

Figura 1 Póster 248

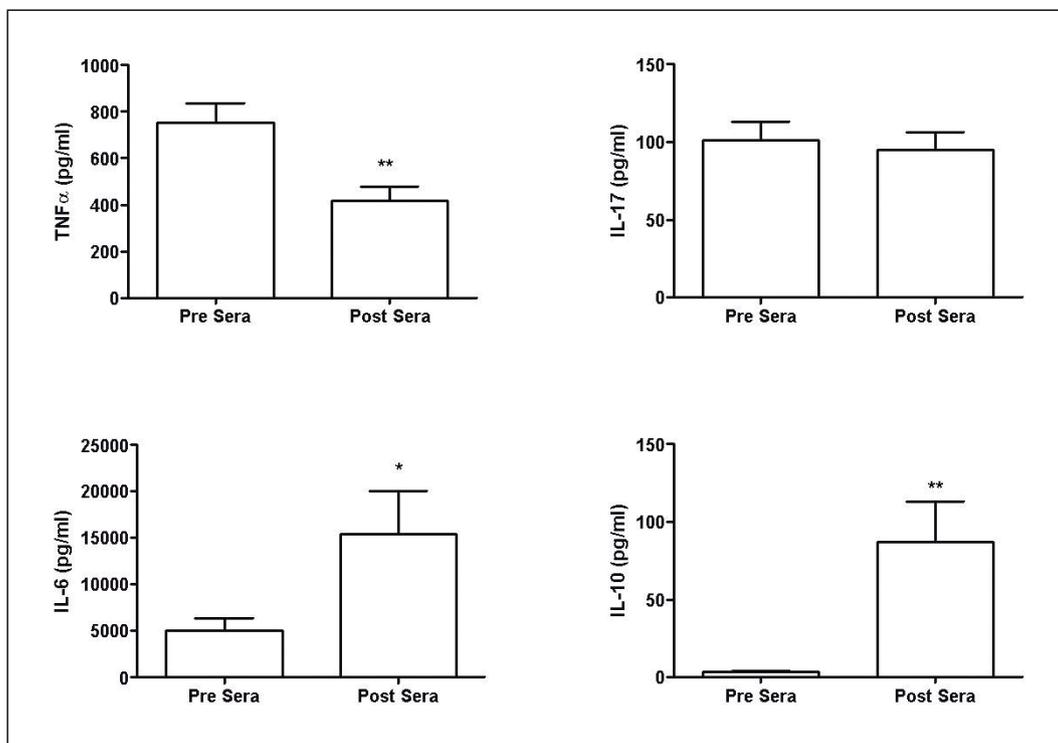
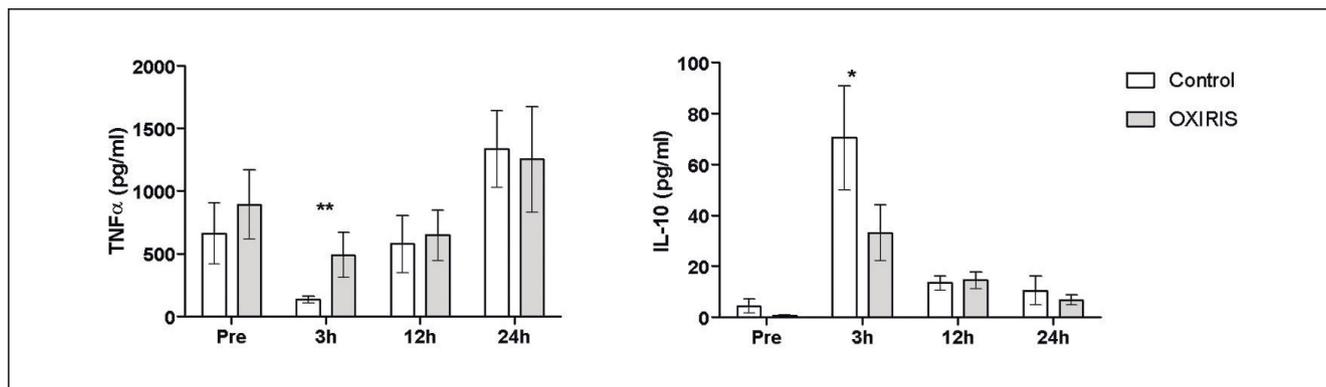


