

Figura Comunicación 009

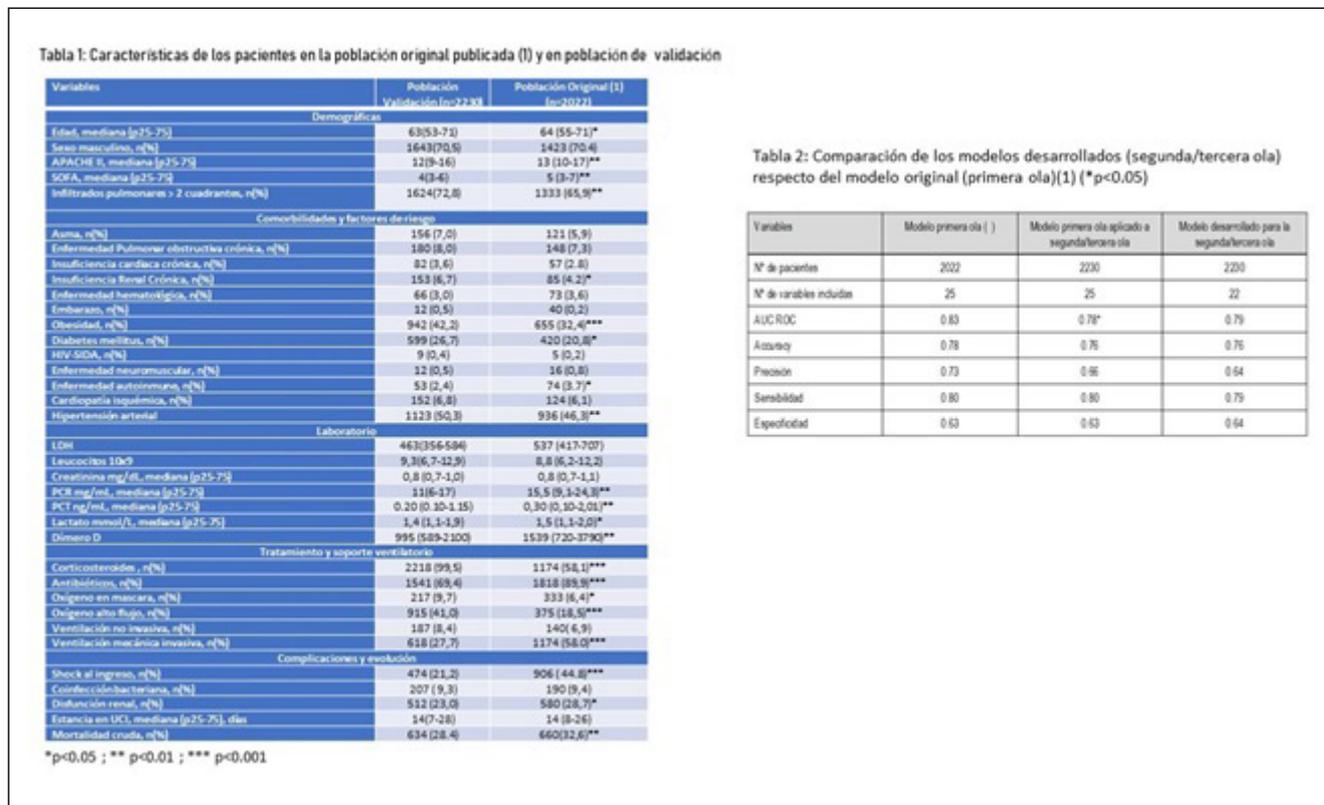


Tabla 2: Comparación de los modelos desarrollados (segunda/tercera ola) respecto del modelo original (primera ola)(1) (*p<0,05)

| Variables | Modelo primera ola () | Modelo primera ola aplicado a segunda/tercera ola | Modelo desarrollado para la segunda/tercera ola |
|---------------------------|------------------------|---|---|
| Nº de pacientes | 2022 | 2230 | 2230 |
| Nº de variables incluídas | 25 | 25 | 22 |
| AUC/ROC | 0,83 | 0,78* | 0,79 |
| Atenuación | 0,78 | 0,76 | 0,76 |
| Fiabilidad | 0,73 | 0,66 | 0,64 |
| Sensibilidad | 0,80 | 0,80 | 0,79 |
| Especificidad | 0,63 | 0,63 | 0,64 |

original lo cual impide su aplicación. Este estudio pone en evidencia que los modelos de mortalidad deben actualizarse y validarse externamente antes de su implementación.

010. VALOR PREDICTIVO NEGATIVO DE LA PROCALCITONINA PARA DESCARTAR COINFECCIÓN RESPIRATORIA BACTERIANA EN 4.365 PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

Urgelés Puy S, Carbonell García R, Salgado M, Moreno Muñoz G, Rodríguez Oviedo A y Bodí Saera M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Evaluar si los niveles séricos de procalcitonina (PCT) y proteína C reactiva (PCR) al ingreso en UCI pueden predecir coinfección respiratoria bacteriana (CB) en pacientes con neumonía grave por COVID-19 y posible asociación con mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con neumonía por COVID-19 ingresados en 84 UCI de diez países de América Latina y Europa, entre marzo de 2020 y enero de 2021. Los criterios de inclusión fueron adultos que ingresaron con insuficiencia respiratoria aguda debido a infección grave por SARS-CoV-2 con neumonía. Se realizó una regresión logística binaria. El rendimiento de las pruebas diagnósticas para predecir la coinfección se obtuvo mediante la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo (VPN) y la característica operativa del receptor con el área bajo la curva (AUC). Se modeló otro análisis de árbol de decisión CHAID para evaluar las relaciones no lineales entre los biomarcadores y la coinfección.

Resultados: Se incluyeron 4.635 pacientes con neumonía por COVID-19. Entre ellos, 331 (7,6%) cumplieron con el diagnóstico de CB. Niveles de PCT (0,25 [IQR 0,1-0,7] versus 0,20 [IQR 0,1-0,5] ng/mL, p < 0,001) y PCR (14,8 [IQR 8,2-23,8] versus 13,3 [7-21,7] mg/dL, p = 0,01) fueron mayores en el grupo de CB. Ni la PCT ni la PCR se asociaron de forma independiente con la CB después de ajustar los factores de confusión y ambas tenían poca capacidad para predecir la coinfección (AUC para PCT 0,56 [IC95% 0,53-0,59]; AUC para PCR 0,54 [IC95% 0,51 -0,57]). Valores de PCT al ingreso < 0,3 ng/mL, podrían ser de ayuda para descartar CB (VPN 91,1%). Los no sobrevivientes tenían niveles más altos de PCT y PCR en comparación con los sobrevivientes. La PCT ≥ 0,50 ng/ml se asoció de forma independiente con una mayor mor-

talidad en la UCI (OR 1,5, IC95% 1,18-1,84; p < 0,001), mientras que la PCR y la CB no se asociaron con el pronóstico.

Conclusiones: Los niveles de PCT y PCR al ingreso en la UCI tenían poca capacidad para predecir la CB entre pacientes con neumonía grave por COVID-19. Los valores de PCT < 0,3 ng/mL pueden ser útiles para descartar una CB y PCT ≥ 0,50 ng/mL podría predecir un peor resultado.

Pósteres orales

Cardiovascular/SCA

Moderadores: Virginia Fraile Gutiérrez y Lluís Zapata Fenor

011. ¿PCR RECUPERADA! ¿Y DESPUÉS?

Martínez de Lahidalga Martínez I, Hsieh JG, Fajardo CL, Morales MV, Diago R, Pruna G, Solano R, Gómez del Pulgar A y Centeno JJ

Hospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que ingresan por parada cardiorrespiratoria (PCR), su manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), evolución clínica, supervivencia y pronóstico funcional a los 9 meses.

