recogiendo las tasas para la valoración de proyecto IZ.

**Resultados:** Se realizaron 232 registros correspondientes a los pacientes quemados críticos ingresados. Ver tabla de tasas comparación global 2018 a 2024 con Cataluña y UCI nacionales y desglose de tasas de la unidad de quemados durante 2018 a 2024.

**Conclusiones:** 1. Los resultados de las tasas de infección evaluadas en el proyecto IZ de la UQHVVH respecto al resto de unidades; estamos lejos de los estándares globales con una ratio de uso de SU superior. 2. No disponemos de la comparativa actualmente con otra unidad de quemados para poder auditarlos. Pacientes inmunodeprimidos, sin barrera cutánea, alta complejidad y con procedimientos invasivos frecuentes. 3. Hay una clara mejoría en 2020, que coincide con la realización de acreditación en ITU ZERO durante 2019. 4. En el desglose evolutivo de los últimos 7 años, objetivamos una clara tendencia a la mejoría con un evidente retroceso este último año. 5. Es necesario repetir la formación y acreditación en el Proyecto IZ.

Póster 564

Infec. sonda urinaria	Unidad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Cataluña	Nacional
Nº pacientes	232	23	44	42	23	29	29	42	143.749	911.540
Nº infec SU	22	4	8	1	3	2	1	3	1.473	13.142
Tasa por 100 pac ingresados	9,48	19,39	18,18	2,38	13,04	6,90	3,45	7,14	1,02	1,44v
1.000 días estancia	4,84	11,40	7,72	1,81	3,97	2,42	2,39	4,93	1,88	2,52
1.000 días SU	5,13	17,94	8,08	1,82	4,31	2,44	2,44	5,01	2,44	3,04
Ratio uso SU	0,94	0,64	0,96	0,99	0,92	0,99	0,98	0,99	0,77	0,83

**566. ANÁLISIS DE LAS DOSIS DIARIAS DEFINIDAS (DDD) EN EL USO DE ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Boscà Martínez B, Hermsilla Semikina IA, Viana Marco C, Reig Valero JR, Medrano Encinas J, Gomila Sard B y García Muñoz S

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** Evaluar el consumo de los antimicrobianos según su DDD. Analizar las recomendaciones del equipo PROA UCI y su implicación en la dosis efectiva de los antimicrobianos administrados a lo largo de los años.

**Métodos:** Análisis descriptivo del uso de antimicrobianos y su DDD según las recomendaciones del equipo PROA UCI en los años 2022, 2023 y 2024.

**Resultados:** En general el consumo de antimicrobiano ha resultado ser similar a lo largo de estos tres años (DDD 22 = 7.701,49; DDD 23 = 6.763,66 y DDD 24 = 7.568,44). Desglosando por grupos de antimicrobianos podemos observar una disminución de las DDD en el grupo de cefalosporinas tanto de 1.ª generación, como en las de 2.ª generación, y lo que resulta más llamativo en las de 3.ª generación, principalmente en el uso de ceftazidima (DDD = 20 en 2022 y DDD = 10 en 2024). Sin embargo, sí se evidencia aumento de DDD en el uso de otras cefalosporinas de 3.ª generación como la cefotaxima (DDD 2022 = 232,50 y DDD 2024 = 634,25), la ceftriaxona (DDD 2022 = 335,75 y DDD 2024 = 800) y la ceftazidima/avibactam (DDD = 3,33 en 2022 y DDD = 6 en 2024). Respecto a las cefalosporinas de nueva generación, las de 4.ª (cefepima) como las de 5.ª (ceftarolina) destaca un aumento de las DDD con los años (0 en 2022 y 23,25 en 2024 y DDD 2022 = 38 y DDD 2024 = 57,50, respectivamente). En cambio, se percibe una disminución de las DDD en el caso de ceftolozano/tazobactam (DDD 2022 = 159,33 y DDD 2024 = 109), lo que supone una reducción global de las cefalosporinas de 5.ª generación. En los glicopéptidos sí se objetiva una disminución del consumo hasta la prácticamente la mitad (vancomicina con DDD 2022 = 44,0 y DDD 2024 = 22,50) así como en los lipopéptidos (daptomicina DDD 2022 = 123,39 y DDD 2024 = 76,07) y un menor consumo de linezolid de forma progresiva (DDD 2022 = 743 y DDD 2024 = 620). A destacar también la reducción de consumo de carbapenémicos, principalmente meropenem (DDD 2022 = 1.376,67 y 2024 = 1.066,50). El equipo PROA UCI ofrece un abordaje multidisciplinar para la optimización del uso de antimicrobianos (desescalada, suspensión precoz, ventana terapéutica, farmacocinética, ajuste de dosis o recomendación de cultivos y/o recambio de dispositivos). De los registros que disponemos: en el 2023, 1.229 recomendaciones (47,84% de los pacientes tratados con antibioterapia) y 2024 con 1.199 recomendaciones (51,5% de los pacientes).

**Conclusiones:** Las intervenciones del equipo PROA UCI han favorecido una mayor optimización en el consumo de antimicrobianos reflejado en una disminución de la dosis diaria definida, favoreciendo un empleo más adecuado de los mismos, la ecología del ambiente y cuidando la aparición de multirresistencias.

**567. 7 AÑOS DE ENVIN HELICS-PROYECTO NEUMONÍA ZERO. UNIDAD DE QUEMADOS DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON. ¿QUÉ EVOLUCIÓN LLEVAMOS?**

Baena Caparrós J, Marquina Escos S, Selva Armadans I, Palmada Ibars C, Rey Pérez A, Gómez Brey A, Navas Moya E, Riveiro Vilaboa M, Serracanta Domenech J y Bagueña Martínez M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Revisar los datos relacionados con Proyecto Neumonía Zero (PZ) obtenidos de los pacientes quemados críticos ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Vall d'Hebron (HVH) y revisar su evolución durante los años además de realizar una comparación con el resto de Unidades nacionales.

**Métodos:** Revisión de los pacientes introducidos quemados críticos desde junio 2018 a diciembre 2024 en la Unidad de Quemados del Hos-

pital Vall d'Hebron (UQHVH), recogiendo las tasas para la valoración de proyecto PZ.

**Resultados:** Se realizaron 232 registros correspondientes a los pacientes quemados críticos ingresados. Ver tabla de tasas comparación global 2018 a 2024 con Cataluña y UCI nacionales y desglose de tasas de la unidad de quemados durante 2018 a 2024.

**Conclusiones:** 1. Los resultados de las tasas de infección evaluadas en el proyecto PZ de la UQHVH respecto al resto de unidades; estamos MUY lejos de los estándares globales. 2. No disponemos de la comparativa actualmente con otra unidad de quemados para poder auditarnos. Pacientes inmunodeprimidos, sin barrera cutánea, alta complejidad y con procedimientos invasivos frecuentes. 3. La NAVM es un problema mayor y frecuente en el paciente crítico quemado. 4. En el desglose evolutivo de los últimos 7 años, con una clara mejoría desde la primera valoración en 2018, objetivamos un aumento evidente de las tasas los últimos 2 años.

11:05-11:25 h

**DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 4**

**INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS/SEPSIS/FMO 2**

**Moderador:** Ricardo Gimeno Costa, Hospital Universitari i Politènic La Fe, Valencia

**568. FACTORES DE RIESGO DE SHOCK SÉPTICO EN INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA TRECE AÑOS**

Sánchez Ramírez C<sup>1</sup>, Roldán Furelos L<sup>1</sup>, López Domínguez A<sup>1</sup>, Tout Castellano M<sup>1</sup>, Hipola Escalada S<sup>1</sup>, Sosa Durr MDLÁ<sup>1</sup>, Hernández Viera MA<sup>1</sup>, Lara Franco L<sup>1</sup>, Saavedra Santana P<sup>2</sup> y Romero Luján JL<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Identificar los factores de riesgo de shock séptico en pacientes con infección nosocomial (IN) en una UCI, tras 13 años de aplicación de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron INs, desde el 1 de octubre de 2010 al 30 de septiembre de 2024, en una UCI polivalente de 30 camas. Se utilizaron como criterios diagnósticos de IN los del programa ENVIN-HELICS. Se aplicó DDS a partir del 1 de octubre de 2011 (13 años) a todos los pacientes que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a shock séptico descritos en la literatura. Se realizó un análisis univariado y multivariado de shock séptico. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 4.2.1. Se consideró estadísticamente significativo p < 0,05.

**Resultados:** De un total de 14.695 pacientes ingresados, 449 (43,04%) de los 1.043 que desarrollaron IN, presentaron shock séptico. En los pacientes con shock séptico, la estancia en UCI (p = 0,008) y la mortalidad (p < 0,001) fueron significativamente mayores (tabla). Tuvieron más shock séptico, los pacientes con INs por *Pseudomonas* multirresistente (p > 0,001), enterobacterias beta-lactamasa de espectro extendido

Póster 567										
Neumonías asociadas a VM	Unidad	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Cataluña	Nacional
N.º pacientes	232	23	44	42	23	29	29	42	143.749	911.540
N.º neumonías	59	4	13	5	8	7	6	16	2.162	16.597
Tasa por 100 pac ingresados	25,43	17,39	29,55	11,90	34,78	24,14	20,69	38,10	1,50	1,82
1.000 días estancia	12,98	11,40	12,55	9,04	10,60	8,47	14,35	26,32	2,76	3,19
1.000 días VM	19,71	50,00	16,71	14,45	19,32	10,01	23,72	37,83	5,83	6,45



(BLEE) ( $p = 0,014$ ) y *Acinetobacter baumannii* ( $p = 0,016$ ) (tabla). Los factores estadísticamente independientemente asociados a shock séptico, con  $p > 0,001$ , fueron: técnica de reemplazo renal (TRR) OR: 4,947 (3,680; 6,649), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) OR: 2,378 (1,755; 3,223), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) OR: 1,943 (1,313; 2,876), nutrición parenteral OR: 1,922 (1,356; 2,723) y APACHE II OR: 1,054 (1,033; 1,075).

Tabla 1. Análisis univariado shock séptico

	Pacientes con IN y shock séptico		P
	No N = 594	Si N = 449	
Edad	61.5 ± 13.8	60.2 ± 14.5	0.145
APACHE II	19.8 ± 7.7	21.1 ± 7.4	0.007
DDS	535 (90.1)	398 (88.6)	0.458
Sexo varón	361 (62.7)	323 (73.2)	< 0.001
Paciente Traumático	60 (10.1)	53 (11.8)	0.386
Paciente coronario	124 (20.9)	92 (20.5)	0.868
Cirugía urgente	113 (19.1)	141 (31.5)	< 0.001
Inmunosupresión	68 (11.4)	57 (12.7)	0.53
Neutropenia	19 (3.2)	22 (4.9)	0.159
NP	96 (16.2)	113 (25.2)	< 0.001
DVE	52 (8.8)	38 (8.5)	0.868
TRR	189 (31.9)	221 (49.2)	< 0.001
Desnutrición	54 (9.1)	58 (12.9)	0.047
Diabetes	174 (29.3)	143 (31.9)	0.374
EPOC	76 (12.8)	80 (17.8)	0.024
Insuficiencia renal crónica	103 (17.3)	103 (22.9)	0.024
Cirrosis	20 (3.4)	23 (5.1)	0.156
Neoplasia	55 (9.3)	46 (10.2)	0.594
NAVM	151 (25.4)	219 (48.8)	< 0.001
BRC	223 (37.6)	160 (35.8)	0.549
Bacteriemia secundaria	129 (21.8)	128 (28.6)	0.011
Infección de orina	211 (35.6)	102 (22.7)	< 0.001
ATB 48 horas antes ingreso	160 (27.4)	125 (28.9)	0.59
Éxitus	147 (24.9)	215 (48.0)	< 0.001
<i>Acinetobacter</i>	7 (1.2)	15 (3.3)	0.016
SAMR	8 (1.4)	10 (2.2)	0.28
BLEES	131 (22.1)	129 (28.7)	0.014
<i>Pseudomonas MR</i>	33 (5.6)	58 (12.9)	< 0.001
BGN MR	31 (5.2)	23 (5.1)	0.945
Tipo paciente			0.239
Médico	434 (74.8)	331 (73.9)	
Cirugía programada	75 (12.6)	44 (9.8)	
Cirugía urgente	75 (12.6)	73 (16.3)	
Días en UCI	32 (19; 50)	36 (23; 53)	0.008

**Conclusiones:** En nuestra UCI el 43,04% de los pacientes con IN tuvieron shock séptico. Los factores independientemente asociados a shock séptico fueron: TRR, NAVM, EPOC, nutrición parenteral y APACHE II. Las infecciones por *Pseudomonas MR*, *BLEE* y *Acinetobacter baumannii* y se asociaron de forma significativa a mayor desarrollo de shock séptico. Los pacientes también tuvieron de forma significativa mayor estancia y mortalidad en UCI.

**569. FACTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UCI CON TRECE AÑOS DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA**

Sánchez Ramírez C<sup>1</sup>, Tout Castellano M<sup>1</sup>, Hipola Escalada S<sup>1</sup>, Roldán Furelos L<sup>1</sup>, Sosa Durr MDL<sup>1</sup>, Hernández Viera MA<sup>1</sup>, López Domínguez A<sup>1</sup>, Lara Franco L<sup>1</sup>, Saavedra Santana P<sup>2</sup> y Romero Luján JL<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Identificar los factores asociados con la mortalidad y ver si descontaminación digestiva selectiva (DDS) en pacientes con infección nosocomial (IN) en una UCI tras 13 años se relaciona o no con menor mortalidad.

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron IN desde 1 octubre de 2010 a 30 de septiembre 2024 en una UCI polivalente de 30 camas. Se aplicó DDS desde el 1 octubre de 2011 a los pacientes que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró cefotaxima intravenosa los primeros 4 días y solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina. Se solicitaron muestras rectales y faríngeas, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a mortalidad descritos en la literatura. Los

criterios diagnósticos de IN fueron los del ENVIN-HELICS. Las IN analizadas fueron: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), infección urinaria, bacteriemias por catéter y secundarias. Se realizó un análisis logístico multidimensional para determinar los factores independientes asociados a mortalidad. Se consideró significativo si  $p \leq 0,05$ . Los datos fueron analizados utilizando el paquete R versión 4.2.1.

**Resultados:** De 14.695 pacientes ingresados desarrollaron IN 1.043. De estos 362 (34,7%) fallecieron. El análisis univariado se muestra en la tabla. Los pacientes con INs por *Pseudomonas* multirresistentes (MR) con  $p < 0,001$  y por bacilos Gram negativos (BGN) MR con  $p = 0,035$ , se asociaron con la mortalidad de forma significativa. La aplicación de DDS y la estancia en UCI no tuvieron asociación significativa con mortalidad. Los factores independientes de mortalidad fueron: técnica de reemplazo renal (TRR) OR: 4,395 (3,256; 5,932)  $p < 0,001$ ; inmunosupresión OR: 2,654 (1,726; 4,081)  $p < 0,001$ ; shock séptico OR: 2,122 (1,565; 2,877)  $p < 0,001$ ; NAVM OR: 2,033 (1,478; 2,797)  $p < 0,001$ ; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) OR: 1,917 (1,290; 2,850)  $p = 0,001$ ; APACHE II OR: 1,052 (1,031; 1,073)  $p < 0,001$  y edad OR: 1,022 (1,010; 1,034)  $p < 0,001$ .

Tabla1. Univariado Mortalidad y DDS 13 años

	Vivos N = 677	Muertos N = 362	p
Edad	59.5 ± 14.5	63.7 ± 13.1	< 0.001
APACHE II	19.0 ± 7.2	22.9 ± 7.6	< 0.001
DDS	602 (88.9)	327 (90.3)	0.482
Sexo varón	442 (67.1)	239 (67.5)	0.886
Paciente Traumático	100 (14.8)	13 (3.6)	< 0.001
Paciente coronario	135 (19.9)	80 (22.2)	0.401
Cirugía urgente	165 (24.4)	87 (24.2)	0.941
Inmunosupresión	54 (8.0)	71 (19.7)	< 0.001
Neutropenia	15 (2.2)	26 (7.2)	< 0.001
NP	100 (14.8)	107 (29.6)	< 0.001
DVE	80 (11.8)	10 (2.8)	< 0.001
TRR	171 (25.3)	239 (66.0)	< 0.001
Desnutrición	53 (7.8)	59 (16.3)	< 0.001
Diabetes	180 (26.6)	136 (37.6)	< 0.001
EPOC	78 (11.5)	76 (20.7)	< 0.001
Insuficiencia renal crónica	98 (14.5)	107 (29.6)	< 0.001
Cirrosis	21 (3.1)	22 (6.1)	0.022
Neoplasia	43 (6.3)	58 (16.0)	< 0.001
NAVM	203 (30.0)	166 (45.9)	< 0.001
BRC	264 (39.2)	118 (32.6)	0.037
Bacteriemia secundaria	155 (23.0)	101 (27.9)	0.081
Infección de orina	216 (31.9)	96 (26.4)	0.065
ATB 48 horas antes ingreso	154 (23.3)	131 (37.3)	< 0.001
<i>Acinetobacter</i>	15 (2.2)	7 (1.9)	0.764
SAMR	12 (1.8)	6 (1.7)	0.892
BLEES	157 (23.2)	102 (28.2)	0.077
<i>Pseudomonas MR</i>	44 (6.5)	47 (13.0)	< 0.001
BGN MR	28 (4.1)	26 (7.2)	0.035
Tipo paciente			< 0.001
Médico	476 (70.3)	296 (79.1)	
Cirugía programada	94 (13.9)	24 (6.6)	
Cirugía urgente	107 (15.8)	41 (11.4)	
Respuesta inflamatoria			< 0.001
No sepsis	26 (3.8)	11 (3.0)	
Sepsis	141 (20.8)	37 (10.2)	
Shock séptico	510 (75.3)	314 (86.7)	
Días en UCI	33 (20; 49)	36 (21; 58)	0.112

**Conclusiones:** En nuestra UCI fallecieron el 34,7% de los pacientes con IN. Se asociaron de forma independiente con la mortalidad: TRR, inmunosupresión, shock séptico, NAVM, EPOC, APACHE II y edad. Los pacientes con DDS no tuvieron menor mortalidad. Finalmente, los pacientes con IN por *Pseudomonas MR* y BGNMR tuvieron mayor mortalidad.