Figura 2 Póster 248



Conclusiones: Los datos actuales amplían aún más nuestra comprensión de las implicaciones de la tolerancia a la endotoxina durante la cirugía cardíaca. Un papel putativo de la tolerancia a endotoxina después de los estímulos PAMPS de la cirugía cardíaca, por lo tanto, se podría prevenir este evento con el uso de membranas con capacidad adsorbtiva.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de la población donante de órganos en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se estudió de forma observacional, retrospectiva y unicéntrica un total de 64 potenciales donantes entre 2018 y 2019 en el Hospital Universitario de Salamanca.

Resultados: Se analizaron un total de 64 pacientes potenciales donantes con una media de edad de 66,08 años ($\pm 14,77$): 64,06% (41/64) corresponden al sexo masculino y 35,94% (23/64) al femenino. La tasa de negativa familiar se situó en 9,36% (6/64) para un total de 58 donaciones (92,19%). Con respecto al tipo de donante, el 86,2% (50/58) correspondieron a pacientes con muerte encefálica (ME) y el restante 13,8% (8/58) a donantes en asistolia tipo III. Se extrajeron un total de 167 órganos, cuya distribución fue: hígado 28,74% (48/167); riñones, 28,74% (48/167); córneas, 23,35% (39/167); pulmones, 5,39% (9/167); páncreas, 4,79% (8/167); corazón, 4,79% (8/167); hueso, 3,59% (6/167); e intestino 0,60% (1/167).

Conclusiones: En la serie analizada sobre donantes, predomina el sexo masculino. Las donaciones secundarias a muertes encefálicas fueron las más frecuentes y los riñones e hígados son los órganos más utilizados. La negativa familiar es inferior al 10% de los casos.

Financiada por: Hospital Universitario de Salamanca.

Pósteres online

Donación/Trasplantes

249. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE POTENCIALES DONANTES EN UN SERVICIO DE UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Figuroa Falconí JC, Marcano Millán EJ, Cestero Ramírez L, Núñez Blanco N, González Robledo J, García Miguel A, Marcos Prieto LA, Díaz Martín O, Sagredo Meneses V y González Pérez G

Hospital Universitario de Salamanca en Salamanca.

250. EFECTO MARIPOSA: IMPACTO EN LA UCI DE LA CONTAMINACIÓN DE LAS SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

Mazo Torre CA, Gómez Brey A, Lozano Ramos L, Figueras Ravell M, Gómez del Pulgar Martínez A, Sandiumenge Camps A, Lung Suárez M, Esperalba Esquerria J y Pont Castellana T

Hospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona.

Introducción: Aunque existe controversia sobre la relevancia clínica del aislamiento de microorganismos en las soluciones de preservación (SP), múltiples equipos en el mundo realizan cultivos de las SP de los órganos antes del implante. El propósito del estudio fue identificar predictores de contaminación de las SP y valorar el impacto en la evolución precoz (UCI) del receptor.

Métodos: Análisis retrospectivo de los todos los pacientes trasplantados en el HUVH (enero/2018-junio/2019). Se analizó la presencia y tipo de microorganismos en las SP, demografía del donante, tratamiento antibiótico en donante y receptor así como el desarrollo de infección, estancia y mortalidad en UCI/Hospital.

Resultados: Se analizaron 423 trasplantes (304 DME; 119 DAC). El 23,4% (99/423) presentó crecimiento de microorganismos en los cultivos de las SP (42,4% de alto riesgo de patogenicidad). No se observaron diferencias entre DME y DAC ni en la prevalencia de microorganismos global [DME 23% (69/304) vs DAC 25% (30/119)] ni en los de alto riesgo (10% para DME y DAC). La canulación premortem y la donación pulmonar tuvieron mayor prevalencia de cultivos positivos de las SP ($p < 0,05$). Tanto en DME como en DAC, los microorganismos de alto y de bajo riesgo más prevalentes fueron bacilos gram-negativos (69%) y *S. coagulans* negativos (82,5%), respectivamente. En 1/3 de los receptores que desarrollaron infección el patógeno identificado coincidió con el de la SP. Los receptores de órganos con crecimiento de microorganismos en los cultivos de las SP tuvieron estancias en UCI/hospital significativamente superiores. En 2 receptores (ambos de riñones obtenidos mediante DAC) el cultivo positivo de la SP se asoció a infección del lecho quirúrgico, coincidiendo el patógeno identificado con la SP (*E. faecium* erradicado con tratamiento dirigido; y *E. coli* precisando trasplantectomía).