Métodos: Se estudiaron retrospectivamente los datos de los pacientes atendidos en UCI por PCR entre 2017-2021. Se describen sus características clínicas, demográficas y evolución. Se estudiaron la supervivencia de UCI, hospitalaria y clase funcional (escala Katz) de los supervivientes a los 9 meses del alta. Se analizaron posibles diferencias en supervivencia hospitalaria y situación funcional 9 meses tras el alta según PCR intra o extrahospitalaria, ritmo inicial de PCR y realización de cateterismo o hipotermia.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes ingresados tras PCR. Mediana de edad 70,5 años (RIC 59-78); hombres 70%; intrahospitalarias 44% y extrahospitalarias 56%. Mediana de estancia en UCI 4 días (RIC 1-9). Causa

probable de PCR: cardiaca (42%), respiratoria (30%), neurológica (8%), séptica (8%) y otras (12%). El 94% fueron conectados a la ventilación mecánica, mediana de 3 días (RIC 1-9). El 37,5% se encontraron en ritmo desfibrilable. Cateterismo precoz en el 14%, de ellos sobrevivieron el 100%. Se utilizaron terapias de depuración extrarrenal en el 6%. Fueron donantes de órganos el 8%. El 44,4% fallecieron en la UCI y el 20% durante su estancia en el hospital. El 12% fallecieron en los siguientes 6 meses. El 81% de las PCR intrahospitalarias fueron dados de alta de UCI, *versus* el 50% de las extrahospitalarias ($p < 0,05$); OR 0,23 (IC 0,06-0,88). No se encontraron diferencias significativas en la supervivencia hospitalaria si se trataba de ritmos desfibrilables (44,4%) o no (29%), ($p = 0,22$) (OR 1,51; 0,73-3,09). Tampoco si se trataba de PCR extrahospitalaria (32,1%) o intrahospitalaria (40,9%), ($p = 0,36$) (OR 1,12; 0,66-2,30). Fallecieron en el hospital el 57,1% de los que recibieron hipotermia y el 66,7% de los que no ($p = 0,38$) (OR 1,50; 0,42-5,31). De los que sobrevivieron a los 9 meses el 63,6% ($n = 7$) presentaban clase funcional KatzA y 18,2% ($n = 2$) Katz G. De los que recibieron hipotermia el 21,4% sobrevivieron en buena clase funcional frente al 11,1% de los que no ($p = 0,30$), OR 0,60 (RIC 0,22-1,62).

Conclusiones: Gran parte de los pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria o en los primeros meses tras el alta. Solo una pequeña parte presenta una buena clase funcional tras 9 meses de seguimiento. Si bien al alta de UCI encontramos una supervivencia mayor en las PCR intrahospitalarias, esto no resulta significativo cuando valoramos el alta hospitalaria.

012. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LAS PARADAS CARDIACAS INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO EN 2021

Mainar Gil I, **Camino Ferró H**, Vilella Llop L, Iñiguez de Diego A, Pavia Pesquera C, Macías Pascual M, Calvo Martínez A, Monfort Lázaro E y Martínez Camarero L

Hospital San Pedro, La Rioja.

Objetivos: Analizar la mortalidad en pacientes que sufren parada cardiaca intrahospitalaria en función de diversos factores como son: la presencia o no de personal sanitario en el momento de la parada, la monitorización del paciente a la llegada de la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) y el tiempo de reanimación. Descripción de la mortalidad en función de la localización del paciente.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las paradas cardiacas (PC) intrahospitalarias atendidas por la UMI en el hospital San Pedro de Logroño durante un periodo de un año (2021). Se estudiaron como variables independientes la mortalidad, el primer ritmo registrado, la presencia o no de personal sanitario en el momento de la parada y la localización de los pacientes. Se analizó la mortalidad en cada subgrupo de pacientes.

Resultados: De las paradas cardiacas atendidas, el 15,5% fueron presenciadas por personal sanitario, con una mortalidad de estas del 60%; las presenciadas tuvieron una mortalidad del 50%. Un 36,6% de las paradas estaban sin monitorizar a nuestra llegada, con un 61,5% de mortalidad. El 63,4% estaban monitorizadas, con un 60% de mortalidad. De los pacientes registrados, en un 21% la RCP tuvo una duración de más de 20 minutos, de esos pacientes un 71% fallecieron. El porcentaje de fallecimiento en pacientes con RCP menor de 20 minutos fue del 75%. La mortalidad en las plantas de especialidad quirúrgica fue del 71,3%, mientras que en las de especialidad médica fue del 61,5%.

Conclusiones: La mortalidad en nuestros pacientes registrados aumenta cuando este evento no es presenciado por personal capaz de iniciar maniobras de reanimación inmediatas. Con respecto a la monitorización de los pacientes que sufren parada cardiaca intrahospitalaria, el porcentaje de mortalidad fue similar en ambos grupos. La mortalidad registrada fue mayor del 50% independientemente del tiempo de duración de la RCP. La mortalidad fue mayor en las plantas quirúrgicas.

013. ANÁLISIS DE PACIENTES POSQUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA MAYOR DE AORTA

Ochagavía Barbarin J, Hernández Garcés H, Borrás Palle S, Alcalá Gallardo CA, Chavero García T y Gómez Palonés F

Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

Objetivos: Describir la cohorte de pacientes intervenidos de cirugía de aorta abdominal evaluando diferencias entre el grupo con complicaciones isquémicas o que fallece frente al que no.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Pacientes intervenidos de 2016 a 2020. Analizamos factores de riesgo cardiovascular (FRVC), Índices de riesgo quirúrgico (IRCR, VSG-CRI) tratamiento previo, procedimiento y complicaciones intraoperatorias y variables analíticas, en relación a la aparición de complicaciones (muerte hospitalaria y eventos isquémicos). En el análisis descriptivo se usaron frecuencias absolutas y (%) para variables cualitativas, y mediana [RIQ] para cuantitativas y en el estadístico test no paramétricos para cuantitativas y χ^2 en cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 164 pacientes, mediana de edad 73 años [68-78], 96% hombres. 16 pacientes (9,8%) fallecieron, 5 (3%) sufrieron isquemia medular, 11 (6,7%) intestinal y 8 (5%) IAM. El IRCR fue de 1 punto [1-2] y el VSG-CRI 4 puntos [2-5]. 145 pacientes (88%) fueron intervenciones programadas y 132 endovasculares (80%). Respecto a mortalidad no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de FRVC, IRCR o VSG-CRI. Los fallecidos presentaron mayor glucemia previa al ingreso, 138 mg/dL [114-176] vs. 107 [95-129] p : 0,001 y a su ingreso en UCI cifras más elevadas de creatinina, 1,38 mg/dL [0,99-2,28] vs. 0,9 [0,77-1,29] p : 0,01, urea 53 mg/dL [40-82] vs. 37 [29,53] p : 0,04 y lactato 4,2 mmol/L [1,2-12,7] vs. 1,1 [0,7-1,7] p : 0,00; y menores niveles de hemoglobina 9,9 g/dL [9,2-10,9] vs. 11,9 [10,45-13] p : 0,001. Mayor mortalidad en cirugía urgente 6/19 (31,6%) vs. programada 10/145 (6,9%) p : 0,004, abierta 8/32 (25%) vs. endovascular 8/132 (6,1%) p : 0,004, y en pacientes que requirieron drogas vasoactivas (DVA) en quirófano 16/51 (31,4%) vs. 0 (0%) p : 0,00, o con necesidad de transfusión de hematies 12/48 (25%) vs. 4/113 (3,5%) p : 0,00. La isquemia medular se relacionó con niveles de lactato al ingreso en UCI y a las 24 horas, aneurisma yuxtarenal y número de fenestraciones, siendo el uso previo de estatinas un factor protector. El IAM y la isquemia intestinal se presentaron con mayor frecuencia en pacientes que requirieron DVA o necesidad de transfusión y en cirugía urgente y abierta.