**570. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS VARIANTES COVID-19 EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI**

Oñoro Morales AB<sup>1</sup>, Molina Montero R<sup>1</sup>, Ruiz García ÁL<sup>2</sup>, Serrano Ferrer C<sup>3</sup>, Alcázar Sánchez-Elvira LM<sup>1</sup>, Rubio Uriarte V<sup>1</sup>, Parra Martín MDC<sup>4</sup>, Blancas Gómez-Casero R<sup>4</sup>, Nevado Losada E<sup>1</sup> y Rodríguez Serrano DA<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** A lo largo de la pandemia COVID-19 debido a las mutaciones surgieron distintas variantes de SARS-CoV-2, lo que generó gran preocupación por su posible mayor severidad en los pacientes críticos.



El objetivo del estudio fue analizar las características clínicas, evolutivas y gravedad de las distintas variantes en pacientes ingresados en UCI por COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, en una UCI de segundo nivel, desde marzo de 2020 hasta diciembre de 2021. Se recogieron datos demográficos, clínicos y de gravedad de cada tipo de variante de COVID-19. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación estándar, mientras que las variables categóricas, se usaron frecuencias.

**Resultados:** De una muestra total de 345 pacientes incluimos 156 pacientes cuya variante había sido analizada. La edad media fue de 58,8 años y un 63% eran hombres. Se identificaron cinco variantes: Wild type (n = 103), B117 (n = 32), Delta (n = 18), Gamma (n = 1) y sudafricana (n = 2). Los datos de las variantes Gamma y sudafricana son limitados al tamaño muestral por lo que no pueden ser relevantes. La edad, el Charlson y las patologías previas fueron similares en todas las variantes salvo la inmunodepresión que fue ligeramente superior en las variantes B117 y Delta. En cuanto al APACHE II, fue similar en las variantes Wild de 12,81 ± 5,4, y la variante B117 12,47 ± 4,84, siendo el de la variante Delta algo menor 10,6 ± 4,3. El desarrollo de FMO fue del 58,25% de los pacientes con variante wild, el 50% de la variante B117 y el 22% de la variante delta. En relación con la necesidad de ventilación mecánica, el 93,2% de los pacientes de la variante Wild precisaron ventilación mecánica y hasta el 62% de ellos maniobras de pronó. El uso del óxido nítrico fue ligeramente mayor hasta un 22,2% en pacientes con variante Delta. La necesidad de traqueostomía fue del 42,72% en pacientes con variante Wild, siendo del 27,7% en los de la variante Delta y de un 15,65% de la variante B117. La estancia media fue similar en los 3 tipos de variantes, de 19,1 días. La mortalidad total de la muestra fue del 30,77%, siendo mayor en la variante Wild de 38,83%.

	Wild (n 103)	B117 (n 32)	Delta (n 18)	Global (n 156)
Edad media	59,3 ± 11	56,7 ± 10,8	58,6 ± 11,4	58,8 ± 11,2
Sexo (hombre)	61,17%	59,37%	83,33%	63%
Charlson	2,25 ± 1,7	2,38 ± 1,96	2,5 ± 2	2,31 ± 1,78
APACHE	12,81 ± 5,4	12,47 ± 4,84	10,6 ± 4,3	12,5 ± 5,19
Enfermedad pulmonar	13,59%	12,50%	5,56%	12,18%
Enfermedad cardiovascular	7,77%	6,25%	5,56%	7,05%
Obesidad	61,17%	50%	50%	57,69%
Inmunosupresión	3,88%	6,25%	5,56%	4,49%
FMO	58,25%	50%	22,2%	52,56%
Ventilación mecánica	93,2%	81,25%	55,5%	86,54%
Prono	62,14%	53,13%	27,78%	56,41%
Óxido nítrico	12,62%	18,75%	22,22%	15,38%
Soporte vasoactivo	86,41%	71,88%	50%	79,49%
Terapia de reemplazo renal	10,68%	12,5%	5,56%	10,9%
Traqueostomía	42,72%	15,63%	27,78%	35,26%
Estancia media	18,9 ± 19	18,6 ± 15	19,8 ± 23	19,1 ± 18,2
Mortalidad	38,83%	15,63%	11,11%	30,77%

Tabla 1. Parámetros clínicos y de gravedad de las distintas variantes COVID 19.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, la variante Wild mostró mayor gravedad y mortalidad en pacientes críticos en comparación con Delta y B117, que presentaron menor impacto clínico y complicaciones, pudiendo existir posibles diferencias en la gravedad y evolución clínica.

### 571. SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO: PERFIL Y MANEJO EN PACIENTES CRÍTICOS DESDE URGENCIAS

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

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

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con sepsis ingresados en UCI desde Urgencias y evaluar su manejo inicial y pronóstico a corto plazo.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo realizado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitario de Araba. Se incluyeron pacientes ingresados por sepsis desde urgencias entre el 9 de noviembre de 2023 y el 9 de noviembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas, gravedad (SOFA, APACHE II y VIEWS), manejo inicial en Urgencias (control de foco, uso de soportes), y mortalidad intrahospitalaria y a 28 días. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables las cualitativas se expresan como porcentajes.

**Resultados:** Se incluyeron 141 pacientes, con una mediana de edad de 73 años (RIC 63-78), predominio masculino (65,2%) y principales comorbilidades: hipertensión arterial (56%), obesidad (43,3%) y dislipemia (34%). La mediana del APACHE II fue de 23 (RIC 18-26), y del SOFA en UCI, 6 (RIC 4-8). El foco más frecuente fue respiratorio (32,6%), seguido del abdominal (27%) y urológico (20,6%), con un 12,1% de origen desconocido. Un 28,4% requirió control del foco, realizado en el 80% de los casos. En cuanto al soporte, la noradrenalina fue el más utilizado (90,8%), seguido de oxigenoterapia convencional (64,5%) y ventilación mecánica invasiva (20,6%). Solo un 8,5% precisó diálisis. La mortalidad intrahospitalaria fue del 19,1%, con el 77,7% de los fallecimientos ocurriendo en UCI. Se realizó adecuación del soporte vital en el 26,2% de los pacientes.

**Conclusiones:** La sepsis y el shock séptico representan una patología frecuente en UCI, con alta necesidad de soporte orgánico. Aunque la mortalidad intrahospitalaria es considerable, los datos destacan la importancia de un manejo inicial adecuado en Urgencias y un enfoque multidisciplinar para mejorar los resultados.

### 572. ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS REGISTRADAS EN NUESTRO CENTRO SANITARIO Y SU SEGUIMIENTO A LOS 100 DÍAS

Rueda Molina C, Gordillo Resina M, Sánchez García A, Ruiz del Fresno L y Nieto González M

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

**Objetivos:** Analizar los casos de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* (BSA) diagnosticadas en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. En el periodo comprendido desde enero a diciembre de 2023, además de su seguimiento a los 100 días.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los casos de BSA, en un periodo que comprende desde enero a diciembre de 2023 con su seguimiento a los 100 días de la bacteriemia índice, que se extiende hasta abril de 2024. Se lleva a cabo una revisión sistemática de las historias clínicas, estudiando variables relacionadas con las características de la bacteriemia, los antecedentes del paciente, las pruebas diagnósticas realizadas, las complicaciones y la mortalidad.

**Resultados:** Se detectaron un total de 71 BSA. 44 (62%) fueron hombres y 27 (38%) mujeres, con una edad media de 68 años. De estas BSA, 11 (15,5%) fueron Oxa-R, 14 (19,7%) se presentaron como BSA persistente (> 72 h) y 16 (22,5%) se presentaron en situación de sepsis grave o shock séptico. El lugar de adquisición en 35 (49,3%) casos fue asociado a cuidados sanitarios, 24 (33,8%) hospitalarias y 12 (16,9%) comunitarias. El foco de la bacteriemia fue en 19 casos asociados a catéter y 16 a partes blandas. En relación a los antecedentes de interés de los pacientes hubo 27 (38%) Inmunodeprimidos (2 de ellos VIH), 14 (19,7%) con enfermedad renal crónica (4 en diálisis), 14 (19,7%) portadores de dispositivos intracardiacos (6 MP/5 válvulas protésicas/3 DAI), 9 (12,7%) con valvulopatías, 6 (8,5%) hepatopatías crónicas, 1 (1,4%) El previa y 1 (1,4%) ADVP. Se les realizó la escala APACHE II y el índice de Charlson, presentando una media de 14 puntos y 6,37 puntos respectivamente. Como complicaciones presentaron 9 (12,7%) de ellos embolismo cerebral, 1 (1,4%) meningitis y 3 (4,2%) osteomielitis vertebral. Hubo una mortalidad del 46,5% (33), 30 *exitus* durante el ingreso y 3 en los 100 días de seguimiento. En relación a las ecografías transtorácicas, se realizaron en 55 (77,5%) casos, y se realizaron 13 (18,3%) ecografías transesofágicas (ETE). Se diagnosticó de EI definitiva 7 (9,8%) casos, de EI posible 1 caso (fallecido) y se rechazó el diagnóstico de EI en 46 casos. En 17 de las bacteriemias se desconoce el desenlace por fallecimiento sin posibilidad de completar estudio.

**Conclusiones:** La BSA es una entidad de especial relevancia por su frecuencia, prevalencia y gravedad, presentándose en pacientes pluripatológicos y con una elevada mortalidad. Continúa siendo un reto en la clínica diaria, no se ha conseguido reducir de forma significativa su mortalidad y morbilidad asociadas en los últimos 20 años.

**573. MORTALIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE ENDOCARDITIS INFECCIOSAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS DIAGNOSTICADAS EN NUESTRO HOSPITAL**

Rueda Molina C, Gordillo Resina M, Sánchez Calderón A, Ruiz del Fresno L y Nieto González M

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

**Objetivos:** Analizar los casos de endocarditis infecciosa (EI) definitiva secundaria a infección por *Staphylococcus aureus* (SA) diagnosticadas en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria. En el periodo comprendido desde enero a diciembre de 2023, además de su seguimiento a los 100 días.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EI, en un periodo que comprende desde enero a diciembre de 2023 con su seguimiento a los 100 días del diagnóstico. Revisión sistemática de las historias clínicas, estudiando variables relacionadas con las características clínicas del paciente, la bacteriemia, las pruebas diagnósticas, las complicaciones y la mortalidad.

**Resultados:** Durante el periodo comprendido de enero a diciembre de 2023 se diagnosticaron 7 casos de EI por SA, con una edad media de 60 años, el 43% mujeres. El 57% de estas EI se presentaron como bacteriemia por SA persistente (> 72 h) y el 85,7% fueron Oxa-S, con los siguientes focos de bacteriemia: una asociada a catéter, otra osteoarticular y una colecistitis, las 4 restantes de foco desconocido. El lugar de adquisición de la misma fue en el 28,6% de los casos hospitalaria, en otro 28,6% asociada a cuidados sanitarios y un 43% comunitarias. Como antecedentes destacables hubo 5 pacientes inmunodeprimidos, 4 presentaban dispositivos intravasculares (MP, DAI, válvula protésica), 3 valvulopatías previas, 2 hepatopatías crónicas, una enfermedad renal crónica y un adicto a DVP. Se les realizó la escala APACHE II y el índice de Charlson, presentando una media de 12,6 puntos y 5 puntos respectivamente. A la exploración física se registraron fenómenos vasculares en 5 de ellos (émbolos arteriales y lesiones de Janeway) y en un caso fenómenos inmunológicos (nódulos de Osler). Como complicaciones presentaron 5 de ellos embolismo cerebral, una meningitis y una osteomielitis vertebral. De los pacientes incluidos en el estudio hubo una mortalidad del 57%, con *exitus* comprendido entre las 48 h y los 10 días desde la bacteriemia índice. El resto de pacientes continúan vivos a los 100 días del diagnóstico, dos de ellos precisaron cirugía cardiaca.

**Conclusiones:** La relevancia de la bacteriemia y la endocarditis por SA es enorme. La endocarditis infecciosa por SA presenta una alta mortalidad y se presentan en pacientes pluripatológicos, con unos índices altos de mortalidad asociada a las comorbilidades del sujeto. Por ello, la EI se considera un importante problema de salud pública, a pesar de ser una enfermedad poco frecuente.

**574. VARIABILIDAD DE LA TASA DE ITU-SV EN LA UMI DEL HUNSC DESDE 2021 HASTA EL PRIMER SEMESTRE DE 2024**

Fraga Quintana CR, Ruiz García MC, Quintero Torres J, Arantón Martínez J, Medina Rodríguez JC, Medina Cabrera N, Parrilla Toribio DM, Rodríguez Ramos ST, Finger Kamps MA y Martín Velasco M

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

**Objetivos:** Se analiza la variabilidad de las tasas de incidencia de ITU-SV y los cambios en la flora, tras la implantación del proyecto ITU-ZERO en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, entre el 1 de enero del 2021 hasta el 31 de junio de 2024.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de las ITU-SV en los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva, durante el periodo de estudio comprendido entre el 1 de enero de 2021 y 31 de junio de 2024. Los datos se han obtenido de la base de datos ENVIN-HELICS.

**Resultados:** Se analiza 3.612 pacientes ingresados en los años de estudio. La media de edad de 57,74, predominando los varones. El APACHE-II y SAPS-II no presentaron variabilidad significativa. Se objetivó una tasa de ITU-SV por 1.000 días de dispositivos y una ratio de uso de SV de 11,47 y 0,92 el año 2021, 8,3 y 0,86 el año 2022, 5,46 y 0,78 el año 2023 y 6,21 y 0,83 el primer semestre de 2024. Con respecto a los resultados de los cultivos, cabe destacar que en 2021 los gérmenes más frecuentes por eran *E. faecalis* (20,43%), *P. aeruginosa* (15,05%), *C. albi-*

*cans* (12,9%); en 2022 eran *E. coli* (16,67%), *P. aeruginosa* (16,67%), *C. albicans* (13,64%), *E. faecium* (9,09%) y *E. faecalis* (7,58%); en 2023 eran *E. faecalis* (21,88%), *E. coli* (18,75%), *C. albicans* (15,63%), *P. aeruginosa* (15,63%); y en primer semestre del 2024 fueron *E. faecalis* (27,27%), *E. coli* (18,18%), *K. pneumoniae* (13,64%), *Proteus* (9,09%) y *Pseudomona* (9,09%). El tratamiento empírico fue apropiado el 82% de las veces en el año 2021, 77,5% en el año 2022, 76% en el año 2023 y el 92,86% en el 1.º semestre del año 2024.

**Conclusiones:** Al igual que en el resto de España, la ITU-SV es la infección asociada a dispositivo más frecuente en nuestra UMI. Las cifras del año 2021 reflejan aún la pandemia de COVID-19, con una estancia media prologada y un uso aumentado de la sonda vesical, resultando en un aumento en las tasas de ITU-SV. También hubo un cambio en los cultivos, apareciendo los enterococos, tanto *faecalis* como *faecium* en un alto porcentaje, probablemente debido al mayor uso de cefalosporinas en las sobreinfecciones respiratorias de las neumonías por COVID-19. Por ello se iniciaron varias acciones: El impulso de todos los Proyectos-Zero en el periodo postpandemia, rondas de seguridad y el PROA-UMI. Durante los años 2022 y 2023 mejora el porcentaje de uso de la sonda vesical y la tasa de ITU-SV. También se objetiva un cambio en la flora, con mayor presencia de los BGN más habituales en este tipo de infecciones. El tratamiento empírico es adecuado es cercano al 80% en todos los años analizados, mejorando tras el inicio del PROA-UMI.

11:05-11:25 h

**DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 5**

**ÉTICA/DONACIÓN/TRASPLANTES**

*Moderadora: Nuria Masnou Burrello, Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona*

**575. PERFIL DE DONANTES EN UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA: MUERTE ENCEFÁLICA Y DONACIÓN EN ASISTOLIA DURANTE LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS**

Medina Díez S, Pérez Gutiérrez JE, Bustamante Munguira E, Méndez Pascual M, De Pedro Sánchez MÁ, Andrés Curieses C, Velasco Villagarcía A, Calleja Delgado L, Artola Blanco M y Posadas Pita G

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Analizar el perfil de donantes tanto en muerte encefálica como donación en asistolia en los dos últimos años en nuestra unidad, identificar con ello áreas de mejora como disminuir las negativas familiares, desarrollar y aumentar a DA, considerando a pacientes subsidiarios de LTSV y/o prestación de ayuda a morir a través de sesiones en servicios críticos como neumología, neurología y cardiología.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo sin intervención. Desde enero de 2023 a diciembre (fecha actual) 2024, donde se revisaron las historias clínicas de todos los donantes potenciales.

**Resultados:** Durante los años 2023 y 2024, ingresaron 37 pacientes que fueron incluidos y revisados, 9 fueron negativas familiares (44,4% negación en vida). De los 28 pacientes que donaron, 25 fueron en muerte encefálica (89,28%) y 3 donaciones en asistolia (10,71%). Del grupo de muerte encefálica, el perfil del donante en nuestra unidad se presenta en las tablas.

Sexo	68% mujeres 36% varones
Edad media	54,4 años
APACHE II	25
FR	28% fumadores 16% dislipemia 8% neoplasia resuelta 4% FA, AIT previo
Causas de muerte	72% ACVA hemorrágico 16% TCE 4,7% PCR y tumor

En la DA	
Sexo	66,6% mujeres 33,3% varones
Edad media	68,33 años
APACHE II	28,1
FR	33% fumadores
Causas de muerte	33% deterioro cognitivo
	33,3% LTSV
	66,6% prestación ayuda a morir

**Conclusiones:** El perfil donante de nuestra unidad es una mujer de edad mediana con ACVA hemorrágico y antecedentes personales cardiovascular. Las cifras de nuestra unidad son mejorables, se debe potenciar la DA, ya que la muerte encefálica no es suficiente para cubrir las demandas de órganos de nuestra sociedad. Se plantean sesiones sobre la LTSV en servicios con pacientes crónicos como neumología, neurología... El 44,4% de las negativas familiares, corresponde a deseo expreso del paciente en vida, son difíciles de modificar.

### 576. EL SOL ILUMINA CADA DÍA UN MUNDO NUEVO. PASEOS A LA TERRAZA QUE CURAN

Flacha Morales N, Raya Rojas L y Cerezo Arias MDLO

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

**Introducción:** Centrándonos en la infraestructura humanizada (7.<sup>a</sup> medida del Proyecto de Humanización) desarrollamos desde 2021 paseos de pacientes de larga estancia de UCI a la terraza, la cual hemos optimizado con pinturas motivadoras.