Conclusiones: La donación pulmonar supone una mayor probabilidad de contaminación de las SP. La DAC puede ser considerada un procedimiento seguro, aunque nuestro estudio sugiere una mayor prevalencia de contaminación de la SP al realizar canulación premortem. Se requiere una mayor atención y comprensión de la relevancia de la contaminación de las SP ya que tiene impacto en el receptor y el sistema sanitario.

251. ADN LIBRE CIRCULANTE EN EL POSOPERATORIO DEL TRASPLANTE PULMONAR COMO MARCADOR NO INVASIVO DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO

Martínez Martínez M^a, Torrella Llauger P^a, Sacanell Lacasa J^a, Bello Rodríguez I^a, Calviño Lodeiro A^b, Boada Pérez M^b, Ruiz de Miguel V^b, Gómez Olles S^b, Román Broto A^a y Riera del Brio J^a. Grupo de investigación: SODIR

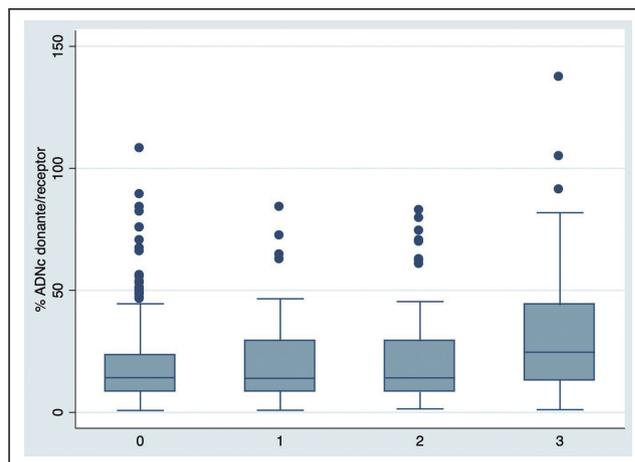
^aHospital Universitari Vall d'Hebron en Barcelona. ^bVall d'Hebron Institut de Recerca en Barcelona.

Objetivos: Medir el porcentaje de ADN libre circulante (ADNc) donante/receptor en los primeros tres días de trasplante y estudiar su correlación con el grado de disfunción primaria del injerto (DPI).

Métodos: Estudio monocéntrico observacional prospectivo. Se incluyeron 100 pacientes ingresados en UCI en un hospital de tercer nivel en el posoperatorio inmediato de un trasplante pulmonar. Se obtuvieron muestras de sangre en el momento del ingreso y en los días 1, 2 y 3 tras el trasplante (N = 404). Las muestras fueron analizadas mediante PCR digital con amplificación de un polimorfismo de inserción/delección (INDEL) identificativo para cada pareja donante/receptor y un gen control (β -globina) para identificar la cantidad de ADNc total. Análisis estadístico mediante el test de Kruskal-Wallis determinar si el porcentaje de ADNc libre era diferente entre los grupos sin DPI, DPI grado 1, grado 2 y grado 3. Se realizó la prueba de Dunn para el análisis post-hoc de las relaciones entre grupos, con corrección de Benjamini-Hochberg por comparaciones múltiples.

Resultados: Se observaron diferencias significativas entre los grupos sin DPI (N = 200) y DPI 1 (N = 54), 2 (N = 74), 3 (N = 76) (H = 10,316; $p = 0,016$). Se observó una diferencia significativa entre el porcentaje de ADNc donante/receptor en los pacientes en situación de DPI 3 y el

resto de los grupos: 3 vs. 0 ($p = 0,005$), 3 vs. 1 ($p = 0,031$), 3 vs. 2 ($p = 0,038$).