Conclusiones: Ni los índices de riesgo quirúrgicos estudiados ni los FRVC permitieron identificar pacientes con mayor mortalidad hospitalaria. Marcadores como glucemia, creatinina, urea, lactato o hemoglobina se asociaron a mayor mortalidad, así como cirugía urgente y abierta y la necesidad de DVA o el sangrado que requiere transfusión de hematies.

014. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA. DESENLAZCE NEUROLÓGICO Y MORTALIDAD

Ruiz Lucea J, **Zabalza Goya A**, Presa Orue A, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Llorente Sánchez A, Arés Miró P, Lasa Beasain P, Vázquez Yoldi A y Artaza Beltrán de Heredia A

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

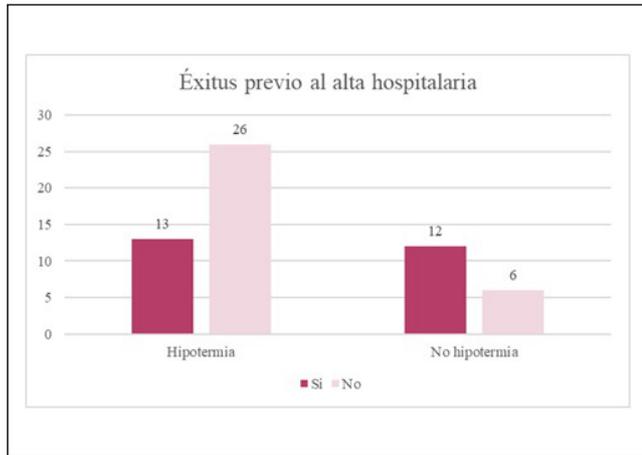
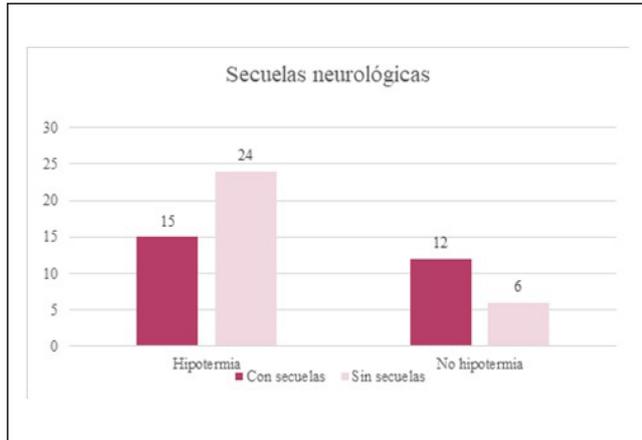
Objetivos: Estudio de pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) que han recibido el protocolo de hipotermia terapéutica en nuestro centro.

Métodos: Revisamos la historia clínica de todos los pacientes que presentaron una parada cardiorrespiratoria (PCR) entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021 que ingresaron en nuestra unidad. Tanto intra como extrahospitalarias. Se dividió a los pacientes en dos grupos, según si habían recibido tratamiento con protocolo de hipotermia o no, comparando ambos grupos en cuanto a desenlace neurológico y mortalidad. Consideramos déficit neurológico a todo tipo de secuela neurológica de nueva aparición constatada tras la retirada de la sedación que no existiera previamente a la PCR. Sin discriminar entre déficits motores, sensitivos u otros. La mortalidad se estudió en el periodo que los pacientes permanecieron en el hospital por la PCR.

Resultados: Incluimos un total de 57 pacientes, 39 recibieron tratamiento con hipotermia y 18 no. Se produjeron un total de 27 nuevos déficits neurológicos, 15 en el grupo de hipotermia (38%) y 12 (66%) en el grupo sin hipotermia, encontrando una posible relación entre estas dos variables, con una p de significación de 0,04. En mortalidad, la supervivencia de los pacientes en hipotermia fue del 66% y del 33% en el otro grupo. Diferencia estadísticamente significativa con una p de 0,01.

Conclusiones: La proporción de déficits es similar a la de otros estudios. En la comparación entre grupos, no parece que las diferencias encontradas sean debidas al azar. Nuestro estudio viene a corroborar y aportar solidez a lo que se viene haciendo desde 2003, cuando se introdujo el protocolo de hipotermia terapéutica. No obstante, los datos han sido recogidos de manera grosera. Estudios futuros arrojarán resultados más precisos en cuanto a tipos de secuelas neurológicas y su repercusión

en la funcionalidad del enfermo. Las diferencias en mortalidad han resultado estadísticamente significativas, no debidas al azar. Podría ser explicable por la propia intervención, pero las diferencias son demasiado grandes en términos absolutos. Así, asumimos que puede existir un sesgo de selección, dado que pacientes de peor pronóstico vital no suelen ser elegidos para protocolo de hipotermia.



015. CÓMO HA INFLUIDO LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES SUPERVIVIENTES DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA Y LOS CUIDADOS POSRESUCITACIÓN

Victoria Ródenas MD^a, de Gea García JH^a, Mateos Llosa M^a, Manso Murcia C^a, Granados Madero M^a, Rivera Sánchez P^a, López Hernández N^a, Mula Martínez R^a, Martín Magán MdM^a y Gómez del Pulgar Villanueva AM^b

^aHospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ^bHospital General Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos: Determinar si existen diferencias significativas entre las características poblacionales, los procedimientos realizados y los resultados asistenciales obtenidos en pacientes supervivientes de una parada cardiorrespiratoria (PCR) previo al inicio y durante la pandemia de COVID-19.

Métodos: Estudiamos un total de 40 pacientes supervivientes de una PCR ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel (25 de ellos con fecha de ingreso en UCI entre 2018 y 2019, y 15 pacientes ingresados en 2020, durante la pandemia de COVID-19). Comparamos características poblacionales (sexo y edad), datos clínicos al ingreso (puntuación Glasgow Coma Score inicial y primer ritmo monitorizado), etiología de la parada cardiorrespiratoria, procedimientos realizados (si la parada había sido presenciada o no, tiempo sin y bajo flujo, días de ventilación

mecánica) y resultados obtenidos (cifras de lactato al ingreso en UCI, niveles séricos de enolasa neuroespecífica, marcadores de daño miocárdico en sangre, pronóstico neurológico y supervivencia).

Resultados: La mayoría de los pacientes ingresados por una PCR recuperada en nuestra UCI fueron varones, tanto durante como previamente a la pandemia (84 y 80% respectivamente). La media de edad se situó entre los 58,1 ± 13,5 años en el período prepandemia y en los 59,5 ± 11,01 años durante la pandemia. Durante ambos periodos no se encontraron diferencias significativas en los datos clínicos al ingreso, la etiología de la parada cardiorrespiratoria, ni los procedimientos realizados. Sí que se pudo observar que el número de paradas en domicilios particulares fue mayor durante la pandemia. El pronóstico neurológico fue lo que marcó el desenlace de los pacientes en ambos periodos. Se observaron niveles elevados de enolasa sérica y potenciales somatosensoriales ausentes en un número similar de pacientes con fatal desenlace, registrándose como causa más frecuente de muerte la adecuación de las terapias de soporte vital. Se encontró una tendencia de aumento de la supervivencia en los pacientes que sufrieron una parada cardiorrespiratoria durante la pandemia (46,7% de supervivencia frente a un 23,8% prepandemia) sin alcanzarse niveles de significación estadística.

Conclusiones: En nuestra serie, no encontramos diferencias significativas entre ambos periodos de tiempo estudiados, pudiendo determinar que en nuestro medio no se produjeron cambios relevantes en cuanto a las características poblacionales de los pacientes ingresados, los procedimientos y el pronóstico de los pacientes supervivientes de una PCR durante la pandemia de COVID-19.

016. DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN DE DOPPLER TRANSCRANEAL EN PACIENTES CON ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA. ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

Quilez Trasobares N, Gutiérrez Gutiérrez J, Pérez Vela JL y Renes Carreño E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir el patrón de doppler transcraneal (DTC) en pacientes con soporte circulatorio mecánico de flujo continuo. Determinar, de forma secundaria, la asociación entre los parámetros hemodinámicos y la aparición de pulsatilidad en el flujo doppler transcraneal.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico en pacientes ingresados en la UCI de Intensivos Cardiológicos (MICA) con soporte circulatorio mecánico durante el periodo 2019 a 2022. Se realiza duplex transcraneal en el momento de su ingreso, t(0), a las 24h t(1) y una vez por semana t(2,3,4). Los patrones de doppler observados se describen y categorizan por dos investigadores dependiendo de la morfología y su relación con la macrohemodinamia. Las variables continuas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIC). Las variables categóricas se expresan como frecuencia y porcentaje. La asociación entre la presencia de pulsatilidad en el DTC y el resto de variables hemodinámicas se establece mediante la diferencia de medias (U Mann-Whitney) e intervalos de confianza (IC) de hipótesis del 95%. El análisis se realiza mediante STATA 12.0.

Resultados: Del total de mediciones realizadas (N = 19), el patrón doppler observado se relaciona con la onda de pulso arterial en todos los casos, en ausencia de esfuerzo inspiratorio significativo. Se describen 5 patrones doppler: patrón continuo (3 casos, 17%) y patrón continuo con escasa pulsatilidad (2 casos, 12%) correspondiendo al flujo continuo de asistencia sin y con apertura de la válvula aórtica respectivamente; pulsatilidad normal (5 casos, 30%) y patrón similar al balón de contrapulsación (5 casos, 28%). Las variables hemodinámicas que se asocian con la presencia de pulsatilidad en DTC son TAS (con una diferencia de 34,0 mmHg; IC95% 8,81-59,18) y la presión de pulso (con una diferencia de 34,53 mmHg; IC95% 19,84-49,22). El resto de las variables hemodinámicas no mostraron significación estadística en cuanto a la asociación de un patrón pulsátil en el doppler.

Conclusiones: La caracterización de los patrones de DTC en el paciente con asistencia circulatoria mecánica puede ayudar a la comprensión e interpretación de la hemodinamia cerebral. La presión de pulso y la TAS son indicadores hemodinámicos que se asocian a la presencia de pulsatilidad en el doppler cerebral. Análisis posteriores pueden ayudar a definir el punto de corte exacto a partir del cual se genera pulsatilidad en el patrón de DTC así como la interdependencia con el resto de variables clínicas.

017. ECMO VENOARTERIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Presa Orúe A, Rodrigo Pérez H, Regidor Sanz E, Zabalza Goya A, Llorente Sánchez A, Ansotegui Hernández A, Arregui Remón S, Ares Miró P, Lasa Berasain P y Ruiz Lucea J

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: El objetivo principal es la evaluación de resultados clínicos de los pacientes sometidos a soporte hemodinámico con ECMO VA en la fase inicial del programa en un hospital terciario sin programa de trasplante cardiaco. El objetivo secundario es estudio de complicaciones relacionadas.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes que reciben tratamiento con ECMO VA, desde enero del 2016 hasta diciembre de 2021, en el Hospital Universitario de Navarra (centro de referencia de Cirugía Cardíaca para una población aproximada de 650.000 habitantes), sin programa de trasplante cardiaco. Se excluyen pacientes enviados directamente a centro de trasplante de referencia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad general (índice de Charlson) y específicas, tipo canulación (periférica-central), indicación, objetivo global, días de soporte en ECMO, otros soportes empleados, días de VM, complicaciones asociadas y mortalidad en UCI y hospitalaria. Se realiza análisis estadístico descriptivo, variables cualitativas (porcentajes) y variables cuantitativas (media, mediana y rango intercuartílico). Paquete SPSS 25 Inc.

Resultados: Se incluyen 21 pacientes. Edad $60,3 \pm 10,5$ años. Sexo varón 66,7%. Índice de Charlson $2,6 \pm 1,9$. Configuración VA central 23,8% y periférico 76,2%. Indicación de ECMO VA: shock cardiogénico en IAM 42,9% y shock cardiogénico pos-CEC 33,3%. Objetivo puente a recuperación 85,7%. Empleo de BCPAo 66,7% e Impella 9,5%. Empleo de TCRR 61,9%. Estudio de complicaciones: hemorragia 66,7%, infección nosocomial 61,9%, hemorragia relacionada con la canulación 14,3%, politransfusión (> 10 CH) 42,9%, Isquemia intestinal 9,5%, Isquemia EELI 4,8% y ACV 9,5%. Estancia UCI 22 (3,5- 35,5) días. Estancia hospitalaria 35 (6-61) días. Mortalidad UCI y hospitalaria 47,6%.

Conclusiones: Alta mortalidad asociada aunque similar a centros de alto volumen. Alta morbilidad asociada siendo las complicaciones infecciosas y hemorrágicas las más frecuentes. Empleo selectivo en pacientes jóvenes con baja morbilidad previa. Alto empleo de recursos sanitarios.

018. EVALUACIÓN DE RESULTADOS INICIALES DE TERAPIA CON SOPORTE DE ECMO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Presa Orúe A, Rodrigo Pérez H, Regidor Sanz E, Arregui Remón S, Ares Miró P, Ansotegui Hernández A, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Lasa Berasain P y Ruiz Lucea J

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: El objetivo principal es la evaluación de mortalidad global de los pacientes sometidos a soporte respiratorio/hemodinámico con ECMO en la fase inicial del programa en un hospital terciario sin programa de trasplante. El objetivo secundario definir perfil del paciente con ECMO en nuestro centro.

Métodos: Se incluyen pacientes que reciben tratamiento con ECMO, desde enero del 2016 hasta diciembre de 2021 (total 6 años), en el Hospital Universitario de Navarra (centro de referencia de cirugía cardíaca para una población aproximada de 650.000 habitantes, sin programa de trasplante cardiaco). Se excluyen pacientes derivados directamente a centro de referencia de trasplante cardiaco y pacientes que reciben ECMO en donación en asistolia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad (Índice de Charlson), tipo de configuración, indicación, días de soporte y mortalidad en UCI y hospitalaria y complicaciones. Se realiza análisis estadístico descriptivo, variables cualitativas (porcentajes) y variables cuantitativas (media, mediana y rango intercuartílico) y estudio comparativo entre soporte con ECMO VV y ECMO VA con test de Chi-cuadrado para comparación de variables cualitativas y test de Student para variables cuantitativas (test no paramétrico en variables de distribución no normal). Significación estadística $p < 0,05$. Paquete SPSS 25 Inc.

Resultados: Se incluyen 31 pacientes. Promedio 5 pacientes/año. Edad $58,2 \pm 11$ años. Sexo hombre 64,5%. Configuración VA 67,7%, VV 29%, VAV 3,2%. Charlson Index $2,42 (\pm 1,7)$. Mortalidad en UCI global 45,2% (ECMO VA-47,6% ECMO VV-33,3% ECMO VAV-100%). Mortalidad hos-

pitalaria global 45,2% (ECMO VA-47,6% ECMO VV-33,3% ECMO VAV-100%). Estancia en UCI 22 días (5-37) y hospitalaria 35 días (8-62,5). Complicación más frecuente la infección nosocomial-67,7%, hemorrágica 51,6% y trombótica 22,6%. Destaca empleo TCDE en 58,1% de pacientes. No se encuentran diferencias significativas en términos de mortalidad entre ECMO VV y VA $p > 0,47$ ni en términos de estancia media en UCI (29,81 vs. 37 días $p > 0,6$) y hospitalaria (42,2 vs. 49,6 días $p > 0,67$). Se observan diferencias significativas en complicaciones hemorrágicas entre ECMO VV y VA 66,7 vs. 22,2% $p < 0,05$.

Conclusiones: Resultados clínicos similares a publicados en la bibliografía pese a ser centro de bajo volumen anual. Pacientes seleccionados, jóvenes con baja comorbilidad previa, pero alta morbilidad asociada durante la técnica con alto consumo de recursos hospitalarios. Mayor porcentaje de complicaciones hemorrágicas en ECMO VA vs. VV.

019. PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR DE MANEJO DE LA EMBOLIA PULMONAR GRAVE

Presa Orúe A, Rodrigo Pérez H, Regidor Sanz E, Arregui Remón S, Ares Miró P, Ansotegui Hernández A, Zabalza Goya A, Llorente Sánchez A, Lasa Berasain P y Ruiz Lucea J

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluación de la puesta en marcha de un protocolo de manejo multidisciplinar de embolia pulmonar grave (TEP grave) en nuestro medio.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes con TEP grave en Urgencias del Hospital Universitario de Navarra (HUN) desde enero de 2016 hasta diciembre 2018. Se evalúa la activación del protocolo realizado por grupo de trabajo multidisciplinar (Cardiología, Cirugía Cardíaca, Medicina Intensiva y Urgencias). Criterio de activación: TEP de alto riesgo o sospecha de riesgo intermedio-alto. Estratificación del riesgo se realiza según criterios de la ESC/ERS en base a estabilidad hemodinámica, biomarcadores (troponina/BNP) y presencia de disfunción ventricular por ecocardiografía. Estudio de variables demográficas (edad, sexo), fecha de ingreso, estratificación del riesgo, destino del paciente y evolución temporal del número de activaciones. Estudio descriptivo variables cuantitativas (media y desviación típica) y variables cualitativas (porcentaje). Estudio comparativo con chi-cuadrado y de tendencia lineal para variables cualitativas. Significación estadística $p < 0,05$. Análisis con SPSS 21.

Resultados: Se realizan 94 activaciones del código con un aumento progresivo en estos años: 2016 (23), 2017 (31) y 2018 (40). Distribución por sexo hombre 47 (50%), edad (años): $66,5 \pm 15,6$. Edad > 80 años 19 (20,2%). Escala de riesgo: bajo 7 (7,4%), intermedio-bajo 15 (16%), intermedio-alto 52 (55,3%), alto 20 (21,3%). Evolución temporal según escala de riesgo: se observa aumento de valoraciones de pacientes con embolia pulmonar de riesgo intermedio-alto (con descenso del TEP de bajo riesgo). Servicio de destino más frecuente es la Unidad de Críticos (53-56,4%) seguido por Urgencias-Observación (27-28,7%) con bajo porcentaje de mortalidad 1 (1,1%) en el momento de la valoración. Según la estratificación de riesgo, destaca a nivel de TEP de riesgo intermedio-alto, el porcentaje importante de ingresos en UCI 32-61,5%. Se realiza limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) en 14 pacientes-14,9% (fundamentalmente en riesgo bajo 28,6%) y pacientes octogenarios (47,4 vs. 6,7% $p < 0,05$).

Conclusiones: Adecuada implementación del protocolo en nuestro medio, con mejoría en la estratificación de riesgo en los pacientes con TEP submasivo (riesgo intermedio- alto). Aumento progresivo del número de activaciones. Adecuado ingreso de pacientes de riesgo intermedio-alto en unidades de críticos o intermedios en la fase aguda. Porcentaje importante de pacientes octogenarios con alto porcentaje de LTSV asociada.

020. REGISTRO DE OCHO AÑOS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS (PCR) EN LA UCI DE UN HOSPITAL GENERAL

Herreros Gonzalo M, Cerezo Mejias AE, Gómez Romero C, Serrano Castañeda J y Cebrían Salé LE

Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar el número de PCR, las características de los pacientes ingresados en UCI que han presentado una PCR previa o durante

su ingreso en UCI, así como su supervivencia en la UCI de un hospital general.

Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva, todos los pacientes ingresados en UCI que presentaron una PCR, desde enero del 2013 hasta diciembre del 2021. Analizándose la gravedad de los pacientes recogida por APACHE-II, edad, sexo, comorbilidades previas y de ellas las más frecuentes, motivo de la PCR, si la PCR fue extra o intra-UCI u ambas, lugar de la PCR y su supervivencia al alta.

Resultados: Se analizaron 218 pacientes que presentaron una PCR en el período de estudio de 1 de enero del 2013 hasta el 31 de diciembre del 2021. La edad media registrada fue de 68,5 años. El 43% fueron mujeres frente al 57% hombres. De los 218 pacientes, 122 presentaron PCR extra-UCI, 71 PCR intra-UCI y 25 ambas. El 66% de las PCR se produjeron en el servicio de urgencias, un 27% en planta, 5% quirófano y el 2% otras localizaciones. El APACHE medio fue de 32. El 26% de las PCR fueron por insuficiencia respiratoria aguda (TEP, neumonía, agudización de EPOC o asma), seguido 22% de arritmias, 13% SCA, 11% *shock* séptico con fracaso multiorgánico, 8% otras causas y un 4% intoxicaciones, politraumatismo, ICC, hemorragia, ACVA/HSA, respectivamente. El 95% de los pacientes tenían una comorbilidad asociada. El 66% eran hipertensos (HTA), 35% dislipémicos (DL), 33% diabéticos (DM), 31% obesos, 25% tenían SAHS, EPOC u asma, 22% fumadores, 11% cardioaptia isquémica previa, 5% enfermedad renal y 1% inmunosupresión. El 49% de las PCR fueron *exitus*.

Conclusiones: En nuestro centro se producen alrededor de 26 PCR al año, siendo la etiología más frecuente la insuficiencia respiratoria aguda, seguida de las arritmias y el SCA. Más frecuentes en hombres, con edad media de 68,5 años y con comorbilidades previas asociadas sobre todo factores de riesgo cardiovascular como la HTA, DL, DM y obesidad, con una supervivencia media al alta de UCI del 51%.

021. RESULTADOS EN LA ATENCIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Fernández Delgado E, Gallego Texeira I, **García Marín M**, Mataix Ponce I y Palacios García I

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Valorar los resultados funcionales y mortalidad del paciente que ingresa en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras una parada cardíaca intra/extrahospitalaria (PCR) resucitada y detección de áreas de mejora.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en nuestra UCI polivalente del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se incluyeron to-

dos los pacientes que ingresaron por PCR durante el año 2021. Se analizaron características de base, lugar de PCR, ritmo, tiempos de asistencia, causas intervencionismo, situación funcional mediante la escala *Cerebral Performance Categories-CPC*-, mortalidad y la posibilidad de ser donante. Para ver las diferencias entre supervivientes vs. *exitus* se realizó un análisis estadístico con las pruebas Chi cuadrado o Test de Fisher para las variables cualitativas o el test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El umbral de significación exigido fue 0,05.

Resultados: Ingresaron 42 pacientes por PCR, la mayoría hombres (73,8%) y con origen intrahospitalario (58,1%). La mediana en edad fue de 64 años (49,7-73,25). Más del 92% tuvieron comorbilidades, la principal la hipertensión (54,8%). El motivo de la PCR fue por patología médica (59,5%), siendo la principal causa la cardíaca (52,1%) seguida de la respiratoria (35,5% del total por broncoaspiración). El primer ritmo detectado fue desfibrilable en el 30%. La mediana de tiempo de PCR fue de 15 minutos (RI 10-30). Fallecieron 26 pacientes (61,9%). Todos los supervivientes tuvieron una buena situación funcional-CPC 1 y 2-. Entre los supervivientes y *exitus* las diferencias fueron estadísticamente significativas en relación a la existencia de ritmo desfibrilable (82,6 vs. 17% p: 0,002) y la edad (55 vs. 65 años p: 0,025). Del grupo *exitus*, el 26,3% fueron donantes y en el 46,2% no se realizó interconsulta a la coordinación.

Conclusiones: Aunque la mortalidad fue elevada, los supervivientes tuvieron una buena situación funcional. Tenemos un importante número de pacientes sobre los que no se realizó interconsulta a la coordinación lo que podría suponer un aumento de la donación de órganos y tejidos.