**Objetivos:** Implementar los paseos como una terapia más. Garantizar el bienestar y confort del paciente y familia. Acelerar la recuperación. Prevenir el síndrome pos-UCI. Disminuir la incidencia de *delirium*. Minimizar necesidad de analgesia, antipsicóticos y sedantes. Aumentar la colaboración y confianza del paciente y familiares. Satisfacción personal y profesional en los sanitarios de UCI.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 16 pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario de Badajoz entre enero y diciembre de 2024. Variables: sexo, edad, estancia, diagnóstico, satisfacción, necesidad de psicofármacos. Criterios de inclusión: estancia mínima en UCI de 4 días; estabilidad hemodinámica y respiratoria; mayor 9 puntos de Glasgow; consentimiento verbal del paciente y/o familiar; equipamiento: ambú, bala de oxígeno, maletín de soporte vital. Monitor/pulsioxímetro, aspirador portátil de secreciones, ventilador de transporte y bombas de perfusión; personal sanitario acompañante (auxiliar de enfermería, enfermero o intensivista); climatología aceptable. Se individualiza la necesidad y viabilidad del paseo, se programa hora y se avisa a familiares. La duración dependerá de necesidades del paciente.

**Resultados:** Muestra de 16 pacientes (62,5% hombres y 37,5% mujeres) con edad media de 51,25 años. El 75% con estancia mayor de 10 días y el resto menor. El 43,7% shock séptico (18,7% origen respiratorio y 25% abdominal); 37,5% neurocríticos y 18,7% politraumatismos. A la pregunta sobre la percepción de la experiencia, el 100% de pacientes y familiares la calificaron como positiva. 6 pacientes (37%) con psicofármacos previo a la salida. Ningún paciente sufrió *delirium* después de la salida.

**Conclusiones:** La estancia en UCI es un proceso angustioso para pacientes y familiares, produciendo una brusca y total ruptura con la vida cotidiana. Esta terapia demuestra, en este estudio, al igual que en la literatura, ser beneficiosa aumentando el bienestar físico y psicológico, menor incidencia de *delirium* disminuyendo síndrome pos-UCI y aumento del grado de satisfacción del personal sanitario y familias. Este estudio es la antesala a un proyecto donde pretendemos demostrar la relación significativa de las salidas al exterior con la disminución del estrés, seriendo niveles de cortisol en sangre antes, durante y después de la salida.

### 577. ADECUACIÓN DE LA TERAPIA DE SOPORTE VITAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Romero Sánchez AB<sup>1</sup>, López Cortés C<sup>1</sup>, Ros Valverde F<sup>1</sup>, Guerrero Lozano I<sup>1</sup>, Serrano Navarro J<sup>1</sup>, Triviño Hidalgo J<sup>1</sup>, Martín Ruiz JF<sup>2</sup>, Sánchez Jordán P<sup>1</sup> y Cremades Navalón I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

**Objetivos:** El avance de la medicina en los últimos años ha permitido que la supervivencia de las personas aumente. El problema surge cuan-

do la tecnología suplente las funciones vitales de las personas sin un límite claro de cuando iniciarlas o suspenderlas. Por este motivo surge la necesidad de la adecuación de la terapia de soporte vital (ATSV), incluyendo el ingreso o no en unidades de cuidados intensivos (UCI), no iniciar tratamientos agresivos o incluso retirar terapias ya establecidas por la inutilidad de la misma. Los objetivos de esta revisión es sintetizar la evidencia disponible sobre la ATSV, describiendo las prácticas más habituales e identificando los factores que más influyen.

**Métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura entre marzo y abril de 2024 en las bases de datos PubMed y Scopus obteniendo 96 estudios que, tras una exhaustiva lectura, se incluyeron 9. Se siguieron los criterios de calidad PRISMA. Los criterios de inclusión fueron artículos de los últimos 5 años, escritos en inglés y español y población a partir de los 18 años ingresados en UCI, excluyendo aquellos basados en experiencias personales en UCI o de otras especialidades.

**Resultados:** Aquellos pacientes que desafían los criterios de ingreso en UCI y que ponen en duda si llevar a cabo ATSV o no presentan un desafío. Según la literatura, el prototipo de paciente al que se ATSV es un varón de 65 años y cuyas comorbilidades más frecuentes son enfermedad renal crónica, cardiovascular y la neoplásica sólida. Aun así, pacientes con criterios de ATSV reciben procedimientos invasivos, lo que sugiere que el fracaso de las medidas terapéuticas también es un factor para la limitación terapéutica. Las consecuencias es una muerte prolongada y medicalizada. La justificación es que el médico, encuentra en la muerte un fracaso personal siendo más fácil omitir un tratamiento que retirarlo. No obstante, la ATSV se vive como una práctica de buen hacer médico y cuyo objetivo no es brindar la muerte al paciente sino suspender una acción que no lo beneficia e incluso causa agonía, aunque tras la ella sea previsible el fallecimiento. No hay un consenso que establezca factores de peso, lo que fomenta la futilidad y alarga la agonía del paciente.

**Conclusiones:** La adecuación de la terapia de soporte vital es una actividad que presenta dificultades de aplicación, aunque es una de las actividades más repetidas en UCI. Su aplicación no significa necesariamente el fallecimiento del paciente. Son necesarias unas pautas que permitan al médico llevar a cabo esta acción con menor angustia y más garantías, tanto para el paciente como para el propio equipo sanitario.

### 578. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA, PERFUSIÓN ABDOMINAL NORMOTÉRMICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA 2021-2024

Granados Ricaurte JF, Jiménez Tejera G, Martínez Santos E, Bravo Riaño MA, Amieiro Sánchez A, Obando Martínez C, Fernández Díez I, Figueroa Falconi J, Marcano Millán E y Sagredo Meneses V

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

**Objetivos:** Describir los casos de asistolia controlada con perfusión abdominal normotérmica (PAN) en el Hospital Universitario de Salamanca.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, con los datos obtenidos de la base de datos de la Coordinación de Trasplantes del centro asistencial. Se describe la edad, sexo, diagnóstico de muerte, tiempo de asistolia, de isquemia normotérmica, y órganos recuperados para trasplante.

**Resultados:** Se registraron 44 casos de donación en asistolia controlada, de los cuales el 73% (n = 32) corresponden a PAN. Aumento progresivo de los casos de PAN principalmente en los últimos años, con 12 casos en 2024. Edad 59,2 (± 11,8), Sexo masculino 68,4% (50,5-80,2), femenino 31,2% (17,4-49,5). Grupo sanguíneo: A 56,2% (38,5-72,5); O 25% (12,7-43,1); B 12,5% (4,6-29,6); AB 6,25% (1,5-22,5). Diagnóstico de muerte: encefalopatía anóxica 34,4% (19,8-52,6); AVC 34,4% (19,8-52,5) TCE Acc. tráfico 9,4% (2,9-52,6%); 3,15% coche y 6,25% moto); TCE no tráfico 15,6% (6,5-33,1); 6,25% acc. laboral; 6,25% precipitado; 3,12% otros); tumor SNC 3,12 (0,4-20) y otros 3,12 (0,4-20). Lugar extubación del paciente quirófano 93,7% (77,5-98,5) y UCI 6,2% (1,5-22,5). Canulación en quirófano: 100%. Extracción órganos y tejidos: córnea derecha 46,8%; córnea izquierda 50%; páncreas 6,25%; hígado 56,25%; pulmón derecho 18,75%; pulmón izquierdo 18,75%; riñón derecho 81,2% riñón izquierdo 78,12% cartilago 3,12% y hueso 3,12%. Tiempo hasta asistolia: 4,84 (± 3,62). Tiempo de Isquemia caliente: 10,3 min (± 4,12).

**Conclusiones:** La perfusión abdominal normotérmica, aumenta el número de injertos disponibles y a la vez permite ofrecer órganos de mejor calidad, mejorando los tiempos de recuperación de tejidos; con un impacto en el receptor, mejorando la supervivencia del implante. El

hígado es el órgano más beneficiado al reducirse las complicaciones biliares, así como la pérdida de injertos. En el trasplante renal contribuye a reducir la incidencia de retraso en la función inicial del injerto.

**579. IMPACTO DEL CULTIVO DE LÍQUIDO DE PRESERVACIÓN EN EL TRASPLANTE PULMONAR EN EL HOSPITAL DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN**

Febles González LJ, Cabrera Santana ME, Díaz Díaz JJ, Gallardo Santos ME, Machín Vico F, Ramírez Cardozo JL, Sánchez Cesteros C, Tout Castellano M, Anabitarte Prieto MA y Peña Morant V

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

**Objetivos:** El trasplante pulmonar es el tratamiento de elección para pacientes en estado final de su enfermedad pulmonar. Las infecciones en esta población disminuyen de forma significativa su supervivencia. El objetivo de este estudio es el análisis de la infección precoz del injerto y su relación con la infección del líquido de preservación.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo que analiza los datos de 21 donantes con sus respectivos receptores desde julio de 2023 hasta diciembre de 2024. Se analizaron datos clínicos, todos los cultivos disponibles de líquidos de preservación, cultivos respiratorios del donante previos al trasplante y cultivos del receptor durante el posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos. Los pulmones fueron conservados en una bolsa inmersos en líquido de preservación Perfadex® y rodeados por hielo para mantener una temperatura de 4 °C durante el tiempo frío de isquemia para el transporte. Dos muestras de líquido de preservación, una por cada pulmón, se enviaron para cultivo. Todos los pacientes fueron tratados en función a cultivos previos de donante o receptor conocidos previo al trasplante.

**Resultados:** La prevalencia de cultivos positivos del líquido de preservación fue del 98% (41/42). Las frecuencias de microorganismos se muestran en la tabla y figura. El 47,6% (20/42) de las muestras de líquido de preservación fueron polimicrobianas y 15 (23%) fueron positivos para al menos un germen de alto riesgo. Los gérmenes aislados más frecuentes como agentes únicos fueron los *Staphylococcus epidermidis* (32%) y los *Staphylococcus aureus* meticilín sensibles (10%), y un porcentaje del 33% es un cajón de *Staphylococcus* de bajo riesgo.

TABLA DE FRECUENCIA GERMESES

Otros STAPH.	(22/66) 33%
S. Epidermidis	(21/66) 32%
S. Aureus MS	(7/66) 10%
OTROS BACTERIAS	(2/66) 3%
CITROBACTER FREUNDII	(2/66) 3%
CORYNEBACTERIUM SP	(2/66) 3%
SERRATIA SP	(2/66) 3%
STENOTROPHOMONA MALT.	(2/66) 3%
STREPT. PNEUMONIAE	(2/66) 3%
BACILLUS SP.	(1/66) 2%
STREPT MITIS	(1/66) 2%
ENTEROCOC. FAECIUM	(1/66) 2%
ENTEROBACTER CLOACAE	(1/66) 2%

GERMESES LIQUIDO PRESERVACION



- S AUREUS MS
- S. EPIDERMIDIS
- OTROS STAPH.
- BACILLUS SP.
- OTROS BACTERIAS
- CITROBACTER FREUNDII
- CORYNEBACTERIUM SP
- STREPT MITIS
- SERRATIA SP
- STENOTROPHOMONA MALT.
- STREPT. PNEUMONIAE
- ENTEROCOC. FAECIUM

**Conclusiones:** A pesar de la incidencia cercana al 100% de infección del líquido de preservación, la tasa de neumonía relacionada es 0. Dado que la casi totalidad de los líquidos estaban contaminados no nos permite aclarar el debate de si la infección del líquido de preservación se relaciona con aumento de la mortalidad o morbilidad en el paciente trasplantado de pulmón.

**580. EVOLUCIÓN DEL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE DONANTES DE TEJIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA**

Eliche Mozas R, García Gómez IG, Segura González F y Daga Ruíz D

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

**Objetivos:** Analizar características epidemiológicas de los potenciales donantes de tejidos en nuestro centro (HUVV), así como los mecanismos de detección empleados, las contraindicaciones para el procedimiento y los resultados obtenidos.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 433 pacientes ingresados en el HUVV por los cuales se contacta con la Coordinación de Trasplantes tras su fallecimiento para valoración como potenciales donantes de tejidos. Se analizan las activaciones del protocolo que tuvieron lugar desde el 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2024; se recogen características epidemiológicas, principales mecanismos de detección, contraindicaciones para la donación y resultados obtenidos.

**Resultados:** El prototipo de paciente es un varón de 66 años ingresado principalmente en UCI (30%), Oncología (25%) y Urgencias (11%), siendo relevante el pobre porcentaje (4%) en las áreas quirúrgicas. La detección del paciente y el contacto inicial con la Coordinación de Trasplantes sigue siendo efectuado principalmente por la enfermería de planta (48,5%), si bien ha aumentado de forma considerable la activación por parte de médicos (43,5%) pero a expensas de detección por intensivistas (71%), seguido de médicos de urgencias (22%), y en última instancia, los propios coordinadores detectan el 8% de los casos. De las 433 llamadas realizadas a la coordinación existía contraindicación para la donación de tejidos en el 52% de los casos, destacando como principales causas la sepsis no controlada (20%), enfermedades hematológicas (11%) y la estancia en Reino Unido en periodo de exclusión (7%). La entrevista familiar se pudo realizar en el 88% de los casos en los que no existía contraindicación con una tasa de aceptación para la donación del 57%. De entre las negativas para la donación (n:80) destaca en primer lugar la negativa familiar en un 52%, seguido de la negativa del propio paciente en vida en un 25% de los casos. Finalmente se obtuvieron 104 donantes de tejidos (24% de la muestra total), de los cuales donaron solo córneas el 87,5% de los casos posibles y 12,5% multitejidos, incluyendo tejido osteotendinoso y válvulas cardíacas además de las córneas.

**Conclusiones:** Es un proceso poco eficiente dado el elevado número de contraindicaciones y negativas. Con respecto a análisis previos, hay un aumento del porcentaje de activaciones por parte de médicos, si bien la mayor parte de las detecciones siguen siendo efectuadas por enfermería. Es preciso insistir en la formación y concienciación para la donación en áreas de hospitalización donde las activaciones son anecdóticas.

**581. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

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

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Estudio del perfil de pacientes trasplantados hepáticos en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB). Estudio de las complicaciones. Estudio de la mortalidad global.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes trasplantados hepáticos en el HCULB desde enero de 2023 hasta noviembre de 2024. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas, realizando un análisis descriptivo respecto al perfil del paciente trasplantado de hígado, sus complicaciones y resultado final.

**Resultados:** Obtuvimos 44 pacientes trasplantados hepáticos con edad media del receptor de 59,1 años (DE 10,6) y del donante 58,9 años (16,2). Hubo un predominio de varones con un 63,6%. En 32 pacientes (72,7%) los

órganos procedían de donantes en muerte encefálica. La principal indicación del trasplante fue cirrosis de origen enólico (22,7%). La cirugía tuvo una duración media de 5,6 horas (DE 1,3) y fue preciso la transfusión de 2,26 concentrados de hematies y 1,2 g de fibrinógeno. El pico de transaminasas, según el valor de la AST, se obtuvo al ingreso en UCI tras el trasplante con una media de 696,19 UI/L (DE 450,6), mediana de 617, al igual que el de bilirrubina (6,3 mg/dL DE 4,5) y el de lactato (2,9 mg/dL DE 2,1). A las 48 horas se objetivó el nivel de hemoglobina más bajo, 8,9 g/dL (DE 1,9). La coagulopatía, según la actividad de protrombina, fue más acusada al ingreso en UCI con una media de 41,6% (DE 12,8). En el seguimiento, el 23,2% presentaron estenosis biliar, el 13,9% tuvieron fuga biliar y en el 25,5% se colocó una prótesis biliar. Precisarons retrasplante 4 pacientes del total, el 9,3%. La estancia media en UCI fue de 8,3 días (DE 7,8) y fallecieron en total 7 pacientes (16,3%).

**Conclusiones:** El perfil de los trasplantados hepáticos en el HCULB es el de un varón menor de 60 años diagnosticado de cirrosis enólica. En las primeras 24 horas presentan el pico de transaminasas y de lactato con una mayor coagulopatía. Las complicaciones biliares ocurren en menos de la tercera parte de los trasplantados hepáticos, con una tasa ínfima de retrasplantes y fallecimientos.

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 6

### MARCAPASOS/ARRITMIAS/CIRUGÍA CARDÍACA

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

#### 582. EXPERIENCIA EN IMPLANTE DE MARCAPASOS PARA LA RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HUMT

Vila López A, Puente de la Vega J, Iserrn I, Rabaneda M, Falcón A, García Soubriet C, Llòria M, Pérez Madrigal AC, Algarte R y Sánchez González B

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la experiencia en el implante y seguimiento de los pacientes con disfunción ventricular e insuficiencia cardíaca a los que se les implantó un marcapasos para la resincronización cardíaca por los miembros del equipo de marcapasos del Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitari Mútua Terrassa (HUMT).

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo realizado entre el 2016-2023. Se analizaron todos los pacientes a los que se les implantó en el HUMT un marcapasos para la resincronización cardíaca. El proceso de implantación del dispositivo fue llevado a cabo por los miembros del equipo de marcapasos del SMI del HUMT, que desde el año 2007 realizan el implante de marcapasos y Holter, además del seguimiento ambulatorio, de todos los pacientes del área de referencia del HUMT. Acreditados con nivel III por la SEMICYUC. Tras un periodo previo de aprendizaje, tanto teórico como práctico, los implantes se realizaron bajo la supervisión de un electrofisiólogo experto del Hospital de Sant Pau de Barcelona y de la Unidad de Electrofisiología del HUMT. La técnica de implante requería, implante habitual del electrodo en ventrículo y aurícula derechos y a través del seno venoso coronario para el ventrículo izquierdo.

**Resultados:** Se implantaron con éxito un total de 18 marcapasos para la resincronización cardíaca sobre un total de 19 pacientes candidatos desde el año 2016, 5 implantes se realizaron por disfunción ventricular secundaria a estimulación por marcapasos convencional requiriendo *upgrade* a resincronización. Salvo en 1 procedimiento, se requirió la intervención del electrofisiólogo supervisor por dificultad para localizar o canalizar el seno coronario venoso o localizar una vena coronaria adecuada para ubicar el electrodo de ventrículo izquierdo.