Conclusiones: El porcentaje ADNc donante/receptor se correlaciona con el grado de disfunción primaria del injerto.

252. GESTIÓN DE CALIDAD DE LOS INDICADORES: TIEMPO DE ISQUEMIA CALIENTE Y TIEMPO DE ISQUEMIA FRÍA EN EL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

Rodríguez Ramos SP^a, Cerro López P^a, Castellano Pérez RM^a, Molina Díaz I^a, Marinero Colonna A^a, Villán García J^a, Suárez Ramos J^a, Conde Denis PL^a, López López S^a y Rojas Villegas NC^b

^aComplejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife. ^bGerencia de Atención Primaria del SCS en Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: El Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), está acreditado desde el año 1996 para el trasplante hepático (TH). Cuenta desde el año 2009 con la certificación en la Norma ISO 9001/2008, y desde el 2018 con la NORMA UNE-17-9008 que es una norma específica para el TH. Dentro de los indicadores de calidad del proceso de gestión del TH están: el tiempo de isquemia caliente (TIC) definido como "El periodo entre el inicio de la anastomosis de la vena cava y la reperusión portal", siendo su valor de referencia menor de 45 min; y el Tiempo de Isquemia Fría (TIF): "Período que transcurre desde que el órgano es preservado en un estado hipotérmico hasta su trasplante en el receptor" (valor de referencia: 420 minutos).

Objetivos: Ver la evolución de los indicadores: TIC y TIF desde el año 2013 hasta el año 2020 del proceso del TH del CHUNSC. Identificar posibles acciones de mejora, dentro de los estándares establecidos por La Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante el análisis de los indicadores: TIC y TIF desde el año 2013 al año 2020 en el CHUNSC. Se realizará la media anual en horas y minutos.

Resultados: La evolución por años del TIC fue la siguiente: año 2013: 33 min.; año 2014: 38 min.; año 2015: 32 min.; año 2016: 33 min.; 2017: 32 min.; 2018: 33 min.; 2019: 32 min. y año 2020: 32 min. Por otra parte, la evolución del TIF fue desde el año 2013 al 2020: 6,23 horas; 6,6h; 5,75h; 4,60h; 4,06h; 4,44h; 4,96h y 5,53 horas respectivamente. Se observa que el TIC fue menor de 40 minutos en todos los años. Igualmente se aprecia una tendencia positiva, con algunas variaciones en los TIF. Tras la implementación del sistema de gestión de la calidad se han hecho modificaciones en la coordinación de los equipos y mejoras técnicas desde el punto de vista quirúrgico que han repercutido en los resultados.

Conclusiones: La evolución de los TIF y TIC fue favorable en términos generales. Hemos establecido varias acciones de mejora: Si las características del centro de donación lo permiten, el disponer de una biopsia hepática previo al traslado del injerto; activación precoz del equipo quirúrgico; coordinación exhaustiva con servicios ajenos al hospital, para optimizar los tiempos de espera; cirugía de banco intensiva, para minimizar el TIC; ecografía intraoperatoria, etc.

253. IMPACTO DEL BROTE EPIDÉMICO DEL VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES EN LA PROVINCIA DE SEVILLA

García Fernández E^a, Aguado Romero MJ^b, Gómez González C^a, Correa Chamorro E^a, Gallego Teixeira I^a, Cil Cumplido M^a

^aCoordinación Sectorial de Trasplantes Sevilla Huelva, Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. ^bCentro Regional de Transfusiones y Tejidos en Sevilla.

Objetivos: Describir el cribado de Virus del Nilo Occidental (VNO) en donantes de las provincias de Sevilla-Huelva durante el brote de infección por VNO del verano del 2020.