022. VALIDACIÓN DE ESCALAS PRONÓSTICAS EN PACIENTES CON SOPORTE CARDIORRESPIRATORIO TIPO ECMO VA

Mendoza Prieto M^a, Espinosa Rueda I^a, Palomo López N^a, Navarro Rodríguez J^a, Martín Villén L^a, Vilches Arenas Á^b y Egea Guerrero JJ^a

^aComplejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ^bComplejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Validar las escalas pronósticas para la predicción de mortalidad en pacientes con *shock* cardiogénico y necesidad de soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venoarterial (ECMO VA).

Métodos: Estudio observacional analítico retrospectivo de enero 2011 a noviembre 2021 en la UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron los pacientes con *shock* cardiogénico que precisaron implante de soporte tipo ECMO VA. Se recogieron variables demográficas, antecedentes,

| Tabla Póster 022 | | | |
|---|------------------------|----------------------|-------|
| | No fallecidos (n = 51) | Fallecidos (n = 54) | p |
| Varón; n (%) | 32 (62,74) | 30 (55,55) | 0,454 |
| Edad; mediana (RI) | 47 (37; 57) | 58 (48; 66) | 0,002 |
| HTA; n (%) | 22 (43,14) | 27 (50) | 0,481 |
| Diabetes; n (%) | 9 (17,65) | 12 (22,22) | 0,558 |
| IMC; mediana (RI) | 26,2 (22,85; 29,40) | 27,34 (24,92; 31,58) | 0,309 |
| Etiología <i>shock</i> cardiogénico; n(%) | | | 0,044 |
| Síndrome coronario agudo | 14 (27,45) | 25 (46,30) | |
| <i>Shock</i> poscardiotomía | 17 (33,33) | 15 (27,78) | |
| Miocarditis aguda | 8 (15,69) | 4 (7,41) | |
| Fallo primario del injerto | 5 (9,80) | 2 (3,70) | |
| Otras | 7 (13,73) | 8 (14,81) | |
| Escalas pronósticas; mediana (RI) | | | p |
| APACHE II | 15 (10; 19) | 16 (12; 21,50) | 0,06 |
| SOFA | 9 (7; 12) | 11 (9; 13) | 0,037 |
| SAVE score | -1 (-6; 2) | -4 (-7,50; -1) | 0,019 |
| Cardshock score | 3 (2, 4) | 3 (2, 5) | 0,408 |
| SCAI scale | | | |
| A | 0 (0) | 0 (0) | 0,291 |
| B | 4 (7,84) | 1 (1,85) | |
| C | 5 (9,80) | 7 (12,96) | |
| D | 18 (35,29) | 15 (27,78) | |
| E | 24 (47,06) | 31 (57,41) | |
| INTERMACS | 1 (1;1) | 1 (1;1) | 0,246 |

etiología del *shock* cardiogénico, scores pronósticos SOFA, SAVE, *Cards-hock*, SCAI scale, INTERMACS y APACHE II. Variables cualitativas descritas mediante frecuencias; cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Para el contraste de hipótesis: Test χ^2 en variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 105 pacientes, de los cuales sobrevivieron 51 (48,57%). Características demográficas, antecedentes personales, motivo implante ECMO VA y escalas pronósticas se muestran en la tabla. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la predicción de mortalidad con el uso de las escalas SOFA y SAVE score, sin encontrarse diferencias con el resto de escalas pronósticas empleadas.

Conclusiones: El uso de escalas predictoras de mortalidad podría ser de gran utilidad para el manejo de los pacientes con *shock* cardiogénico e implante de ECMO VA como soporte cardiopulmonar. Dentro de las escalas disponibles, solo SOFA y SAVE score han demostrado su validez pronóstica en nuestra población.

022-BIS. SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES, INTENSIDAD DEL SOPORTE ORGÁNICO Y TRATAMIENTOS ADYUVANTES

Canas Pérez J, Pérez Torres D, Cuenca Rubio C, Merino García PA, Sanz Hernán JJ, Sánchez Ballesteros J, Díaz Rodríguez C, Posadas Pita GJ, Colmenero Calleja C y Enriquez Giraudo PM

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínicas y manejo de los pacientes con *shock* séptico refractario, definido como dosis de noradrenalina (NA) $\geq 0,5$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ para mantener perfusión adecuada.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectiva de pacientes de UCI con sepsis/*shock* séptico durante 2018 y 2019. Comparación de *shock* no refractario (SNR) vs. refractario (SR), mediante χ^2 o U de Mann-Whitney, según corresponda. Resultados descritos como porcentaje o mediana (P_{25} - P_{75}).

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes, descritos en la tabla 1. El 76% recibió NA, descrito en la tabla 2. Complicaciones: isquemia (3 vs. 9%, $p = 0,09$), arritmias (22 vs. 35%, $p = 0,04$). Las arritmias se asociaron a mayor mortalidad en el SR (OR 6,6, IC95% 1,728-2, $p < 0,01$). Uso de tratamiento adyuvante (TA): calcio (37 vs. 28%, $p = 0,22$), bicarbonato (24 vs. 34%, $p = 0,16$), corticoides (10 vs. 25%, $p < 0,01$) y albúmina (11 vs. 28, $p < 0,01$). La necesidad de TA no se asoció a diferente pronóstico en SNR y se asoció a peor pronóstico en SR, como se describe en la tabla 3.

Tabla 1. Características de los pacientes

| | SNR (n = 123) | SR (n = 68) | p-valor |
|--------------------------------------|---------------|-------------|----------|
| Edad, años | 70 (60-77) | 66 (54-75) | 0,05 |
| Sexo masculino | 55% | 49% | 0,37 |
| APACHE-II | 20 (16-24) | 22 (16-25) | 0,75 |
| SOFA día 1 | 7 (5-9) | 5 (3-10) | $< 0,01$ |
| Comorbidity-Polypharmacy Score | 9 (5-13) | 11 (5-14) | 0,96 |
| Estancia UVI, días | 3 (2-7) | 3 (1-7) | 0,88 |
| Estancia hospitalaria, días | 15 (8-26) | 15 (8-33) | 0,82 |
| Mortalidad UVI | 8% | 24% | $< 0,01$ |
| Mortalidad hospitalaria | 14% | 27% | 0,03 |
| Microorganismos multirresistentes | 16% | 9% | 0,19 |
| Adecuación antibiótico | 89% | 91% | 0,70 |
| Ventilación mecánica | 27% | 35% | 0,22 |
| Terapia remplazo renal continua | 8% | 21% | 0,01 |
| Limitación tratamiento soporte vital | 16,2% | 17,6% | 0,8 |

Tabla 2. Descripción del uso de NA

| | Supervivientes | No supervivientes | p-valor |
|--|------------------|-------------------|----------|
| NA máx día 1 | 0,14 (0,09-0,2) | 0,5 (0,29-1) | $< 0,01$ |
| NA máx estancia | 0,14 (0,08-0,2) | 0,7 (0,34-1,2) | $< 0,01$ |
| Horas hasta NA máx | 4 (1-12) | 11 (4-22) | $< 0,01$ |
| Intensidad NA, $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ de tratamiento | 0,09 (0,05-0,15) | 0,36 (0,06-0,49) | $< 0,01$ |

Tabla 3. Tratamiento adyuvante y OR de mortalidad

| | SNR | | | SR | | |
|-------------|-----|----------|------|------|-----------|----------|
| | OR | IC95% | p | OR | IC95% | p |
| Calcio | 4,6 | 1,2-17,2 | 0,02 | 5,4 | 1,7-17,6 | $< 0,01$ |
| Bicarbonato | 2,2 | 0,4-10,2 | 0,23 | 11,2 | 2,6-54,8 | $< 0,01$ |
| Corticoides | 2,6 | 0,2-15,5 | 0,25 | 28,2 | 5,5-158,6 | $< 0,01$ |
| Albúmina | 3,9 | 0,6-20,5 | 0,06 | 7,9 | 1,9-33,3 | $< 0,01$ |

Conclusiones: En nuestros pacientes con sepsis y *shock* séptico, el SR se desarrolló en < 24 h y se asoció a mayor mortalidad. La necesidad de TA se asoció a peor pronóstico.