**Conclusiones:** La implantación del marcapasos de resincronización cardíaca es un procedimiento complejo que requiere de una curva de aprendizaje adecuada. Consideramos que la curva de aprendizaje ha

sido insuficiente por el escaso número de procedimientos realizados en 8 años. Dados los resultados clínicos descritos en nuestra serie de casos, acordes a lo esperado por las indicaciones de resincronización cardíaca, consideramos que es una terapia necesaria y que probablemente en nuestro centro esté infraindicada. Como alternativa para poder realizar la resincronización cardíaca por unidades de marcapasos similares a la nuestra, consideramos la estimulación del haz de His mediante implante de marcapasos convencional, como una alternativa técnicamente más factible y con una mejor curva de aprendizaje.

#### 583. INFLUENCIA DEL TIPO DE CIRUGÍA CARDÍACA EN EL DESARROLLO DE SHOCK VASOPLÉJICO POS-CEC: MITO O REALIDAD

Barrera Sánchez M, Ruiz de Gopegui Miguelena P, Barros López L, Giménez Lecina J, Noblejas Drouot S, Sampedro Calavia E, Ventura Prado L, Fredes Sin J, Morales Hernández A y Carrillo López A

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Objetivos:** El tipo de cirugía cardíaca desempeña un papel importante en el desarrollo de shock vasopléjico (SV), siendo más frecuente en cirugías con apertura de cavidades que en la cirugía de revascularización coronaria. El objetivo fue analizar la influencia del tipo de cirugía (valvular vs. coronaria o combinada) en el desarrollo de SV en el posoperatorio de Cirugía Cardíaca con CEC.

**Métodos:** Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional, formado por pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca y atendidos posteriormente en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet desde enero de 2021 a diciembre de 2022.

**Resultados:** Desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022 se atendieron en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet 895 pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca y 773 cumplieron los criterios de inclusión en este estudio. La media de edad de la población fue de 67,3 años (DE 10,9), con predominio del sexo masculino (65,7%). Se documentó SV pos-CEC en 94 pacientes (12,2%), con predominio en el sexo femenino (18,5 vs. 8,9%;  $p = 0,000$ ), edad avanzada (69,8 ± 8,9 vs. 66,0 ± 11,0;  $p = 0,001$ ), presencia de hipertensión pulmonar prequirúrgica (52,1 vs. 33,7%;  $p = 0,000$ ) y presencia de SAMR en el frotis epidemiológico prequirúrgico (5,3 vs. 1,8%;  $p = 0,028$ ). Los pacientes que desarrollaron SV presentaban cifras inferiores de tensión arterial prequirúrgica (119 ± 14,0 vs. 125,0 ± 16;  $p = 0,001$ ), tiempos quirúrgicos mayores (tiempo CEC: 117 ± 39 vs. 99 ± 35;  $p = 0,000$ ) y cifras menores de hemoglobina (9,5 ± 1,0 vs. 10,4 ± 1,4;  $p = 0,000$ ) y niveles de lactato más altos al ingreso en UCI (2,2 ± 1,5 vs. 1,7 ± 0,8;  $p = 0,001$ ). También presentaron mayor necesidad de trasfusión de hemoderivados. El tipo de cirugía aplicada se asoció de manera significativa al desarrollo de SV, siendo mayor en cirugías valvulares con apertura de cavidades (14,47% en cirugía valvular o combinada vs. 5,98% en cirugía coronaria;  $p = 0,022$ ). El tiempo de CEC en las cirugías con apertura de cavidades fue mayor que en las cirugías coronarias (media 104 vs. 82 min;  $p < 0,05$ ). En el análisis multivariado, el desarrollo de SV se asoció de forma independiente con la edad, sexo femenino, cifra de creatinina prequirúrgica, tiempo de CEC, nivel de lactato al ingreso en UCI y necesidad de trasfusión, desapareciendo la asociación con el tipo de cirugía.

**Conclusiones:** El tiempo de CEC, la edad, sexo, cifra de creatinina prequirúrgica, nivel de lactato al ingreso y necesidad de trasfusión son factores de riesgo independiente para el desarrollo de SV en el posoperatorio de cirugía cardíaca, no así el tipo de intervención realizada.

#### 584. ¿SE PUEDE PREDECIR EL DESENLACE DE UNA ENDOCARDITIS ANTES DEL QUIRÓFANO?

Corredor Jiménez D

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

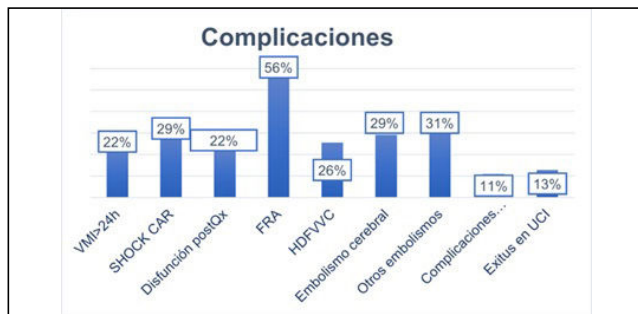
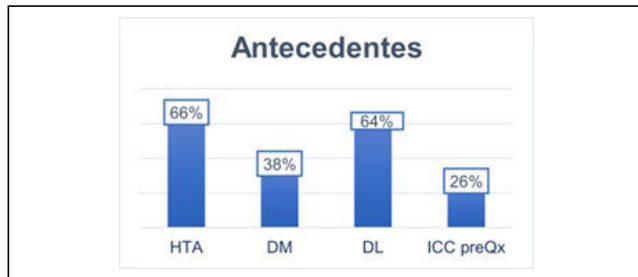
**Objetivos:** La endocarditis infecciosa es una patología grave que, a veces, requiere de cirugía. Existen factores de riesgo que pueden influir en el pronóstico y evolución. El objetivo de este estudio es describir el curso clínico y las variables que pueden influir en él.

**Métodos:** Análisis prospectivo de pacientes ingresados en UCI en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca por endocarditis infecciosa de 2021 a 2024.

**Resultados:** Se incluyeron 55 pacientes con una edad de 74 años (RIC 65-80), el 71% hombres. La mayoría (71%) fueron cirugías electivas, y, en



mayor parte de los casos (85%) estaba afectada una sola válvula. Las figuras muestran la frecuencia de los antecedentes y las complicaciones. No hubo diferencias significativas en la evolución según el sexo. El 25% de los pacientes tenía más de 80 años quienes tampoco presentaron mayor riesgo de complicaciones. La afectación de multivalvular no se relacionó con peor evolución clínica. La insuficiencia cardiaca prequirúrgica fue factor de riesgo para desarrollar disfunción cardiaca ( $p = 0,03$ ,  $RR = 3$ ,  $IC95\% 1,1-7,6$ ) y *shock* cardiogénico ( $p = 0,05$ ,  $RR = 2,3$ ,  $IC95\% 1,1-5$ ). La necesidad de cirugía urgente/emergente fue factor de riesgo para necesitar  $VMI > 24$  h ( $p = 0,001$ ,  $RR = 5,3$ ,  $IC95\% 1,8-15$ ) y para desarrollar *shock* cardiogénico ( $p = 0,012$ ,  $RR = 3$ ,  $IC95\% 1,3-7$ ). Ninguna de las variables estudiadas tuvo una relación estadísticamente significativa con la mortalidad.



**Conclusiones:** No hubo diferencias significativas en la evolución según el sexo. El 25% de los pacientes tenía más de 80 años quienes tampoco presentaron mayor riesgo de complicaciones. La afectación de multivalvular no se relacionó con peor evolución. La insuficiencia cardiaca prequirúrgica fue factor de riesgo para desarrollar disfunción cardiaca ( $p = 0,03$ ,  $RR = 3$ ,  $IC95\% 1,1-7,6$ ) y *shock* cardiogénico ( $p = 0,05$ ,  $RR = 2,3$ ,  $IC95\% 1,1-5$ ). La necesidad de cirugía urgente/emergente fue factor de riesgo para necesitar  $VMI > 24$  h ( $p = 0,001$ ,  $RR = 5,3$ ,  $IC95\% 1,8-15$ ) y para desarrollar *shock* cardiogénico ( $p = 0,012$ ,  $RR = 3$ ,  $IC95\% 1,3-7$ ). Ninguna de las variables estudiadas tuvo relación estadísticamente significativa con la mortalidad.

### 585. EXPERIENCIA EN EL USO DEL HOLTER IMPLANTABLE Y LA MONITORIZACIÓN REMOTA EN LA UCI DE MÉRIDA

Lardelli Picallos S, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Bonilla Fornés E, Tejada Ruiz FJ, Borge Rodríguez G, Peña Luna IM, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

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

**Objetivos:** La monitorización cardiaca continua es una herramienta crucial para la detección y manejo de patologías cardiovasculares. Describir los principales factores basales, motivos de implante, tiempo de registro y diagnósticos registrados en los pacientes monitorizados. Analizar los resultados obtenidos por los distintos dispositivos y tipo de monitorización.

**Métodos:** Serie de casos longitudinal en el que se estudió la distribución de variables basales y resultados obtenidos en 67 pacientes de la UCI de Mérida a los que se les ha implantado un holter en el año 2024. Para valorar la significación estadística entre pares de variables categóricas se aplicó el test  $\chi^2$  cuadrado y el test exacto de Fisher. En las cuantitativas de tiempo se aplicó el test Anova. Análisis: Stata.

**Resultados:** El 48% de los pacientes eran mayores de 70 años. No hubo diferencias en la distribución de dispositivos o monitoreo según

servicio solicitante ni causa del estudio, siendo el 58% Cardiología y el 34% Neurología; principalmente por síncope (52%) e Ictus criptogénicos (24%). En el 53,73% se usó monitorización remota; menos frecuente en octogenarios, pero con similar uso en los dispositivos ConfirmRX, LuxDX o AsserIQ, siendo este el dispositivo más implantado (35%). El registro de síncope fue similar entre dispositivos, pero significativamente mayor en los pacientes con monitorización remota (F 0,27). El diagnóstico más prevalente fue la TSV (8,96%) y solo el 6,15% precisó posteriormente un marcapasos. No se hallaron diferencias significativas en el tiempo de diagnóstico entre dispositivos (79-143 días) ni entre el uso o no de monitorización remota (119-113 días).

**Conclusiones:** Aún con las limitaciones de un estudio observacional, se sugiere que la monitorización remota puede mejorar el seguimiento a largo plazo y se plantea como objetivo para todos los pacientes, especialmente en aquellos con registros sincopales con sospecha de patología cardiaca. Destaca la representatividad en solicitudes por ictus criptogénico. Este es un episodio piloto para estudios posteriores con mayor potencia.

Financiado por: UCI Mérida.

### 586. CIRUGÍA CARDÍACA MAYOR EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Martínez Martínez AI, Loaiza Ortiz D, Gomis Romero A, Suárez Ramos P, Albacete Ródenas P, Arriero Serrano JM y Martín Bautista M

Hospital Universitario Vinalopò, Alicante.

**Objetivos:** En una población envejecida, cada vez más pacientes se someten a cirugía cardiaca, lo que supone un reto para el manejo posoperatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). El objetivo del estudio es describir las variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias que intervienen en la evolución hospitalaria de estos pacientes y conocer la mortalidad.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes mayores de 80 años que fueron intervenidos de Cirugía Cardíaca mayor con y sin circulación extracorpórea (CEC), desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2024 en hospital de referencia en Cirugía Cardíaca de la provincia de Alicante.

**Resultados:** De un total aproximado de 430 cirugías/año, fueron intervenidos 135 (6%), con una edad media de 83 ( $\pm 2$ ) años. El 84% se realizó con asistencia de CEC con una media de 94 ( $\pm 54$ ) minutos, programadas 64% y sobre válvula única 45%. Como antecedentes: diabéticos 24%, anticoagulación crónica 46%, hipertensión pulmonar severa 11% y filtrado glomerular (CKD-EPI)  $< 60$  ml/min 56%. Se intervinieron un 54% hombres y un 46% mujeres, sin movilidad reducida en el 88%. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) preoperatoria por método de Simpson era preservada ( $> 55\%$ ) en 86%. Presentaron fallo ventricular derecho intraoperatorio 5,9%. Se realizó extubación precoz en el 79%, precisando menos de 1 día de ventilación mecánica el 88%. Necesidad de terapia de remplazo renal continuo (TRRC) 5% y reintervención quirúrgica 6%. El tiempo medio de estancia en UCI fue 3,4 ( $\pm 2,7$ ) días, con una mortalidad en UCI del 6% y hospitalaria del 9,5%. Se clasificó la mortalidad hospitalaria por EuroSCORE II para compararla con la estimación preoperatoria.

**Conclusiones:** Los pacientes mayores de 80 años intervenidos de Cirugía Cardíaca, aún representan un bajo porcentaje del total de las cirugías realizadas al año, en su mayoría se realizan con CEC y presentan una mortalidad hospitalaria del 9,5%.

### 587. RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE TAVI DESDE LA PERSPECTIVA DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Martínez Cabezas A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

**Objetivos:** Los tratamientos endovasculares, como el implante de válvula transaórtica (TAVI), en pacientes cardiovasculares de alto riesgo han mejorado su supervivencia y calidad de vida y disminuido la morbilidad en comparación con la cirugía clásica. Sin embargo, no está exento de complicaciones, especialmente debido a la elevada edad media y a las comorbilidades. Una de las más frecuentes son las alteraciones electrocardiográficas (ECG), algunas de las cuales pueden requerir un tratamiento con marcapasos permanente (MPp). En primer

Figura Póster 586

			2020-2024	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
<b>Cirugías</b>			<b>Características intraoperatorias</b>	
Cirugías realizadas	135	100%	Fallo ventrículo	
Programadas	86	64%	Si	10 (8 derecho/2 izquierdo) 7,4% (5,9%/13,5%)
Preferentes	42	31%	No	125 92,6%
Emergentes	7	5%	Tiempo medio CEC	93,53 (±54) min
<b>Tipo de cirugía</b>			<b>Características postoperatorias</b>	
Válvula única	61	45%	Extubación <6h	
Múltiples válvulas	13	10%	Si	108 79%
Cirugía valvular + CABG	24	17%	No	27 21%
CABG sin CEC	22	16%	<b>Días Ventilación Mecánica</b>	
CABG con CEC	1	1%	1 día	119 88%
Otras (SAA, miectomía, CIA...)	14	11%	≥ 2 días	16 12%
			Necesidad soporte vasoactivo >24h	
			Si	31 23%
			No	104 77%
<b>Características preoperatorias</b>			<b>Balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIa)</b>	
<b>Género</b>			Si	7 5%
Hombre	73	54%	No	128 95%
Mujer	62	46%	<b>Transfusión de hematies</b>	
<b>Movilidad reducida</b>			No	55 40%
Si	120	88%	1-2 unidades	50 37%
No	15	12%	≥ 3 unidades	30 23%
<b>Cirugía previa cardíaca</b>			<b>Terapia de reemplazo renal continuo</b>	
Si	12	9%	Si	7 5%
No	123	91%	No	128 95%
<b>Reintervención sobre cirugía previa</b>			<b>Reintervención tras cirugía</b>	
Si	9	7%	Si	9 6%
No	126	93%	- Mediastinitis	1 0,8%
<b>Diabetes Mellitus</b>			- Sangrado/taponamiento	6 4,7%
Si	37	27%	- Deficiencia de sutura externa	2 1,5%
No	98	73%	No	126 94%
<b>Anticoagulación crónica</b>			<b>Implante marcapasos definitivo</b>	
Si	62	46%	Si	11 8%
No	73	54%	No	124 92%
<b>FEVI</b>			<b>Estancia en UCI (media)</b>	3,4 (±2,7) días
≥ 50%	117	86%	<b>Estancia hospitalaria (media)</b>	9,6 (±6,8) días
31-49%	14	11%	<b>Reingreso &lt;30 días</b>	
<30%	4	3%	Si	8 6%
<b>Hipertensión Pulmonar</b>			No	127 94%
No	89	65%	<b>Mortalidad UCI</b>	
Ligera	43	32%	Si	9 6%
Moderada	9	6%	No	126 94%
Severa	14	11%	<b>Mortalidad hospitalaria</b>	
<b>Filtrado glomerular ml/min (CKD-EPI)</b>			Si	13 9,5%
>60	60	44%	No	123 92%
31-60	64	48%	<b>Mortalidad hospitalaria clasificada por EuroSCORE II</b>	
<30	11	8%	≤ 6%	6 5,8%
<b>EuroSCORE II</b>			7-10%	5 20,8%
≤ 6%	104	77%	≥ 11%	2 28,6%
7-10%	24	18%		
≥ 11%	7	5%		

lugar, analizar el porcentaje de marcapasos (MP) permanentes en pacientes que recibieron un implante de válvula transaórtica (TAVI). En segundo lugar, identificar posibles factores de riesgo (FR) asociados a esta complicación.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 36 meses (años 2021 a 2023) que recibieron TAVI en Hospital segundo nivel de Granada (sin cirugía cardíaca). El ingreso y el procedimiento fueron apoyados por intensivistas en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos (UCIc). Variables estudiadas: demográficas, comorbilidades previas, ECG pre y post implantación, incidencia de MP permanente y tasa de mortalidad. Se realizó una prueba t para las variables continuas y una prueba chi<sup>2</sup> para las variables categóricas.

**Resultados:** Registramos 105 implantes de TAVI, todos ellos debido a estenosis aórtica grave. 12 pacientes (11,4%) tenían un MP previo. 3 pacientes (2,85%) fallecieron en el quirófano. 90 pacientes entraron en nuestro estudio, en todos ellos se implantó un marcapasos transitorio (MPT) para el procedimiento a través de la vena yugular interna derecha. Media edad 82,64 años en el grupo sin MP frente a 83,5 años en el grupo con MP. Nivel basal de creatinina (Cr), 1,15 en el grupo sin MP, 1,26 en el grupo con MP. 18 pacientes tenían fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) < 50%, 72 tenían FEVI > 50%. 34 tenían cardiopatía isquémica (CI) previa, 56 no. 12 recibieron valvuloplastia (VP) previa al implante, 78 no. 18 tenían un ECG de base previo con bloqueo de rama derecha (BRD), 78 tenían bloqueo de rama izquierda (BRI) o QRS < 120 ms. 18 necesitaron estimulación del MPT a las 12 horas de la intervención por bradicardia sintomática (bloqueo atrioventricular completo o avanzado), 72 no lo necesitaron. 3 pacientes fallecieron durante el ingreso hospitalario (3,33%) y 3 durante el seguimiento de un año (3,33%). En 28 (31,11%) pacientes se realizó un MP permanente antes del alta hospitalaria.