Métodos: Desde el 13 de agosto hasta el 30 de noviembre se cribaron en la provincia de Sevilla-Huelva a todos los donantes de órganos, tejidos y sangre. El criterio para el cribado fue la residencia o estancia en la zona de riesgo en los 28 días previos a la toma de muestras. Los hemocomponentes y tejidos donados desde el 17 de julio quedaron en cuarentena hasta pasar el cribado. La técnica empleada fue la amplificación mediada por transcripción (TMA) de Grifols Diagnostic[®]. El cribado se realizó en el Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) de Sevilla. En 2 casos se realizó en el Hospital Virgen de la Nieves de Granada y en 4 casos en el Hospital Puerta del Mar (Cádiz) mediante técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Se estableció un protocolo de recogida de muestras, identificación y trazabilidad diferente para cada servicio donde se realizaba el screening ya que la disponibilidad de cada centro variaba según el horario y el día de la semana.

Resultados: Fueron cribados 35 donantes de órganos y tejidos en el área de Sevilla-Huelva. De ellos ninguno fue positivo. De las hemodonaciones se cribaron 14.322 muestras resultando positivas 4 de ellas (0,02%). De las muestras de plasma se cribaron 1.589 con solo 1 resultado positivo (0,06%). De los pacientes trasplantados desde junio a noviembre de 2020 no se notificó ningún caso en su seguimiento posterior. En la valoración previa de posibles donantes se desestimó un paciente en muerte encefálica por cuadro sospechoso de encefalitis por VNO, y se desestimaron aquellos pacientes en los que se decidió limitación del esfuerzo terapéutico en el contexto de infección por VNO. Todas las donaciones se realizaron en el tiempo estimado al haber seguido los protocolos activados.

Conclusiones: La zoonosis por VNO origina brotes estacionales importantes en nuestra zona. Aunque la incidencia entre los donantes asintomáticos es muy baja (0,02% y 0,06% en nuestras muestras), la mortalidad fue del 12,6% en este brote por lo que es necesario tener establecido en el área un protocolo de cribado y de seguimiento posterior de la actividad de donación y trasplante. La técnica de cribado mediante PCR o TMA ha demostrado ser fiable en la detención de VNO.

Pósteres online

Hematología/Transfusiones/Hemoderivados

254. MODIFICACIONES EN LA PAUTA DE ANTICOAGULACIÓN, COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS Y TROMBÓTICAS OBSERVADAS EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON NEUMONÍA COVID 19

Fernández Cuervo A, Marcote Denis B, Revuelto Rey J, Salas Martín J, Jiménez Guerra E y Gómez García B

Hospital Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Analizar las complicaciones derivadas de la pauta de anticoagulación empleada y los cambios realizados en la dosis de nuestros pacientes con neumonía COVID-19.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo. Periodo analizado 2020 (desde marzo a 31 diciembre 2020). Variables analizadas: anticoagulación/antiagregación previa, pauta de anticoagulación administrada y ajustes de dosis, complicaciones trombóticas, isquémicas y hemorrágicas observadas.

Resultados: El número total de casos ingresados por neumonía COVID-19 en nuestra UCI ha sido 54. Se ha administrado 3 pautas diferentes de anticoagulación: *profiláctica (enoxaparina 40 mg/24h, pacientes sin necesidad previa de anticoagulación y sin datos clínicos/radiológicos/análisis que lo requiera); *pauta intermedia (enoxaparina 1 mg/kg/24h en pacientes con valores dímero D < 2.000 ng/mL), y *pauta plena (enoxaparina 1 mg/kg/12h en pacientes con aumento llamativo de DD o con valores DD > 2.000, o datos que lo indiquen). Se han realizado controles

antiXa en todos los casos. Previamente, 4 pacientes estaban anticoagulados y 13 antiagregados de manera domiciliaria. Al ingreso en UCI, 23 recibieron anticoagulación a dosis profiláctica, 25 a dosis intermedias y 6 dosis plenas. De la pauta inicial, 13 pacientes no recibieron modificaciones (9 mantuvieron su pauta intermedia, 2 pauta plena y 2 pauta profiláctica). Se disminuyó la dosis en 12 casos (7 de pauta intermedia a profiláctica, 3 de pauta a intermedia, 1 caso de pauta plena y 1 caso de pauta intermedia se suspendió la anticoagulación por presentar complicaciones). Se incrementó la terapia en 29 casos (16 pacientes con dosis profiláctica pasaron a pauta intermedia, 7 de intermedia a plena y 6 de profiláctica a pauta plena). Los cambios de dosis se han realizado en función de los controles de antiXa, aumento de DD, complicaciones trombóticas. Las complicaciones trombóticas han sido: 3 TEP en pacientes con pauta intermedia, 1 TVP en pauta profiláctica y 1 AIT con pauta profiláctica. Respecto a las complicaciones hemorrágicas, se han observado 5 hematomas de partes blandas (3 con pauta intermedia, 2 con plena), 3 hemorragias alveolares (pauta plena), 1 hemotórax (plena), 2 shock hemorrágicos en pacientes anticoagulados con heparina sódica por ECMO VV.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes, el número de complicaciones hemorrágicas ha sido mayor al de complicaciones trombóticas. Las complicaciones aparecen con el aumento de la pauta, que suele estar acompañado con el empeoramiento clínico y por tanto, de mayor gravedad.

255. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI EN HUPM EN EL AÑO 2020 TRAS IMPLEMENTAR UN PLAN DE COLABORACIÓN CON HEMATOLOGÍA PARA LA VALORACIÓN ANTICIPADA DE LOS PACIENTES

Jiménez Guerra E, Alárabe Peinado S, Salas Martín JM, Marcote Denis B, Guerrero Altamirano A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

Objetivos: Análisis descriptivo de pacientes oncohematológicos ingresados en la UCI del Hospital Puerta del Mar en 2020, tras iniciar un plan de colaboración para la valoración anticipada de los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra de 8 pacientes ingresados durante el año 2020. Variables: sexo, edad, enfermedad hematológica, valoración previa, motivo de ingreso, infección previa, foco primario, germen causante, complicación infecciosa, soporte respiratorio (SR), soporte vasoactivo (SV), terapia sustitutiva renal (TSR), días de SR, días de SV y días de TRR. Resultados al alta de UCI y hospital, limitación del esfuerzo terapéutico (LET), días de ingreso previo a UCI (días pre-UCI), días de ingreso en UCI, SOFA y APACHE II. Utilizamos media y desviación estándar para variables cuantitativas y frecuencias para cualitativas.

Resultados: El 62,5% fueron varones. Edad media 58,5 ± 8,1. Diagnósticos: Linfoma no Hodgkin (65%), leucemia aguda (25%) y crónica (12,5%). Valoración previa en el 62,5%. Media de días pre-UCI de 13,38 ± 28,45 y 11,29 ± 14,26 días de estancia media en UCI. Motivos de ingreso: insuficiencia respiratoria aguda (62,5%), shock (25%) y fallo multiorgánico (12,5%). SOFA 7,75 ± 4,027 y APACHE II 24 ± 8,26. El 75% con infección al ingreso, foco respiratorio (50%), abdominal (12,5%) y desconocido (12,5%). Aislamiento: SARS-CoV-2(25%), Gram - (12,5%). Durante el ingreso un 12,5% presentaron bacteriemia secundaria, 12% múltiples focos, 12,5% con foco desconocido. SR: 25% oxigenoterapia; 25% SR no invasivo; 50% SR invasivo, durante 7,57 ± 13,34 días. SV en 87,5%, durante 7 ± 12,17 días. TRR se administró a 12,5%, durante 1,29 ± 3,4 días. Mortalidad al alta de UCI: 50%. LET en 12,5%. Mortalidad al alta hospitalaria: 62,5%.

Conclusiones: Nuestra muestra de pacientes presentó una mortalidad del 50%, siendo el primer motivo de ingreso la insuficiencia respiratoria infecciosa por SARS-CoV-2. En su gran mayoría precisaron SV y SR invasivo. Debido a la alta complejidad de estos pacientes, consideramos interesante continuar con este sistema de valoraciones anticipadas UCI-hematología y así conseguir un manejo precoz de los pacientes que lo requieran.

256. PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Leal Rullán TJ, Murciano Marqués P, Ocón López M, Amézaga Menéndez R, Rodríguez Pilar J, Ballester Ruiz MC, Morell García D, Pérez Montaña A, Relinque Villalta J y Reparaz Vives X

Hospital Universitario Son Espases en Palma.

Objetivos: Documentar la implantación de un protocolo de hemorragia masiva (PHM) en un centro de tercer nivel.