Neurointensivismo 1

Moderadores: Mario Chico Fernández y Jon Pérez Bárcena

023. ¿HA CAMBIADO EL MANEJO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIAS INTRACRANEALES ESPONTÁNEAS GRAVES DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS DÉCADAS?

Morán Gallego FJ, Sánchez Casado M, López de Toro Martín Consuegra I, Leal Sanz MP, Calle Flores A, Romeu Prieto JM, García Ortiz C, Buj Vicente M y Marina Martínez LC

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Analizar el manejo terapéutico y la evolución de pacientes ingresados en UCI de un hospital terciario con hemorragias intracraniales espontáneas (HICE) durante los últimos 20 años.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en UCI registrando los pacientes que ingresan con HICE comparando tres periodos: 1999-2001 (período I), 2015-2016 (período II) y 2020-2021 (período III). Se recogen datos basales, así como variables relacionadas con el manejo y evolución. Nuestro centro es referencia para pacientes neuroquirúrgicos en nuestra comunidad.

Resultados: 300 pacientes son incluidos en este tiempo con la distribución: período I 86 pacientes, período II 109 y III: 105 pacientes. Se adjunta tabla con resultados.

Conclusiones: Durante los últimos 23 años observamos una mayor gravedad de las HICE con una mortalidad tendente a ser menor (en torno al 35%). Destacable el papel más reducido del tratamiento quirúrgico, disminuyendo a la mitad en nuestra muestra, lo cual va paralelo a las recomendaciones. Las causas de muerte son similares (mayoría en muerte encefálica o limitación de terapias de soporte vital).

024. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR HEMORRAGIA CEREBRAL EN LA BASE DE DATOS MIMIC-III

Gordillo Resina MM^a, Aranda Martínez C^b, Guerrero Marín M^b, Guerrero López F^c, Arias Verdú MD^d, Castillo Lorente E^c y Rivera Fernández R^b

^aHospital Virgen de la Victoria, Málaga. ^bComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ^cHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ^dComplejo Hospitalario Regional Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Analizar la supervivencia de los pacientes ingresados en UCI con hemorragia cerebral y los factores relacionados con la supervivencia.

Métodos: Hemos estudiado los pacientes ingresados en la UCI con hemorragia cerebral (Código de diagnóstico CIE-9: 431) del hospital "Beth Israel Deaconess Medical Center" y que están recogidos en la base de datos MIMIC-III. Se ha estudiado la mortalidad hospitalaria y durante dos años tras su ingreso. Los datos cuantitativos se representan como media \pm desviación estándar y los cualitativos como frecuencias absolutas y relativas. El análisis multivariante se ha realizado con Regresión de Cox.

Resultados: La muestra está compuesta por 1.354 pacientes una edad de $68,18 \pm 15,26$ años y una peor puntuación en la escala de comas de Glasgow el día del ingreso en UCI de 12 ± 4 puntos. El 4,5%

| Tabla Póster 023 | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|---------|
| Variable | Categoría | 1999-2001 N = 86 | 2015-2016 N = 109 | 2020-2021 N = 105 | p |
| Edad | | 63,17 ± 13,68 | 64,44 ± 14,60 | 62,29 ± 15,75 | 0,581 |
| Sexo | Hombre | 54 (62,8%) | 61 (61,0%) | 50 (47,6%) | 0,061 |
| Datos hemorragia | | | | | |
| Localización | GGBB | 27 (31,4%) | 42 (42,9%) | 33 (31,4%) | |
| | Lobares | 40 (46,5%) | 46 (46,9%) | 36 (34,3%) | |
| | Cerebelosas | 16 (18,6%) | 7 (7,1%) | 21 (20,0%) | |
| | Tronco | 3 (3,5%) | 3 (3,1%) | 6 (5,7%) | |
| | Otras | 0 | 0 | 9 (8,6%) | < 0,001 |
| ICH score | | 1,91 ± 1,12 | 2,30 ± 1,36 | 2,54 ± 1,37 | 0,005 |
| Extensión intraventricular | | 51 (59,3%) | 58 (58,0%) | 51 (48,6%) | ,0252 |
| Datos ingreso | | | | | |
| GCS ingreso | | 9,40 ± 3,72 | 10,01 ± 4,44 | 9,52 ± 4,57 | 0,581 |
| Datos evolutivos UCI | | | | | |
| Estancia | | 8,11 ± 9,91 | 13,09 ± 15,27 | 9,31 ± 13,73 | 0,028 |
| Ventilación mecánica invasiva | | 69 (80,2%) | 62 (62,0%) | 78 (74,3%) | 0,018 |
| DVE | | 19 (22,1%) | 20 (20,0%) | 23 (21,9%) | 0,925 |
| Cirugía evacuadora | | 56 (65,1%) | 23 (23,0%) | 33 (31,4%) | < 0,001 |
| Traqueostomía | | 22 (25,6%) | 24 (24,0%) | 20 (19,0%) | 0,521 |
| Evolución UCI | Alta a planta | 29 (33,7%) | 60 (60,0%) | 65 (61,9%) | |
| | Exitus | 35 (40,7%) | 35 (35,0%) | 37 (35,2%) | |
| | Traslado a otros centros | 22 (25,6%) | 5 (5,0%) | 3 (2,9%) | < 0,001 |
| Motivo de exitus | SDMO | 7 (20,0%) | 3 (7,7%) | 6 (16,2%) | |
| | LTSV | 10 (28,6%) | 12 (30,8%) | 11 (29,7%) | |
| | Muerte encefálica | 12 (34,3%) | 20 (51,3%) | 14 (37,8%) | |
| | HTIC refractaria | 4 (11,4%) | 0 | 4 (10,8%) | |
| | Otros | 2 (5,7%) | 4 (10,3%) | 2 (5,4%) | 0,371 |

presentaban una puntuación en la escala de comas de Glasgow de 3 puntos, el 18,2% presentaban una puntuación menor o igual a 8 puntos, el 15,7% tenían una puntuación entre 8 y 12 puntos y el 66,7% con puntuaciones entre 13 y 15 puntos. El 43,1% presentaban una puntuación de 15 puntos. La mortalidad hospitalaria fue del 31,8%, a los 30 días fue de 35,9%, a los seis meses de 44,4%, al año del 48% y a los dos años del 51,8%. Se ha realizado un análisis multivariable de la supervivencia. El análisis con regresión de Cox mostró que la mortalidad estuvo relacionada con la con la puntuación al día del ingreso en la escala de Glasgow (HR: 0,95 (0,93-0,97)) y con la edad (HR: 1,026 (1,021-1,03)).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria de los pacientes ingresados en UCI es alta siendo superior al 30%, aumentando progresivamente durante los dos años siguiente y al año es cercano al 50% y a los dos años supera el 50%.