**Conclusiones:** La tasa de implante de MP en nuestro programa de TAVI fue del 31%.

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 7

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 6

**Moderador:** Pablo Vidal Cortés, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

#### 588. REPORTE Y ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS EN UNA UCI

Aranguren Peñaranda G, Villanova Landete AR, Camaño Fortanet J, Lorente García P, Borja Quiles LM, Bueso Navarro M y Navarro Alcaraz R  
Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio es describir los efectos adversos reportados en nuestra UCI durante un periodo de 12 años. Como objetivo secundario se realizó un análisis de los mismos para identificar debilidades del sistema, evaluar su repercusión en el paciente y valorar el riesgo potencial.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que se analizaron los efectos adversos reportados en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel (Hospital General Universitario de Castellón), entre 2011 y 2023. En cada incidente se recogieron variables demográficas y relacionadas con la notificación del efecto adverso (carga y responsabilidad de la persona que notifica), así como el tipo de incidente. Además, se evaluaron debilidades del sistema contribuyente (relacionadas con el paciente, personal sanitario, tarea, equipo humano, lugar del trabajo,

y organización y gestión) y la repercusión sobre el paciente. Finalmente se evaluó el riesgo potencial de los incidentes utilizando una matriz de riesgos.

**Resultados:** Se reportaron y analizaron un total de 58 efectos adversos. La mayoría (65%) fueron comunicados por un médico adjunto especialista, pero solamente en el 29,3% de los casos el notificador fue el médico responsable del paciente. El tipo de error más común fue la distracción (39,7%), seguido de la falta de conocimiento (24%). Las debilidades del sistema más frecuentes fueron falta de competencia (51,7%), exceso de carga física/mental (50%), y problemas de comunicación (31%). El 52% corresponden a incidentes sin prolongar la estancia hospitalaria. Se analizó el riesgo potencial mediante una matriz de riesgos (tabla).

**Conclusiones:** La notificación previene problemas graves al identificar debilidades latentes del sistema. Ésta generalmente se lleva a cabo por médicos no responsables del paciente. Los errores más comunes son por distracción y falta de competencia, mayoritariamente sin prolongar estancias. La mayoría de los incidentes tienen bajo riesgo.

**589. CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS. ¿ALGO QUE MEJORAR?**

Moreno Sánchez J, Furquet López B, Giménez Pascual J, Blasco Iborra L, Cortés Granell C, Montilla Sánchez R, Faus Camarena M, Martínez Guijarro B, Orta Mira N y Guglieri Soler A

Hospital Francisc de Borja, Valencia.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la formación y la experiencia previa de enfermería en la contaminación durante la extracción de hemocultivos en UCI.

**Métodos:** La tasa de contaminación de hemocultivos en nuestro hospital es elevada: > 5% cuando el rango ideal debería oscilar entre 3-5% de contaminaciones. Debido a esto se han realizado dos intervenciones de formación de enfermería en mayo de 2023 y 2024. Desde el grupo de trabajo de infecciosas junto con Microbiología hemos hecho un estudio retrospectivo observacional de los hemocultivos extraídos en UCI durante el año 2023 y 2024 para evaluar si la tasa elevada de contaminación a nivel hospitalario se da también en UCI e identificar si hay puntos sobre los que hacer una intervención para mejorar las cifras.

**Resultados:** Hemos observado que en nuestra unidad existe una tasa media de contaminación de hemocultivos de 6,63% anual; sin embargo, se trata de una tasa que ha ido variando a lo largo del tiempo y con cifras muy dispares. Al desglosarlo por meses observamos lo que se muestra en la tabla. Como resultado vemos que la formación que se llevó a cabo en mayo de 2023 supuso una importante bajada de la tasa de contaminación de hemocultivos en UCI que se ha consolidado durante el año 2024. Por otra parte, se aprecia que durante el año 2024 hay un repunte de contaminaciones de hemocultivos justo durante los meses de verano coincidiendo con el periodo de sustituciones del personal habitual de UCI que ha sido formado.

**Conclusiones:** La formación de enfermería ha logrado la reducción de la tasa de hemocultivos contaminados en nuestra UCI hasta conseguir encontrarnos en un rango aceptable. La tasa de hemocultivos contaminados aumenta considerablemente durante los meses de verano que coinciden con la incorporación temporal de nuevo personal de enfermería durante este periodo sumado al aumento de la ratio de enfermero-paciente que se produce durante los meses estivales. Se necesita formación específica de enfermería para el trabajo en UCI y sería conveniente la estabilización de la plantilla de sanitarios en servicios especiales como el de Medicina Intensiva.

**590. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y SEGUIMIENTO TRAS ALTA DE SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA**

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

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

**Objetivos:** Identificar y describir una población de pacientes y sus características tras su paso por un servicio de medicina intensiva.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, durante nueve meses de 2024, tras el alta de servicio de medicina intensiva. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, etiológicas, comorbilidades, soportes orgánicos, complicaciones, intervenciones, problemas al alta y desenlaces. Análisis descriptivo de las variables referidas.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 476 pacientes, 61% varones. Edad media de 59 ± 16 años con una estancia en UCI de 10,34 ± 15,49 días y hospitalaria de 23,64 ± 25,65. Según motivo de ingreso: insuficiencia respiratoria 42,2%, deterioro neurológico 27,9%, shock 23,1% y alteraciones metabólicas 5,7%. Ordenado por categorías: séptico 24,6%, respiratorios 22,5%, neurológicos 18,5% y oncohematológicos 10,5%. HTA 47,6%, DL 32,4%, DM 30,3%, obesidad 26,7%. El 37,6% antecedentes de enfermedad respiratoria. El 24,8% era cardiopatas y hasta el 15% presentaban enfermedad renal crónica. Hasta el 22,1% tenían diagnóstico de tumor sólido y un 9,9% diagnóstico de patología hematológica. El 12,4% presentaban hepatopatía crónica. El 17% tenían enfermedad psiquiátrica. El 21,8% eran consumidores de alcohol y hasta el 38,7 consumían otros tóxicos (entre ellos el tabaco). Independientes 80,9% y dependientes 2,7%. Un 63,7% requirió sedación, un 35,5% VMI y 48,3% VMNI. Traqueostomía 11,3%. DVA 61,6% y TDER 8,2%. ENMEC 29,6%. Presentaron delirio un 30% asociado a mayor estancia en UCI 19,45 frente a 6,50 y hospitalaria 36,56 frente a 18,10 (p.000). No encontrando asociación con la mortalidad. Más del 61,6% de enfermos tenían 3 o más problemas al alta. Considerando no ingresables 7,4% e ingresables con limitación 5%. Hubo un 3,8% de ingresos. La mortalidad en UCI fue del 17,8% y la mortalidad al alta fue 8,8%. Un 17,4% precisan seguimiento en unidades de media/larga estancia.

Póster 588

	Riesgo potencial	Riesgo potencial	Riesgo potencial	Riesgo potencial	Riesgo potencial
Probabilidad	No daño	Morbilidad menor	Morbilidad intermedia	Morbilidad mayor	Muerte
Casi cierto	3,45%	0%	0%	1,72%	0%
Probable	15,52%	1,72%	5,17%	0%	0%
Posible	12,07%	15,52%	5,17%	1,72%	0%
Improbable	13,79%	6,90%	5,17%	1,72%	3,45%
Raro	5,17%	1,72%	0%	0%	0%

Póster 589

Hemocultivos contaminados/extraídos 2023 y 2024

	Hemocultivos contaminados (N)	Hemocultivos extraídos (N)	Tasa contaminación (%)
Abril-mayo 2023	10	83	12
Junio-julio 2023	5	70	7,1
Noviembre-diciembre 2023	8	89	8,9
Abril-mayo 2024	1	68	1,5
Junio-julio 2024	7	81	8,6
Noviembre-diciembre 2024	1	60	1,7

**Conclusiones:** Se trata de pacientes comórbidos, de larga estancia, con destacable incidencia de delirio y DAUCI, con elevada mortalidad intra-UCI y mortalidad oculta. Baja tasa de reingresos, con un alto porcentaje de adecuación del esfuerzo terapéutico. Tras el alta un gran porcentaje precisa de ingreso en unidades asistenciales que aseguren la continuidad de los cuidados.

### 591. ACTIVIDADES FUERA DE LA UCI: LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN MÁS ALLÁ DE LOS MONITORES Y VENTILADORES

Hernández Monterroza CE, Brito Piris JA, Rovira Anglés C, Cueto Quintana P, Barahona Coffin ID y Busquets Pou A

*Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.*

**Objetivos:** Resaltar la importancia de la UCI más allá de sus límites físicos, centrando los esfuerzos en la detección e intervención temprana de pacientes en riesgo de deterioro en otras áreas del hospital. Destacar la actividad de los médicos intensivistas y su papel fundamental, promoviendo una atención integral y colaborativa.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Sant Joan de Reus, que analiza las intervenciones fuera de la UCI entre enero y noviembre de 2024. Se incluyeron las consultas registradas en la base de datos de la UCI, derivadas de la activación de la unidad por parte de diversos servicios hospitalarios.

**Resultados:** Se registraron un total de 862 intervenciones, siendo las más frecuentes: valoración del paciente fuera de la UCI (interconsultas); códigos PPT. Se adjunta la tabla con los diferentes tipos de activaciones. Los servicios que generaron el mayor número de activaciones fueron: Urgencias, Digestivo, Oncología y Cirugía General, los cuales representaron el 76,05% del total. La media de pacientes atendidos por día fue de 4,1. Se observó que el día de mayor actividad fue el miércoles, con picos de demanda a las 08:00, 09:00 y 15:00 horas. Se dedicaron 1.309 horas a actividades fuera de la UCI, lo que representa el 16,52% del total de horas trabajadas. Esto equivale a una media mensual de 119 horas y 3,96 horas diarias en promedio semanal. Del total de pacientes, el 16,93% ingresaron a la UCI, siendo la etiología cardíaca la más frecuente.

Categoría	Número	Porcentaje
Interconsulta	400	46.40%
Código PPT	111	12.88%
Otros	92	10.67%
Endoscopia	87	10.09%
Atención paciente post-alta UCI	62	7.19%
Valoración donación	49	5.68%
RCP	15	1.74%
Ecocardiografía	13	1.51%
Estudio hemodinámico	10	1.16%
Atención paciente crítico fuera de UCI*	6	0.70%
Fibrobroncoscopia	6	0.70%
Implantación marcapasos definitivo	5	0.58%
Sedación/Analgesia	4	0.46%
Pericardiocentesis	1	0.12%
Traqueostomía percutánea	1	0.12%
<b>Total</b>	<b>862</b>	<b>100%</b>

**Conclusiones:** Dedicamos una parte importante de nuestra jornada laboral a actividades fuera de la UCI (4 horas/día), lo que requiere la incorporación de más personal para realizarlas. Es fundamental resaltar la importancia de la colaboración interdisciplinaria para detectar de manera precoz al paciente crítico o en riesgo de deterioro. Es crucial aumentar los programas de formación y simulación que integren otras especialidades, con el fin de mejorar la detección y tratamiento inicial. Asimismo, es necesario optimizar el registro de intervenciones para facilitar futuras acciones y mejorar nuestra labor.

### 592. NUESTROS PRIMEROS DATOS DEL SEGUIMIENTO POS-UCI: EL PUNTO DE PARTIDA PARA FUTUROS ESTUDIOS Y OPTIMIZACIÓN DEL SERVICIO

Hernández Monterroza CE, Brito Piris JA, Rovira Anglés C, Cueto Quintana PF, Barahona Coffin ID y Busquets Pou A

*Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.*

**Objetivos:** Analizar los datos demográficos y evolutivos de los pacientes dados de alta de nuestra UCI. Para ello, se clasificaron las etiologías de ingreso y el número de reingresos. Además, se evaluó si la duración de la estancia en la UCI y la intubación orotraqueal durante el ingreso presentan una relación con la mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Sant Joan de Reus entre enero y noviembre de 2024. La UCI es polivalente y dispone de 20 camas. Se incluyó una cohorte de pacientes dados de alta, realizando un seguimiento a través de visitas regulares y revisión detallada de sus historias clínicas para analizar la evolución clínica y las variables asociadas a su estancia en la UCI. Los datos se procesaron utilizando porcentajes, medianas y rangos intercuartílicos.

**Resultados:** Se evaluaron un total de 49 pacientes, de los cuales la mayoría fueron hombres (71,42%). El rango de edad fue de 28 a 89 años, con una mediana de 75 años y un rango intercuartílico de 14 años. La mediana de estancia en la UCI fue de 5 días, con un rango intercuartílico de 9,75 días. En cuanto a la distribución de patologías por frecuencia, la etiología séptica fue la más común (tabla: etiología de ingreso). La mortalidad en esta cohorte fue del 14,28%, distribuida de la siguiente manera: 4 pacientes no tributarios de reingreso a la UCI, un paciente reingresado que falleció en la UCI y 2 pacientes que recibieron limitación de tratamiento en planta de hospitalización.

Categoría	Número de Pacientes	Porcentaje (%)
Sépticos	12	24.49%
Respiratorios	11	22.45%
Cardíacos	8	16.33%
Metabólicos	4	8.16%
Quirúrgicos	5	10.20%
Neurológicos	3	6.12%
Hemorrágico x HVD	4	8.16%
Intentos autolíticos	1	2.04%
Códigos PPT	1	2.04%
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100.00%</b>

**Conclusiones:** La mortalidad de los pacientes fue del 14,28% (7 pacientes). La mayor proporción de decesos correspondió a pacientes con patologías cardíacas (42,85%, 3 pacientes). De los fallecidos, 4 (57,14%) requirieron intubación orotraqueal por más de 72 horas, lo que sugiere un mayor riesgo de mortalidad. Se identificó que la intubación orotraqueal prolongada (> 72 horas) y estancias superiores a 10 días están asociadas con un incremento de la mortalidad.

### 593. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EXTRA-UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ALCORCÓN: EXPERIENCIA TRAS DOS AÑOS

Huerta Palacios V, Prieto Domínguez N, Núñez Gómez A, López Guillén MI, Martín Cuenca T, Godoy Tundidor V, Roviroso Bigot S, Temprano Gómez I, Afonso Rivero D y Ruiz de Luna González R

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.*

**Objetivos:** Describir la actividad fuera de la UCI y evaluar la eficacia en detección de pacientes de riesgo, así como su evolución tras nuestro seguimiento. El objetivo final es demostrar que podemos colaborar a disminuir la morbimortalidad y estancia en el hospital pudiendo prevenir situaciones de mayor gravedad incluso realizando ingresos precoces en UCI.

**Métodos:** Pacientes valorados por la UCI del H.U. de Alcorcón (nivel 2 de la Comunidad de Madrid) entre 15/6/2022 hasta 30/6/2024 que no fueron ingresados tras su primera valoración. Un intensivista analiza cada día los pacientes en observación de urgencias y atiende a los pa-

cientes valorados durante la guardia que no precisan ingresar además de código sepsis activo y oncológicos ingresados subsidiarios de ingreso. Análisis estadístico SPSS.

**Resultados:** Valoramos a 663 pacientes que no ingresamos inicialmente, 419 varones (63,2%). Media de edad 69 años (DE ± 16,4) y mediana 73,7. En urgencias hemos valorado la mayor parte, 397 pacientes (60,5%) seguido de planta de interna donde evaluamos 76 pacientes (11,6%). 114 acabaron ingresando en UCI (17,2%) siendo su mortalidad del 9,1% (10 pacientes) 549 pacientes no pasaron por UCI con mortalidad del 27,1%. El seguimiento mínimo ha sido 1 día y el máximo 57 días siendo la media 1,5. Diagnósticos más frecuentes: insuficiencia respiratoria aguda: 141 pacientes (21,3%); sepsis: 109 (15,5%); PCR intrahospitalaria 32 (4,8%); síndrome coronario agudo: 29 (4,4%). La circunstancia del alta tras nuestra vigilancia fue paso a planta, 329 pacientes (49,62%) siendo medicina interna el servicio que más pacientes recibió (196-29,6%) 2.ª causa fue *exitus*, 159 pacientes en total (24%). 108 enfermos (16,3%) pudieron ser dados de alta desde urgencias. El procedimiento diagnóstico principal fue la valoración clínica del intensivista. La actuación más repetida fue desestimar ingreso en UCI con un total de 186 pacientes (28,1%). Otras: canalizar vías centrales (28 pacientes), vigilancia analítica y ajustar tratamiento en consenso con el médico responsable.

**Conclusiones:** Se ha realizado seguimiento a 663 pacientes en estos 2 años siendo urgencias el principal con 397 pacientes. 110 pacientes ingresaron en UCI y la mortalidad de estos ha sido del 9,1%, inferior al 27,1% de los que no pasaron por UCI, aunque en este grupo se incluyen los 186 pacientes desestimados, que ha vuelto a ser la actuación más repetida. Media de días de seguimiento: 1,5. Causas más frecuentes de finalizar el mismo ha sido el paso a planta con un 49,62% (329 pacientes) y el fallecimiento en 159 pacientes (24%).

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 8

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 7

**Moderador:** Alberto Hernández Tejedor, SAMUR-Protección Civil, Madrid

#### 594. LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI DE LUGO

Álvarez Santeiro L, Ouro Barba J, Peralta GA, Cambiazo de Pedro A, Bueno Sacristán Á, San Barón M, Taboada Fraga X, Villares Casas A, Fernández Rodríguez A y Pastor Marcos D

Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, Lugo.

**Objetivos:** Describir la incidencia y características clínicas de los pacientes en los que se decide Limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) en la UCI del Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo. Relacionar las características y el tipo de LTSV realizado.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de las historias clínicas informatizadas. Se incluyó a los pacientes fallecidos en UCI entre enero y diciembre de 2023. Se recogen datos demográficos, clínicos, motivo de ingreso, tipo de LTSV, FMO SOFA y SOFA 48 h presencia de documento de instrucciones previas (DIP).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio fallecieron 115 pacientes (10,87% ingresos n = 1.057) Se utilizó algún tipo de LTSV en 84 pacientes (73%). Se describen las características demográficas, los AP relevantes, motivo de ingreso y FMO así como la comparación con grupo no LTSV en la tabla. Solo en el 34,5% (29) de los pacientes se registró la LTSV al ingreso. El tipo de LTSV más utilizado fue la retirada de soportes 48,8% (41), no inicio de tratamiento 20,2% (17), 14,3% (12) ingreso con techo terapéutico, 13,1% (11) se solapan varios tipos y en 3,6% No iniciar maniobras de RCP. No se han encontrado diferencias entre los diferentes tipos de LTSV. No existe uniformidad en la LTSV. La extubación se realiza en el 34% (29) de los pacientes. Solo 2 pacientes (1,7%) tenían Documento de Instrucciones Previas (DIP).

	NO LTSV (n = 31; 27%)	LTSV (n = 84; 67%)	p
Sexo (H/M)	20/11 (64,5%/35,5%)	55/29 (73,3%/72,5%)	n.s
Edad	66,3 ± 15,7	70,8 ± 9	n.s
Días UCI	1,6 ± 3,3	9,3 ± 13,1	< 0,001
AP			n.s
No AP	6 (19,4%)	24 (28,6%)	
Cardíaco	15 (48,4%)	21 (25%)	
Respiratorio	3 (9,7%)	8 (9,5%)	
NRL	0 (0%)	8 (9,5%)	
Cáncer	4 (12,6%)	8 (9,5%)	
Gi	1(3,2%)	7 (9,5%)	
Otros	2 (6,4%)	7 (8,4%)	
SOFA	9,7 ± 4,2	9,9 ± 3,6	n.s
SOFA 48 h	14 ± 8-4,3	9,9 ± 3,3	< 0,001
Motivo ingreso			n.s
NRL	4 (12,9%)	18 (21,4%)	
Cardíaco	11 (35,5%)	18 (21,4%)	
Respiratorio	5 (16,1%)	12 (14,3%)	
Sepsis	4 (12,9%)	18 (21,4%)	
Traumatológico	5 (16,1%)	9 (10,7%)	
Otros	2 (6,5%)	9 (10,7%)	
FMO	22 (71%)	69 (82,1%)	n.s

**Conclusiones:** La LTSV es frecuente en nuestra UCI siendo más frecuente la retirada de tratamiento. Existe un alto porcentaje de pacientes sin antecedentes personales al ingreso en UCI en los que se decide LTSV. No existen diferencia entre los diferentes tipos de LTSV. Se observa variabilidad en la LTSV empleada. Existe una baja cumplimentación del DIP entre los pacientes que ingresan en la UCI.

#### 595. ANÁLISIS DE MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

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

**Objetivos:** Análisis de la mortalidad oculta tras el alta de medicina intensiva de un hospital de alta complejidad asistencial.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico, entre diciembre 2023 y junio 2024, de seguimiento de pacientes tras el alta de servicio de medicina intensiva.

**Resultados:** 391 pacientes incluidos, 61% varones. Edad media 60 ± 16. Estancia hospitalaria tras UCI < 3 días 14%, de 4-7 25%, de 8-21 59% y > 21 el 2%. El motivo de ingreso: insuficiencia respiratoria 42,5%, deterioro neurológico 28,6%, *shock* 23%, trastorno metabólico 5,4%. Categorizados como séptico 25,6%, respiratorio 23%, neurológico 18,4%, trastorno metabólico 6,6%, digestivo 5,9%, oncológico 5,4%, hematológico 4,3%. Clasificados por situación funcional como IABVD 79%, PDABVD 18,2%, DABVD 2,8%. Siendo otros aspectos relevantes delirio 32%, DAUCI 30,9%, necesidad de VM 83,1% dividido en VMNI 58% y VMI 42%, SVA 61,1%. Problemas al alta de UCI: 1 problema: 4,9%, 2: 29,9%, 3: 41,7%, 4: 18,9%, 5 o más: 4,6%. Según la limitación al alta se clasificaron en sin LET 87,7%, con restricciones 5,1%, LET 7,2%. Los días de hospitalización tras la UCI fueron menos de 7 días el 39%, entre 8-21 días 59%, más de 22 días 2%. La mortalidad al alta fue del 9%. Al ingreso, los pacientes con *shock* tienen una mortalidad del 16,9%, por categorización oncológicos 40%, hematológicos 23,3%, sépticos 12,2% y según su situación funcional PDABVD o DABVD superior al 20%. La mortalidad por problemas al alta de UCI fue 1 problema: 0%, 2: 1,7%, 3: 11,8%, 4: 12,3%, 5 o más: 29,4%. La mortalidad de los problemas más significativos fue DAUCI 13,3%, deterioro neurológico 14,3%, insuficiencia respiratoria 8,6%, fracaso renal 11,3%. La mortalidad según la limitación por reingresable fue del 5,3% y 57,1% en no reingresables. Dentro de los pacientes reingresables se asociaron con la mortalidad DVA, VMI, DAUCI, IRA, FRA y problemas al alta. La problemática social no asoció con mayor mortalidad. El 7,2% de los pacientes al alta tienen criterios de no reingreso. Se realizó un análisis multivariante incluyendo problemas al alta [OR 2,0 IC95% (1,33-2,99) p 0,001] y situación funcional previa [OR 4,2 IC95% (2,0-9,1) p 0,000], con un AUC para dicho modelo del 0,82.

**Conclusiones:** Nuestra población destaca por su alta mortalidad al alta del servicio de medicina intensiva, con un elevado porcentaje de limitación de esfuerzo terapéutico. Se caracterizan por un perfil de riesgo de mala evolución, con un predominio de pacientes oncohematológicos.



cos. Nuestro modelo predictivo incluye situación de dependencia y número de problemas al alta con una alta capacidad predictiva.

### 596. ACTIVIDAD EXTRA-UCI EN PERIODO DE PANDEMIA (2020-2021) Y POSPANDEMIA (2022-2024): ¿HA CAMBIADO ALGO?

Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Serra Sánchez C, Márquez García A, Sotelo Domarco L, Sanmartino González C, Tarancón Maján C, Monge Donaire D, Marcos Gutiérrez A y Cañizares Ortiz P

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

**Objetivos:** Analizar las diferencias en la actividad extra-UCI entre los periodos 2020-2021 y 2022-2024 por el servicio de Medicina Intensiva en el Complejo Asistencial de Zamora.

**Métodos:** Estudio observacional-retrospectivo. Incluidos un total de 1.223 pacientes atendidos durante el periodo 2020-2021 (486) y 2022-2024 (737) fuera de la UCI en el Hospital Virgen de la Concha (Zamora). Analizados sexo, edad, procedencia, motivo de consulta (MC), tiempo dedicado por paciente y actitud terapéutica.

**Resultados:** El periodo 2020/2021 constó con un 70,98% de pacientes varones y un 29,01% de mujeres, con una edad media de 65,4 años (64,02, 66,86 IC95%) y un tiempo medio de 36 minutos (32,79, 39,21 IC95%) por paciente. La procedencia principal de los mismos fueron Urgencias (53%), M. Interna (21,81%), Digestivo (6,79%), Neumología (5,76%), Cardiología (2,88%), Cirugía (2,67%) y Otros (6,38%). El MC más frecuente fue el respiratorio (37,79%), cardíaco (23,47%), digestivo (9,62%), neurológico (9,38%), sepsis (7,27%), politraumatismos (5,63%), quirúrgico (0,93%) y otros (5,86%). En cuanto a la actitud terapéutica, se decidió actitud expectante en planta en un 47,29% de los casos, considerando no candidatos a un 28% de los pacientes; un 16% resultó en traslado a otro centro y un 4,23% en *exitus* o LET. El periodo 2022-2024 constó con un 65,58% de varones y un 34,41% de mujeres atendidas, con edad media de 67,43 años (66,28, 68,7 IC95%), dedicando una media de 32 minutos (30,38, 33,62 IC95%) por consulta. La procedencia más frecuente fue Urgencias (71,7%), M. Interna (8,84%), Digestivo (6,13%), Neumología (5,99%), Cirugía (1,81%), Cardiología (1,53%) y Otros (6,35%). Los MC más frecuentes fueron cardíaco (29,97%), respiratorio (24,79%), neurológico (10,36%), sepsis (9,94%), digestivo (7,42%), politraumatismos (5,74%), cirugía (3,08%) y otros (8,68%). Un 49,47% de los pacientes se manejaron de manera conservadora, considerando a un 22,58% de los pacientes como no candidatos; un 19,91% resultaron en traslado a otro centro, y en un 7,72% el desenlace fue *exitus* o adecuación del esfuerzo terapéutico.

**Conclusiones:** Los periodos fueron similares en cuanto a edad y tiempo medio por paciente; el 2020/21 contó con mayor número de varones con MC respiratorio procedentes principalmente de Urgencias y M. Interna; en el periodo 2022-24, los pacientes fueron principalmente procedentes también de Urgencias, liderando el MC cardiológico seguido del respiratorio. La decisión de manejo médico en planta fue similar en ambos periodos, destacando un mayor n.º de pacientes considerados como no candidatos en el periodo pandémico.

### 597. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS INGRESADOS EN UCI EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Mejía Lux A, Sansón León S, Peinó Riobo RC, López López J, García Blanco N, Eiras Abalde F, Ionut Ciobanu D, Carbajales Pérez C, Mosqueira Rodríguez D y Posada González MDP

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

**Objetivos:** Comparación retrospectiva de la población mayor y menor o igual de 75 años ingresada en UCI durante los 6 primeros meses del año 2023.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Variables categóricas se describen como % y las continuas como mediana y P25-75. Chi-cuadrado para comparar % de variables cualitativas y t-Student para cuantitativas.

**Resultados:** Analizamos a 199 pacientes,  $\leq 75$  años ( $n = 100$ ) y  $> 75$  años ( $n = 99$ ). En  $\leq 75$  años el 35% mujeres frente 45,5%  $> 75$  años. La mediana de puntuación en la escala de Charlson fue de 3,5 (3-5,25) en  $\leq 75$  años y 5 (4-7) en  $> 75$  años ( $p = 0,013$ ). En  $\leq 75$  años el 93% de los ingresos es por motivo médico, en  $> 75$  años el 86,8%. El APACHE-II al ingreso 12(11-21) en  $\leq 75$  años y  $> 75$  años 16 (8-18) ( $p = 0,007$ ). Antecedentes de HTA  $\leq 75$  años 58% y  $> 75$  años 75% ( $p = 0,012$ ). Tratamiento anticoagulante 15%  $\leq 75$  años y 46%  $> 75$  años ( $p = 0,000$ ). Precisarón

GNAF el 19% de  $\leq 75$  años y el 30% de los  $> 75$  años ( $p = 0,092$ ). Precisarón VMNI el 17% de  $\leq 75$  años y el 27,7% de  $> 75$  años ( $p = 0,115$ ). Precisarón VMI el 37% de  $\leq 75$  años y el 31% de  $> 75$  años ( $p = 0,486$ ). Durante el ingreso sufrió *delirium*: 13% en  $< 75$  años y 16% en  $> 75$  años ( $p = 0,666$ ), la NAVM: 1% en  $< 75$  años/3% en  $> 75$  años ( $p = 0,606$ ). La duración de estancia en UCI fue de 4 (2-10) en  $\leq 75$  años y 4 (1-8,5) en  $> 75$  años ( $p = 0,251$ ). La duración de estancia hospitalaria fue de 10,5 (6-25,3) en  $\leq 75$  años y de 15 (5-29) en los  $> 75$  años ( $p = 0,777$ ). Al alta el 57% de  $< 75$  años no precisó ayuda al alta hospitalaria frente al 41%  $> 75$  años ( $p = 0,039$ ). El 4% de  $< 75$  años precisó institucionalización y el 8% de  $> 75$  años ( $p = 0,362$ ). El 10% de los  $\leq 75$  años fueron *exitus* durante el ingreso comparado con el 27,27% en  $> 75$  años ( $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados durante el tiempo de estudio en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Álvaro Cunqueiro son en su mayoría debido a patologías médicas. La hipertensión y el uso de anticoagulantes son más frecuentes en  $> 75$  años. Los  $> 75$  años presentan mayor *delirium*. Los  $< 75$  años precisaron menos ayuda al alta hospitalaria. La gravedad al ingreso es superior en los  $> 75$  años; Así mismo, esta misma población presenta una mayor mortalidad que aquellos menores de 75 años.

### 598. FACTORES DIFERENCIALES DE EXITUS VS. SUPERVIVENCIA EN PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL ÁLVARO CUNQUEIRO

García Blanco N, López López J, Mejía Lux A, Sansón León S, Peinó Riobo RC, Eiras Abalde F y Posada González MDP

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

**Objetivos:** Evaluar las diferencias en mortalidad y supervivencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en la UCI del HAC entre enero y junio del año 2023.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo. Se compararon variables demográficas, comorbilidades, tratamientos recibidos y complicaciones durante el ingreso entre los pacientes fallecidos (*exitus*) y los supervivientes (no *exitus*). Las variables categóricas se describen como porcentajes (%) y las continuas como mediana y p25-75. Los resultados se analizaron mediante pruebas de chi-cuadrado para comparar variables cualitativas y t-Student para las cuantitativas.

**Resultados:** Analizamos a 199 pacientes, de los cuales *exitus* 18,59% ( $n = 37$ ) y 81,41% ( $n = 162$ ) de supervivientes. En la edad 77 (75-82) frente 75 (71-79),  $p = 0,0162$ . De los antecedentes la Cardiopatía isquémica 33% frente a 16%,  $p = 0,012$ , anticoagulación (43% frente a 24%,  $p = 0,041$ ) tuvieron significación, otras como tabaquismo, hipertensión arterial o dislipemia, no tuvieron significación estadística. El uso de vasopresores: 70% frente a 48,8%,  $p = 0,002$ , la Ventilación mecánica invasiva (VMI): 58,3% frente a 24,4%,  $p < 0,001$  y la administración de antimicrobianos 71% frente a 53%,  $p = 0,022$ ; Scores como Charlson 5 (4-7) frente a 4 (3-6),  $p = 0,001$  y APACHE II 19,5 (13-23) frente a 12 (9-17),  $p < 0,001$  tuvieron significación estadística. No existió significación en las complicaciones infecciosas como bacteriemia y neumonía asociada a ventilación mecánica, escala Rankin o el índice de Barthel aunque tienen relevancia clínica.

**Conclusiones:** La mortalidad fue del 18,59%, los pacientes que fallecen presentan mayor edad, cardiopatía isquémica, uso de anticoagulantes, vasopresores, ventilación mecánica invasiva, el Charlson y APACHE II. No se observaron diferencias significativas en sexo, tabaquismo, hipertensión, dislipemia, complicaciones infecciosas ni escalas como Rankin o Barthel.

### 599. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN SUPERVIVIENTES DE LA PRIMERA OLA DEL COVID-19

López Pérez L

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

**Objetivos:** Analizar la incidencia del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en los pacientes supervivientes a la primera ola del COVID de la UCI de nuestro hospital, valorados en la consulta de seguimiento pos-UCI a los 3, 6 y 12 meses del alta hospitalaria.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo en el que se analizan los resultados obtenidos en la consulta de seguimiento pos-UCI de supervivientes de la primera ola del COVID-19 obtenidos de 3 visitas de seguimiento tras su alta hospitalaria, a los 3, 6 y 12 meses. El TEPT se valora

mediante la Escala de Gravedad de Síntomas que recoge los criterios del DSM IV que constituyen el TEPT (reexperimentación (A) 5 ítems, evitación (B) 6 ítems y activación (4) 4 ítems), valorándose cada uno de ellos de 0 a 3 puntos. Se considera que existe TETP o bien con un síntoma de A, 3 síntomas de B y 2 de C, o bien una puntuación de A  $\geq$  5, B  $\geq$  6 y C  $\geq$  4. Se habla de TEPT incompleto si presentan síntomas de 2 grupos. Además de características demográficas se recogen los resultados de las escalas SF-12 que valora la calidad de vida mental y física, de la escala HAD-ansiedad y depresión y de la escala MoCA que evalúa la situación cognitiva.

**Resultados:** Se evaluaron 24 pacientes a los 3 meses y de ellos 18 a los 6 meses y 21 a los 12 meses del alta hospitalaria. La edad media fue de 54,2 años, siendo 18 varones (75%), con una estancia media en UCI de 22,2 días (DE 20,7) y hospitalaria de 42 días (DE 28,2). La media del APACHE II resultó 8,29 (DE 5,5). De ellos a los 3 meses 3 presentaron un TEPT completo (12,5%) y 1 (4,1%) incompleto; a los 6 meses 1 completo (5,5%) y 1 incompleto (5,5%) y a los 12 meses en 3 se detectó un TEPT completo (14,2%) y 1 incompleto (4,7%). Únicamente 1 paciente presentó un TEPT completo en las 3 evaluaciones. Las puntuaciones de la EGS se recogen en la tabla 1 y las de las escalas SF12, HAD-A, HAD-D y MoCA en la tabla 2.

Media (DE)	Completo/incompleto	EGS total	Reexperimentación	Evitación	Activación
3 meses (n=24)	3 (12,5%)/1(4,1%)	7,25 (8,6)	2,13 (3,7)	2,71 (2)	2,42 (1,5)
6 meses (n=18)	1(5,5%)/1(1,1%)	1,94 (3,2)	2,06 (2,8)	1,39 (1,25)	1,94 (2)
12 meses (n=21)	3 (14,2%)/1 (4,7%)	6,14 (9,1)	1,81 (2,7)	2,33 (3,9)	2,50 (3,6)

**Tabla 1: Casos de TEPT y puntuaciones en la EGS**

Media (DE)	SF12-mental	SF12-física	HAD-A	HAD-D	MoCA
3 meses (n=24)	54,5 (9,6)	35,8 (12,1)	5,83 (3,5)	6 (5,75)	24,7 (3,2)
6 meses (n=18)	55,5 (10,7)	43,2 (10,5)	5,4 (4,1)	3,39 (3,7)	25,5 (2,7)
12 meses (n=21)	53,9 (9,8)	44,2 (9,7)	5,57 (4,6)	4 (4,3)	27 (4)

**Tabla 2: puntuaciones escalas SF12, HAD y MoCA**

**Conclusiones:** La incidencia del TEPT en supervivientes de la primera ola del COVID-19 en nuestro centro fue del 16,6% a los 3 meses del alta hospitalaria, disminuyendo al 11% a los 6 meses, para volver a aumentar al 16,9% a los 12 meses.

11:05-11:25 h

## DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 9

### RESPIRATORIO 3

**Moderador:** Carlos Vicent Perales, Hospital Universitario i Politècnic La Fe, Valencia

#### 600. SEGURIDAD DE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR FIBROBRONCOSCOPIA EN EL ÁREA SUR DE SEVILLA

Pérez Sánchez MV, Acosta Contento JÁ, López Carranza M y Lozano AM

Hospital Universitario Virgen de Valme (C.H.U. Virgen de Valme), Sevilla.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad de la traqueostomía percutánea guiada por fibrobroncoscopia en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Virgen de Valme, analizando complicaciones y duración del procedimiento durante 2024.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo realizado en pacientes adultos en la UCI entre 2024 y enero 2025. Se incluyeron pacientes que requirieron traqueostomía por insuficiencia respiratoria crónica o ventilación prolongada. Se excluyeron aquellos con contraindicaciones para el procedimiento. Se analizaron variables demográficas, tiempo de intubación, complicaciones (mayores y menores) y tiempo de weaning.

**Resultados:** Durante 2024, se realizaron traqueostomías percutáneas guiadas por fibrobroncoscopia en 13 pacientes críticos de la UCI del Hospital Virgen de Valme (9 hombres, 69,23%; 4 mujeres, 30,76%). La edad media fue de 63 años (rango 18-82). Todos los pacientes presentaban ventilación mecánica prolongada, y la principal indicación fue la dificultad para progresar en el proceso de weaning, tras un promedio de 15 días de intubación orotraqueal. El procedimiento fue exitoso en todos los casos, sin complicaciones graves. La fibrobroncoscopia permitió una adecuada visualiza-

ción y localización del tubo traqueostómico, minimizando riesgos. Se registró un solo caso de sangrado peritraqueostomía autolimitado, sin repercusiones hemodinámicas ni hemodinámicas. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia local y sedación, sin contratiempos. Los pacientes fueron monitorizados estrechamente durante las primeras horas posoperatorias y evolucionaron favorablemente. En relación con el weaning, la mayoría de los pacientes (aproximadamente el 70%) presentó condiciones adecuadas para comenzar el destete en las primeras 48 horas tras el procedimiento. Sin embargo, debido a las características clínicas individuales, la mayoría permaneció con ventilación mecánica mediante traqueostomía durante al menos 5 días adicionales antes de iniciar el proceso de decanulación. No se registraron complicaciones respiratorias graves.

**Conclusiones:** La traqueostomía percutánea guiada por fibrobroncoscopia es segura, con baja tasa de complicaciones mayores, y debería considerarse en pacientes críticos. Se necesitan más estudios con muestras más grandes para validar estos resultados y explorar su viabilidad a largo plazo.

#### 601. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA INCIDENCIA DEL VIRUS DE LA GRIPE A EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE EL PERIODO 2023

Navascués Sacristán C<sup>1</sup>, Cuenca Barrero S<sup>1</sup>, Castillo Niell À<sup>1</sup>, Ibáñez Año F<sup>1</sup> y Morales Pedrosa M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>2</sup>Hospital de Santa Caterina de Salt, Girona.

**Objetivos:** Durante los últimos años la incidencia de gripe A ha presentado variaciones. En 2024, se registró un aumento de la incidencia tanto en Cataluña con 195 casos por 100.000 habitantes, como en Girona con 255 casos por cada 100.000 habitantes durante el pico máximo. En 2022-2023, la incidencia máxima fue de 126 casos por 100.000 habitantes. Nuestro objetivo es realizar un comparativo de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Josep Trueta (HJT) y Hospital Santa Caterina de Salt (HSC) con el diagnóstico de neumonía vírica por gripe A, durante el periodo invernal de 2022-2023 y 2023-2024.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo comparativo de todos los pacientes ingresados en las UCI de la provincia de Girona desde febrero a noviembre de 2022-2023 y 2023-2024 con diagnóstico de gripe A mediante pruebas microbiológicas PCR o ELISA. Se registraron datos demográficos, índices de gravedad, complicaciones, coinfecciones, neumonías asociadas a ventilación mecánica, microbiología y tratamiento antibiótico, así como morbimortalidad en el registro nacional de gripe A y COVID-19 de la sociedad española de medicina intensiva (SEMICYUC). Se realizó el análisis descriptivo mediante el cálculo de medias, medianas, promedios y porcentaje de incidencia del total de pacientes recogido durante dicho periodo.

**Resultados:** Se registraron un total de 23 pacientes en el periodo 2023-2024 frente a 7 pacientes en 2022-2023. Respecto a los resultados comparativos, se ven representados en la tabla.

**Conclusiones:** Nuestro estudio pone en evidencia el aumento de la incidencia de la gripe A grave en la unidad de cuidados intensivos en relación con el aumento de la incidencia en la población general. Así mismo, destaca el posible impacto que pueda tener la disminución de la vacunación en la población, y su implicación en la gravedad de los casos registrados. Un porcentaje elevado de los pacientes presentó coinfección bacteriana al ingreso, siendo el *Streptococcus pneumoniae* el más frecuente. También cabe destacar la incidencia de la neumonía asociada a la ventilación mecánica, que no se asocia con aumento de la mortalidad en estos pacientes.

#### 602. ANÁLISIS DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR TRATADOS CON FIBRINOLISIS

Soto García R, Bruna Pividal EI, Sacristán Pérez R, Giménez Contreras MJ, Navarro Martínez J, Arcis Conesa A y Agámez Luengas ÁA

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) tratados con fibrinólisis (alteplasa).

Figura Póster 601

	2023-2024 (n=23)	2022-2023 (n=7)
Edad, años, n (%)	60-64, 7 (30)	60-64, 3 (42)
Sexo, varones, n (%)	19 (82)	2 (28)
Comorbilidades, n (%)	19 (82)	6 (85)
EPOC	9 (36)	0 (0)
Insuficiencia cardiaca	4 (17)	2 (28)
Insuficiencia renal crónica	4 (17)	2 (28)
Obesidad	10 (43)	2 (28)
HTA	9 (39)	5 (71)
<b>Índices de gravedad</b>		
APACHE II, media	15	25
SOFA, media	4	13
Charlson, media	2	2
Estancia en UCI, días, mediana (promedio)	10 (16)	17 (23)
Estancia hospitalaria, días, mediana (promedio)	20 (25)	20 (30)
<b>Vacunación, n (%)</b>		
COVID19	19 (69)	6 (85)
Gripe A	6 (26)	1 (14)
<b>Diagnóstico, n (%)</b>		
Neumonía viral	14 (60)	1 (14)
Coinfección bacteriana	7 (30)	1 (14)
Otros	5 (21)	2 (28)
<b>VM, n (%)</b>		
VMNI	2 (8)	0 (0)
Gafas de alto flujo	2 (8)	0 (0)
Uso de decúbito prono, n (%)	8 (34)	6 (85)
Uso de HDFVVC, n (%)	4 (17)	4 (57)
<b>Tratamiento, n (%)</b>		
Oseltamivir	23 (100)	7 (100)
Antibioterapia	21 (91)	4 (57)
Neumonía asociada a la ventilación mecánica	8 (34)	2 (28)
Mortalidad en UCI, n (%)	4 (17)	4 (57)

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes ingresados de forma consecutiva en UCI con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar tratados con fibrinólisis, entre enero de 2021 y octubre de 2024. Se analizan variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresan como medias  $\pm$  desviaciones estándar, medianas (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Se analizaron un total de 17 pacientes, con edad media  $59 \pm 14$  años, 7 (41%) de los pacientes son hombres y el 10 (59%) mujeres. Se obtiene un índice de Charlson cuya mediana es de 2 (2), Apache II:  $15 \pm 10$  y SAPS II:  $34 \pm 19$ . El índice SOFA calculado al ingreso fue de  $4 \pm 4$ . Seis (35%) pacientes pertenecían al grupo de riesgo alto, 10 (59%) al de riesgo intermedio-alto y uno de ellos (6%) al de riesgo intermedio-bajo, sin existir representación en el grupo de riesgo bajo. Doce (71%) pacientes mostraron disfunción del ventrículo derecho al diagnóstico, perteneciendo 6 (50%) de ellos al grupo de riesgo alto y los otros 6 (50%) restantes al de riesgo intermedio-alto, de los cuales ninguno persistió con dicha disfunción ventricular al alta de hospitalización. Tres del total de los pacientes (18%) mostraron complicaciones hemorrágicas menores, perteneciendo 2 (12%) de ellos del grupo de riesgo intermedio-alto y el restante (6%) al de riesgo alto. Dos (12%) pacientes fallecieron debido a shock obstructivo refractario a tratamiento, ambos del grupo de riesgo alto. Al alta de hospitalización un paciente (6%) mostró hipertensión pulmonar leve, perteneciendo al grupo de riesgo alto.

**Conclusiones:** Los pacientes con tromboembolismo pulmonar tratados con fibrinólisis mostraron buenos resultados en grupo de riesgo intermedio-alto, evidenciando una baja mortalidad y un bajo porcentaje de eventos adversos. Todos los pacientes presentaron resolución de la disfunción ventricular derecha y solo se informó de un caso de hipertensión pulmonar al alta hospitalaria.

### 603. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

García Olmedo J, Palomares Nova G, Ruiz García ÁL y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Describir características clínicas y evolución de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) grave que requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo realizado en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel entre los meses de enero a octubre de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, gravedad por APACHE II, uso de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) e invasiva (VMI), antibioterapia utilizada, aislamientos microbiológicos, complicaciones y mortalidad.

**Resultados:** Ingresaron 37 pacientes, un 81,1% hombres con edad media 57,86 (DE 15,969). El 27% tenía hipertensión arterial, un 29,7% distipemia, un 29,7% diabetes mellitus tipo II. El 32,4% presentaba patología respiratoria previa y el 56,8% eran fumadores activos. La mayoría de los pacientes (94,6%) ingresaron en relación con IRA, con un APACHE II medio de 17,49 (DE 7,67). El 10,8% de los pacientes precisaron de intubación orotraqueal (IOT) al ingreso en UCI y conexión a VMI con una duración media de 22,1 días de soporte respiratorio. El 21,6% de los casos evolucionó favorablemente con VMNI (media de 5,75 días [DE 6,077]), el resto claudicaron y requirieron IOT, > 50% a las 24 horas de ingreso. El 89,2% ingresó en situación de shock con necesidad de soporte vasoactivo y un 35,1% requirieron sesiones de pronó. Solo 4 pacientes requirieron terapia de depuración renal. El tratamiento antibiótico empírico más empleado fue la piperacilina/tazobactam (32,4%), seguido de ceftriaxona  $\pm$  segundo antibiótico en 11 casos. El microorganismo aislado más frecuente fue *S. pneumoniae* en 11 pacientes, en 4 pacientes se aisló *P. aeruginosa*, siendo MDR en dos casos. Hubo un caso de *Burkholderia ceteacea* complex y una única paciente presentó infección por *S. aureus* multis. Dos pacientes resultaron positivo para *H. influenzae* y 1 positivo para SARS-CoV-2. En el 13,5% de los casos no se consiguieron aislamientos microbiológicos. Un 24,3% de nuestros pacientes fallecieron durante su ingreso en UCI, adecuándose el esfuerzo terapéutico en 12 de ellos.

**Conclusiones:** En nuestra muestra un alto porcentaje eran fumadores. La mayoría de pacientes ingresaron en situación de gravedad con un APACHE-II alto y necesidad de intubación orotraqueal a pesar de inicio de soporte con VMNI. Aunque el microorganismo más aislado fue *S. pneumoniae* la *P. aeruginosa* son cada vez más frecuentes en nuestra UCI. La mortalidad de nuestra muestra por insuficiencia respiratoria aguda por neumonía fue elevada.

### 604. SALBUTAMOL EN NEBULIZACIÓN CONTINUA: EFICACIA DE SU USO EN PACIENTES CRÍTICOS

Casteres Cortiñas I, Velayos Amo C, Roca García L, Villarroel Escalante M y Guerra Sampedro J

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico de pacientes en nuestra UCI del Hospital Universitario de Fuenlabrada tratados con salbutamol en nebulización continua, con énfasis en los resultados relacionados con el tratamiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en UCI tratados con salbutamol en nebulización continua (SNC) de mayo del 2023 a septiembre del 2024. Se incluyen las siguientes variables: Demográficas: edad, sexo, IMC. Clínicas y fisiológicas: SAPS 3, APACHE II, antecedentes respiratorios, antecedentes cardiológicos, hábito tabáquico. Relacionadas con la UCI y tratamiento: días de ingreso en UCI, motivo de ventilación mecánica, días de ventilación mecánica, presencia de auto-PEEP, uso de relajación muscular, manejo en pronó, indicación de traqueostomía, inicio y fin del tratamiento con SNC, duración total del tratamiento, uso concomitante de corticoides, *exitus*. Se realiza un

análisis descriptivo con el *software* SPSS. Se calcularon medias, desviaciones estándar y rangos para las variables continuas y frecuencias relativas para las variables categóricas.

**Resultados:** Se incluyeron 8 pacientes tratados con SNC. La edad media fue de 67,25 años, siendo la mayoría de los pacientes mujeres (75%), con un IMC medio de 28,5. La puntuación media de SAPS 3 fue de 51,13 y la de APACHE II de 20,13. En cuanto a los factores de riesgo, el 100% presentaba antecedentes respiratorios (75% EPOC, 25% asma). El motivo principal de ventilación mecánica fue insuficiencia respiratoria aguda y la duración media de la ventilación fue de 13,13 días. El tratamiento con SNC fue iniciado a los 1-2 días de ingreso en UCI, con duración media del tratamiento de 3,63 días. Todos los pacientes recibieron terapia concomitante con corticoides durante su estancia en UCI. De los pacientes tratados, un 12,5% tuvo complicaciones relacionadas con el manejo respiratorio, como neumonía asociada a ventilación mecánica con necesidad de traqueostomía y otro 12,5% hipoxemia persistente con necesidad de ciclo de pronó. El desenlace fue un 25% de *exitus* y un 75% de alta.

**Conclusiones:** Este estudio descriptivo retrospectivo proporciona una visión preliminar sobre las características de los pacientes tratados con salbutamol en nebulización continua en la UCI. A pesar de la limitación del tamaño muestral, los resultados sugieren que este tratamiento se utiliza en pacientes con ventilación mecánica prolongada y grave compromiso respiratorio, sin presentar efectos adversos importantes. Se requiere más investigación para evaluar su eficacia a largo plazo y su impacto en el desenlace clínico de estos pacientes.

**605. RELACIÓN ENTRE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO (ATM) INICIAL Y DESENLACES CLÍNICOS EN NEUMONÍAS EN UCI**

Morocho Guadalima AP, Aguilera García C, Raya Rojas L y Pérez Frutos MD  
*Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.*

**Objetivos:** Determinar si la adecuación del tratamiento antimicrobiano (ATM) inicial está asociada con características clínicas (edad, PaFi al ingreso) y desenlaces clínicos (días de ventilación mecánica (VM) y mortalidad hospitalaria) en pacientes con neumonías comunitarias (NAC) y nosocomiales (NN) ingresados en UCI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y unicéntrico con registros médicos de UCI del Hospital Universitario de Badajoz durante el 1 de enero a 30 de septiembre de 2023. De un total de 1.272 pacientes, 71 cumplieron los criterios de inclusión: mayores de 18 años, diagnóstico de neumonía al ingreso en UCI. Excluidos pacientes menores de 18 años con otros diagnósticos y sin ingreso en UCI. Las variables incluidas fueron: edad, sexo, tipo de neumonía: NAC o NN, PaFi al ingreso, ATM adecuado (antimicrobiano activo frente al microorganismo identificado), días de VM y mortalidad. Los datos fueron recogidos en una base de datos en Excel y analizados en el *software* estadístico JAMOV versión 2.3.28. Las variables continuas (edad, PaFi al ingreso y días de VM) se calcularon por medianas y se compararon entre grupos utilizando la U de Mann Whitney. Para las variables categóricas (mortalidad y tipo de neumonía) se utilizaron pruebas de  $\chi^2$ . La relación entre la adecuación del ATM y desenlaces clínicos: mortalidad y días de VM, se evaluó mediante regresión logística (significancia estadística  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** En 71 pacientes con neumonía ingresados en UCI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la adecuación del ATM inicial y la edad ( $p = 0,21$ ), PaFi al ingreso ( $p = 0,86$ ), días

de VM ( $p = 0,37$ ), mortalidad ( $p = 0,52$ ) o el tipo de neumonía ( $p = 0,11$ ). La regresión logística tampoco mostró una relación significativa entre la adecuación del ATM y los desenlaces clínicos, con OR cercanas a 1 para edad, PaFi al ingreso y días de VM ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** No se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la adecuación del tratamiento antimicrobiano inicial y la PaFi al ingreso, los días de ventilación mecánica, la mortalidad hospitalaria o el tipo de neumonía (comunitaria o nosocomial). No se tomaron en cuenta para este estudio la etiología de las mismas. Los hallazgos reflejan la necesidad de seguir investigando otros factores de influyen en los desenlaces clínicos de los pacientes con neumonías en UCI.

11:05-11:25 h

**DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 10**

**TRAUMATISMOS 2**

*Moderadora: Judith Gutiérrez Gutiérrez, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

**606. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA GRAVE EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE NIVEL III EN LOS AÑOS 2022, 2023 Y 2024**

Quirós Aguirre C, Rincón Ferrari MD, Vázquez Vicente A, Bellido Alba R, Villarrasa Clemente FM, Delgado Barroso A y Amaya Villar R  
*Hospital Universitario Virgen del Rocío (C.H.U. Virgen del Rocío), Sevilla.*

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en nuestra UCI con el diagnóstico de traumatismo grave. Conocer los cambios epidemiológicos que pueden producirse a lo largo del tiempo.

**Métodos:** Se incluyen los pacientes ingresados en nuestra UCI neurotraumatológica desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de junio del 2024 con el diagnóstico de traumatismo grave (puntuación de Trauma Score Revisado-TSR- de 11 puntos o menos y/o con una escala de gravedad lesional Injury Severity Score -ISS- de 16 puntos o más). Se lleva a cabo un análisis descriptivo de la muestra completa y dividida por años, analizando las siguientes variables: edad, sexo, tipo de traumatismo (abierto o cerrado), mecanismo lesional, escalas de gravedad relacionadas con el trauma (TSR, GCS e ISS). Se incluyen también los días de ingreso en UCI, de ingreso hospitalario y mortalidad en UCI.

**Resultados:** Pacientes incluidos: 300 pacientes (104 en 2022; 145 en 2023; 51 en 2024). Edad media: 47,5 años (46,5 años en 2022; 51 años en 2023; 45 años en 2024). 82,7% hombres (80,6% en 2022; 79,8% en 2023; 86,3% en 2024). 96% de traumatismos cerrados (92,8% en 2022; 96% en 2023; 100% en 2024). Media de GCS: 10,3 puntos (9,9 en 2022; 11 en 2023; 9,7 en 2024). Media de TSR: 10 puntos (9,9 en 2022; 10,5 en 2023; 9,5 en 2024). Media de ISS: 28,2 puntos (25,6 en 2022; 26 en 2023; 27,5 en 2024). Estancia media en UCI: 17 días (14 en 2022; 16 en 2023; 11 en 2024). Estancia hospitalaria media: 44 días (34 en 2022; 50 en 2023; 20 en 2024). Mortalidad en UCI: 4,6% (6% en 2022; 3,5% en 2023; 5,6% en 2024).

Figura Póster 605

**Tabla 1.**  
**RELACIÓN ENTRE LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO (ATM) INICIAL Y DESENLACES CLÍNICOS EN NEUMONÍAS EN UCI.**

	Total	SI Adecuación de ATM	NO Adecuación de ATM	p valor	OR (IC 95%)	p valor
Edad	71	62	62	0,21	0,95 (0,88 a 1,02)	0,79
Sexo (M/F)	43 / 28	24 / 15	6 / 3	-	-	-
PaFi al ingreso	192	186	183	0,86	0,99 (0,99-1,01)	0,18
Días de VM	6	7	2	0,37	1,04 (0,95-1,15)	0,34
Mortalidad (Si/No)	19 / 52	9 / 30	3 / 6	0,52	-	-
Neumonías (NAC/NN)	38 / 33	19 / 20	7 / 2	0,11	-	-



Área lesionada	Total	2022	2023	2024
Trauma craneoencefálico	71%	75%	66%	76,5%
• AIS ≥ 4	71,3%	75%	69%	71,8%
Trauma cara	37,7%	33%	28%	37,3%
Trauma cuello	12%	5%	13,5%	17,6%
Trauma raquímedular	28,3%	28%	28%	
Trauma torácico	53,7%	55%	51%	54,9%
• AIS ≥ 3	80,7%	85%	73%	75%
Trauma abdomino-pélvico	29,3%	27%	32%	29,4%
• AIS ≥ 3	60,2%	70%	52%	66%
Trauma miembro superior	32,7%	30%	32%	35,5%
Trauma miembro inferior	32,3%	31%	35%	31,4%
• AIS ≥ 3	63,9%	53%	76%	76%

Mecanismo lesional	Total	2022	2023	2024
Tráfico	47%	51%	51%	45%
• Moto		40%	53%	39%
• Coche		32%	10%	30%
• Atropello		20%	16,6%	17%
• Bicicleta		8%	14%	8%
Caídas	26,3%	34,7%	23%	17%
Laboral	6%	4%	9%	3,9%
Agresión	6,3%	12%	6,7%	5,9%
Autolisis	5,3%	4%	6,7%	11,8%

**Conclusiones:** En nuestra UCI ingresan traumatismos de gravedad grave, con una mayoría notable de varones. Casi la totalidad de los casos son de traumatismos cerrados, con solo un 4% de traumatismos penetrantes. El accidente de tráfico es el mecanismo lesional predominante, aunque existe un aumento preocupante de los intentos autolíticos. El TCE grave y el trauma torácico grave son los más frecuentes en nuestra Unidad, observando un aumento en la gravedad de los traumas de extremidades inferiores y aumento en de los traumas de cara y cuello.

### 607. ANÁLISIS DE LOS TRAUMATISMOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Adell García P, Sánchez Martín L, Moreno Quintana J, Banderas Bravo E, Macías Guarasa I, Delgado Anaya M y Seller Pérez G

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

**Objetivos:** Realizar una revisión de la base de datos recogida sobre los pacientes ingresados en la UCI del HRUM por traumatismo entre 2022 y 2023, para intentar buscar factores pronósticos y/o de mortalidad para futuros estudios.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI del HRUM por traumatismo desde noviembre de 2022 hasta octubre de 2023.

**Resultados:** En total han sido 168 pacientes, de los cuales fueron un 74% hombres (124) y un 26% mujeres (44). La edad media fue de 47 ± 15 años. Se recogieron los distintos mecanismos traumáticos siendo los principales la caída accidental (25%), precipitación (18%), accidente de motocicleta (20% - de los cuales un 84% llevaba casco y un 15% no), accidente con coche/camión (11%), atropello (8%) y otros de menor frecuencia. De todos ellos, habían recibido atención prehospitalaria el 85% (28% por DCCU y 57% por 061), habiendo precisado aislamiento de vía aérea con intubación orotraqueal por su parte el 36% de los mismos. El GCS inicial fue de ≥ 14 en el 43% de los pacientes, entre 9 y 13 en el 19% y < 8 en el 36%. Un 16% tuvo un GCS 3 de recogida. Tan solo un 3,5% de los ingresados en UCI habían sufrido PCR previa, ya fuera en urgencias o durante la atención prehospitalaria. La estancia media en UCI fue de 12,7 ± 10 días, y la estancia hospitalaria 34,7 ± 25 días. Un 13% sufrieron *exitus* durante su estancia en UCI. El 3% fallecieron en el hospital tras el alta de UCI. De todos los ingresados, el 80% recibieron ventilación mecánica invasiva (VMI) durante una media de 10 días, y de ellos un 42% termino necesitando traqueostomía percutánea (TQP) (con una media de VMI de 11 días hasta la realización de TQP y de 8,5 días tras la misma para la desconexión definitiva). De los pacientes que se realizaron TQP tan solo el 7% se fue decanulado al alta de UCI. Del total de traumatismos, un 42% sufrieron infecciones

nosocomiales durante su estancia en UCI, siendo la principal la NAMV (un 26% como infección principal y un 6% la sufrieron como infección secundaria).

**Conclusiones:** El perfil de nuestros pacientes traumatizados es el varón de mediana edad con traumatismo por precipitación. Estos pacientes precisan en un alto porcentaje aislamiento de la vía aérea y realización de traqueostomía. Las neumonías asociadas a la ventilación mecánica superan la media del conjunto de nuestros pacientes.

### 608. EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS POR TENTATIVA DE SUICIDIO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19

Isern Alsina I, Vila A, Puente de la Vega J, Sánchez B, Trenado J, Pérez-Madrigal A y Algarte R

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar el comportamiento de los ingresos por causas externas, principalmente politraumatismo con o sin TCE asociado, y tentativa de suicidio, en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitari Mútua Terrassa (HUMT), tras la pandemia por COVID-19.

**Métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo realizado entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2023. Se recogieron todos los pacientes ingresados en el servicio de medicina intensiva del HUMT por causas externas, politraumatismo con o sin TCE asociado por cualquier causa, y tentativa de suicidio por cualquier causa. Estadística: variables cualitativas se expresan como porcentajes, se compararon utilizando el  $\chi^2$  test. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar (DE) y se compararon con el test de la t de Student.

**Resultados:** 561 pacientes fueron incluidos. La tabla muestra las características principales de la población estudio. De los 561 pacientes, 492 (87%) ingresaron por politraumatismo con o sin TCE, de estos, 466 (94,7%) tuvieron una causa accidental y 26 (5,7%) fueron pacientes precipitados (tentativa de suicidio). Los 69 (13%) pacientes restantes ingresaron por intento de suicidio diferente a la precipitación, 68 por ingesta medicamentosa con intención suicida y 1 paciente ahorcado. En la etapa pre-COVID el 27% de los pacientes presentaron antecedentes psiquiátricos y el 12,4% de los ingresos por causas externas fue por intento de suicidio incrementándose hasta el 39% y 19,7% respectivamente en el periodo pos-COVID.

Tabla 1. Variables descriptivas	Total de paciente por ingresos causas externas (561)
Edad años	52,6 (18,7)
Sexo hombre	70%
Antecedentes psiquiátricos	35,1%
Intento suicidio previo	7,7%
TCE	66%
Ingreso por intento de suicidio	16,9%
Muerte	11,4%

**Conclusiones:** Durante el año 2020 se produjo un descenso en los ingresos de pacientes por causas externas, posteriormente la cifra se ha recuperado paulatinamente alcanzado en 2023 niveles similares a la etapa anterior a la pandemia por COVID-19. Sin embargo, la causa de ingreso de este grupo de pacientes se ha visto incrementada por pacientes por intento de suicidio, destacando el paciente precipitado. Planteamos que se debería realizar un estudio que incluyera el resto de los hospitales de Cataluña, tanto adultos como pediátricos y los pacientes que no ingresan en críticos tanto por muerte como por falta de gravedad, para analizar la situación real y las implicaciones en salud poblacional que pueden revelar estos datos.

### 609. MÁS ACTIVOS, MÁS VULNERABLES: ¿CÓMO ES EL ADULTO MAYOR POLITRAUMATIZADO?

Delgado Pascual A, Nieto García J, González Ogallar FJ, Hernández Temprano M, Muñoz de Morales Rodríguez A, Yordanov Zlatkov V, García González I, Postigo Hernández C, Ortega Muela C y Bringas Bollada M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** El incremento en la esperanza de vida ha convertido a los adultos mayores de 65 años en un grupo poblacional más numero-



so y vulnerable a sufrir lesiones traumáticas. Con nuestro análisis dibujaremos el panorama actual del adulto mayor politraumatizado y compararemos los patrones de traumatismo frente a los adultos jóvenes.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo comparando la población ≥ 65 y < 65 años ingresada en la Unidad de Neuropolitrama del Hospital Clínico San Carlos en 2016 y entre 2019 y 2024 (n = 621 pacientes). Representamos las variables cuantitativas con media o mediana ± desviación estándar, y las variables cualitativas en porcentaje. Se emplearon la prueba exacta de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney para el análisis bivariado.

**Resultados:** El adulto mayor representa un 17,7% de nuestra población. Aunque nuestra actividad asistencial ha crecido, esta proporción se ha mantenido constante desde 2016, con un predominio del grupo de 65 a 74 años y una edad promedio de 75 ± 7 años. A pesar de la mayor frecuencia en hombres (65,5%), el porcentaje de mujeres politraumatizadas es significativamente superior (34,5 vs. 20,9%; p = 0,002) en el adulto mayor. El traumatismo contuso es el más frecuente independientemente de la franja etaria (97,3 vs. 86,1%). Los traumatismos penetrantes son un evento excepcional en adultos mayores, representando solo el 2,7% de los casos (p < 0,001). Los mecanismos de lesión más frecuentes fueron: las caídas (50,5 vs. 16,2%; p < 0,001) y los atropellos (24,8 vs. 10,9%; p < 0,001). Observamos una disminución significativa de los accidentes de tráfico (15,8 vs. 40,4%), uso de armas (1 vs. 13,6%), agresiones (0,9 vs. 15%) y suicidio (4,6 vs. 13,6%). No se observan diferencias significativas en cuanto a gravedad, con una mediana de ISS (Injury Severity Score) de 14 ± 10,28 y 14 ± 12,08, respectivamente. Predomina el traumatismo de cabeza y cuello (65 vs. 51%; p = 0,006), siendo significativamente menos frecuente el traumatismo abdominal (17 vs. 31%) y de extremidades (37 vs. 47%). Un 11,8% de los adultos mayores no reciben asistencia prehospitalaria (p = 0,004).

**Conclusiones:** Los adultos mayores representan una proporción considerable y estable de nuestra población. El aumento de traumatismos por caídas y atropellos es coherente con la mayor prevalencia de traumatismos craneoencefálicos en este grupo etario. La existencia de un mayor porcentaje de falta de asistencia extrahospitalaria podría sugerir que estamos infraestimando su gravedad.

**610. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON POLITRAUMATISMO INGRESADOS EN UCI**

Blanco Aguilar V, Sánchez Gutiérrez A, Martín-Jordán García E, Ballesteros Saavedra V, Domínguez de la Cruz I, Forcelledo Espina L, Ruiz Echevarría C y Martínez Rodríguez L

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes con diagnóstico de politraumatismo que precisan ingreso en UCI, así como los factores que condicionan su evolución durante el mismo.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de politraumatismo ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel del norte de España entre octubre de 2021 y octubre de 2023. Se recogieron variables demográficas, así como datos clínicos antes y durante su ingreso en UCI. La gravedad se evaluó mediante la escala ISS (grave ≥ 16) evaluada por un mismo observador en todos los casos. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias relativas y las cuantitativas como medias. Para el contraste de hipótesis, la correlación de Pearson y la prueba t de Student para variables cuantitativas.

**Resultados:** De los 276 pacientes (74,3% varones, media de 53 años), el 45,6% se clasificaron como politraumatismos graves según su escala ISS. La afectación más frecuente fue la torácica (86,2%), seguida de la abdominal (71,7%) y la craneal (55,8%). Las medias de ISS al ingreso fueron significativamente mayores en aquellos pacientes que precisaron intubación orotraqueal (12,47 vs. 20,30, p = 0,000). Se observó una correlación positiva muy débil entre la escala ISS y los días de ventilación mecánica invasiva ((0,18, p = 0,01) y los días de estancia en UCI (0,15, p = 0,01).

**Conclusiones:** Los pacientes politraumatizados ingresados en UCI son jóvenes y varones. La escala ISS se relaciona con la necesidad de VMI, si bien no es un buen predictor de días de VMI o de estancia en UCI. La evaluación de ISS por un solo observador podría llevarnos a un sesgo del observador.

**611. PRIORIDADES Y NECESIDADES DE LOS PROFESIONALES EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE: UNA PERSPECTIVA DESDE EL CAMPO CLÍNICO**

Morales Varas G, Moreno Ciudad P, Alonso Ciria E, Correas López MT, Fransi Portella I, Romeu Prieto JM, Morán Gallego FJ y Rodríguez Villamizar P

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

**Objetivos:** Definir las prioridades y necesidades de los profesionales que prestan cuidados a pacientes con trauma grave.

**Métodos:** Durante las “III Jornadas de Trauma Grave: Perspectivas”, se realizó una encuesta de 17 preguntas para evaluar factores logísticos, tecnológicos, formativos, docentes, recursos y bienestar personal de los profesionales. La encuesta utilizó una escala de Likert de 1 a 5 para determinar la importancia y un orden de priorización de los diferentes aspectos. Se recolectaron datos demográficos y profesionales de los participantes, centrados en su rol y experiencia en el manejo de pacientes con trauma grave. Las variables categóricas se expresan como recuentos y porcentajes y se compararon mediante la prueba de χ<sup>2</sup> o la prueba de Fisher; las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon con el test U de Mann Whitney o t de Student. Se utilizó un nivel de significancia bilateral del 5%.

**Resultados:** Se analizaron 194 encuestas, el 53% (n = 102) correspondieron a personal de enfermería y el 47% (n = 92) a personal médico. La mediana de edad fue de 35 años (30-46), siendo la mayoría mujeres (68%, n = 131), sin diferencias significativas entre las categorías profesionales. El liderazgo de los equipos de atención fue asumido principalmente por médicos (54 vs. 9%, p < 0,05). Las 17 medidas preguntadas tuvieron un nivel intermedio o total de importancia (tabla). En relación a los grupos profesionales, los profesionales de medicina destacaron las herramientas como el *debriefing* (5 [4-5] vs. 4 [4-5]; p < 0,05), comunicación extrahospitalaria-hospital (5 [4-5] vs. 4 [4-5]; p < 0,05), *checklist* (5 [4-5] vs. 4 [4-5]; p < 0,05), eFAST (5 [4-5] vs. 4,5 [4-5]; p < 0,05) y estrategias para acelerar traslados (5 [4-5] vs. 4 [4-5]; p < 0,05). Por su parte, el personal de enfermería destacó el uso de tecnologías para control de sangrado como el *Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta* (REBOA) (3 [3-4] vs. 4 [3-4]; p < 0,05).

	Medicina n=92	Enfermería n=102	Total n=194	p=
Algoritmos y protocolos de manejo del Trauma Grave. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (5-5)	5 (4-5)	5 (5-5)	0,2100
Tecnología avanzada para la detección precoz y el seguimiento de la coagulopatía asociada al trauma (tromboelastografía). Nivel de importancia. mediana (RIQ)	4 (3-5)	4 (3-5)	4 (3-5)	0,7500
Tecnología para la detección precoz y valoración de la hemorragia grave in situ (eFAST). Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	4,5 (4-5)	5 (4-5)	0,0320
Tecnología avanzada para el control de la hemorragia como el Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA). Nivel de importancia. mediana (RIQ)	3 (3-4)	4 (3-4)	3 (3-4)	0,0040
Check list para orientar y evaluar la práctica clínica. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	4 (4-5)	4,5 (4-5)	0,0040
Más rápida disponibilidad de hemoderivados y hemocomponentes Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,5600
Programas de entrenamiento basados en Simulación. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,2600
Debriefing de las atenciones realizadas. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	0,0000
Tiempos de respuesta más rápidos para los estudios de coagulación convencional. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	4 (4-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,9800
Programas de formación interdisciplinar para mejorar las habilidades clínicas relacionadas con el trauma grave. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0,3720
Rápida disponibilidad de antídotos contra los nuevos anticoagulantes orales. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	4 (4-5)	4 (4-5)	4 (4-5)	0,5310
Procesos de auditoría interna y externa de morbilidad. Nivel de importancia.	4 (4-5)	4 (3-4)	4 (3-4)	0,0020
Mejorar la comunicación hospitalaria-extrahospitalaria en la atención inicial y en el seguimiento de los pacientes. Nivel de importancia. mediana (RIQ)	5 (4-5)	4 (4-5)	5 (4-5)	0,0000

**Conclusiones:** Los profesionales que ofrecen atienden trauma grave presentan una serie de necesidades que consideran altamente importantes para mejorar su práctica clínica habitual. Si bien entre los profesionales existe acuerdo, los profesionales médicos destacan aspectos cognitivos, evaluativos y logísticos; por su parte, los profesionales de enfermería destacan aspectos tecnológicos y formativos.