025. COMPARACIÓN DE LOS DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS EN TRES TRIENIOS

Jaramillo Sotomayor C, Goncalves G, López García M, Jiménez Clemente J, Gómez Mediavilla K, Lorente Balanza JA y Tejerina E

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Comparar los resultados funcionales y la mortalidad de los pacientes con patología estructural neurológica aguda en tres periodos consecutivos. Comparar los resultados funcionales y la mortalidad de los pacientes con patología estructural neurológica aguda en tres periodos consecutivos.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de todos pacientes neurocríticos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de noviembre de 2021, divididos

| Tabla Póster 025 | | | | |
|--|---|---|---|---------|
| Características basales | 1º trienio (2012-2015) n = 223 (29,5%) | 2º trienio (2016-2018) n = 235 (31%) | 3º trienio (2018-2021) n = 299 (39,5%) | Valor p |
| Edad, media (desviación estándar, DE) | 63 (15) | 61 (16) | 63 (15) | 0,146 |
| Sexo, femenino, n (%) | 93 (42) | 83 (35) | 102 (34) | 0,178 |
| SAPS II, media (DE) | 38 (17) | 36 (17) | 35 (15) | 0,115 |
| Glasgow Coma Scale (GCS) al ingreso, media (DE) | 10 (5) | 11 (5) | 11 (4) | 0,022 |
| Patología neurológica, n (%) | | | | |
| Hemorragia intracraneal | 104 (47) | 118 (50) | 128 (43) | 0,233 |
| Traumatismo craneoencefálico | 72 (32) | 68 (29) | 94(31) | 0,718 |
| Hemorragia subaracnoidea | 32 (14) | 41 (17) | 65 (22) | 0,090 |
| Ictus isquémico | 15 (7) | 8 (3) | 12 (4) | 0,194 |
| Desenlaces | | | | |
| Intubados, n (%) | 151 (68) | 151 (64) | 180 (60) | 0,202 |
| Duración de la VM (días), mediana (rango intercuartil, RI) | 8 (3-14) | 7 (2-17) | 7 (3-14) | 0,143 |
| Tº estancia en UCI (días), mediana (RI) | 6 (3-15) | 6 (2-17) | 6 (3-14) | 0,520 |
| Tº estancia hospitalaria (días), mediana (RI) | 12 (7-28) | 15 (6-32) | 14 (7-29) | 0,493 |
| mRS, n (%) | | | | |
| 0-2 | 83 (37) | 87 (37) | 101 (34) | 0,645 |
| 3-5 | 75 (34)* | 99 (42) | 133 (44,5)* | 0,037 |
| Mortalidad, n (%) | 65 (29) | 50 (21) | 68 (23) | 0,110 |

en tres trienios (2012-2015, 2016-2018 y 2019-2021). La diferencia entre grupos se evaluó mediante comparación post hoc de análisis de la varianza.

Resultados: Se incluyeron 757 enfermos que ingresaron en UCI durante un periodo de 9 años.

Conclusiones: En los últimos 3 años, el porcentaje de pacientes neurocríticos ingresados en nuestra UCI es mayor, tienen menor gravedad al ingreso (definida por la puntuación en las escalas GCS y SAPS II) y, aunque la diferencia no es significativa, la mortalidad también es menor, lo que sin embargo no se traduce en mejores resultados funcionales (mRS 3-5).

026. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LA MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO MEDIANTE DEFORMACIÓN MIOCÁRDICA

Vilà-Vilardell C^a, Vallés-Angulo S^b, Climent Company C^a, Dot Jordana I^a, Ravelo Barba J^a, Castellví Font A^a, Acer Puig M^a, Marín-Corral J^a, Masclans Enviz JR^a y Pérez-Terán P^a

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital Universitari de Traumatologia Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Comparar la prevalencia de la miocardiopatía por estrés en los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) con respecto al resto de pacientes neurocríticos (no-HSA) mediante el análisis ecocardiográfico de la deformación miocárdica.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico en pacientes neurocríticos (HSA vs. no-HSA) ingresados en una UCI. Se realizó una ecocardiografía al ingreso en UCI donde se analizó la función sistólica de ventrículo izquierdo mediante la fracción de eyección (FEVI) y la deformación longitudinal global (*global longitudinal strain*, GLS) por *speckle tracking*, estableciendo la normalidad según los puntos de corte validados (FEVI \geq 52% y GLS \leq -18%). Se recogieron datos demográficos y se estratificó la gravedad del daño neurológico según la escala de coma de Glasgow (GCS) al ingreso en leve (13-15), moderado (10-12), y grave (9-3). Se realizó un análisis estadístico biviariado entre ambos grupos mediante la prueba t de Student para variables continuas paramétricas, la prueba U de Mann-Whitney para no paramétricas, y la prueba de χ^2 para variables categóricas. CEIC PSMAR 2017/7361/I.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes (45 HSA y 54 no-HSA) con mayor porcentaje de mujeres en el grupo HSA (64 vs. 26%; $p < 0,001$), sin diferencias en cuanto a edad (55 \pm 11 vs. 53 \pm 18 años; $p = 0,604$), gravedad al ingreso (APACHE 13 \pm 8 vs. 17 \pm 9 puntos; $p = 0,052$, y SOFA 4 \pm 3 vs. 4 \pm 3; $p = 0,309$) ni en gravedad del daño neurológico (leve 56 vs. 39%, moderada 9 vs. 22%, y grave 35 vs. 39%; $p = 0,120$). Ambos grupos no presentaron diferencias en FEVI (65 \pm 9 vs. 64 \pm 8%; $p = 0,141$) ni GLS (-18,4 \pm 4,7 vs. -17,3 \pm 3,5%; $p = 0,263$). La disfunción miocárdica diagnosticada mediante ambas técnicas tendió a ser más prevalente a mayor gravedad neurológica aunque sin alcanzar significación estadística (tabla). En ambos grupos (HSA vs. no-HSA), de los pacientes con disfunción diagnosticada por GLS un 77% y un 86% respectivamente presentaron FEVI normal.

| TABLA 1. Ecografía y gravedad | Gravedad según GCS | | | p |
|-------------------------------|--------------------|----------|--------|-------|
| | leve | moderada | grave | |
| GLS > -18% | | | | |
| HSA, n (%) | 5 (26) | 2 (50) | 6 (60) | 0.189 |
| No HSA, n (%) | 7 (44) | 5 (56) | 9 (64) | 0.527 |
| FEVI < 52% | | | | |
| HSA, n (%) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (21) | 0.035 |
| No HSA, n (%) | 2 (12) | 0 (0) | 1 (6) | 0.480 |

Se consideran estadísticamente significativas $p \leq 0.05$

Conclusiones: Los pacientes con HSA no presentan mayor prevalencia de miocardiopatía por estrés que el resto de neurocríticos. La prevalencia de la disfunción miocárdica tiende a ser mayor según aumenta la gravedad del daño neurológico. En estos pacientes, el uso de la FEVI para el diagnóstico de miocardiopatía por estrés conlleva un infradiagnóstico si se compara con el GLS.

027. EVOLUCIÓN DE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL A LO LARGO DE UN AÑO DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA CEREBRAL

Gómez Mediavilla KA^a, Goncalves Goncalves GC^a, Rodríguez Ruiz C^b, Jiménez Clemente J^a, Jaramillo Sotomayor CE^a, López García M^a y Tejerina Álvarez EE^a

^aHospital Universitario de Getafe, Madrid. ^bHospital Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: Analizar la recuperación funcional a largo plazo de los pacientes con hemorragia intracerebral (HIC).

Métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes con HIC ingresados en la UCI del Hospital de Getafe desde 1/1/16 a 31/12/19, con seguimiento durante un año mediante contacto telefónico a los 3, 6 y 12 meses. La situación funcional se evaluó con la escala de Rankin modificada (Rm). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos.

Resultados: Ingresaron 136 pacientes con HIC, 86 (63%) hombres, la mediana de edad fue 68 (RI: 55-75) años. En cuanto a la localización de las hemorragias, 38 (28%) fueron profundas, 74 (54%) lobares y 24 (18%) infratentoriales. La puntuación media en las escalas ICH y FUNC score fue 2 \pm 1 y 7 \pm 2, respectivamente. La mediana de estancia hospitalaria fue 14 (RI: 6-32) días. Se completó el seguimiento a los 12 meses en 134 pacientes. Se consideró la independencia funcional como una puntuación en la Rm \leq 2 (independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, puede tener limitaciones en algunas actividades habituales y laborales previas).

| Independencia funcional (Rm \leq 2), n (%) | Alta del hospital | | | |
|--|-------------------|---------|----------|---------|
| | 3 meses | 6 meses | 12 meses | |
| Total | 18 (13) | 30 (22) | 38 (28) | 45 (34) |
| Edad | | | | |
| < 65 años | 11 (20) | 15 (27) | 19 (34) | 24 (43) |
| \geq 65 años | 7 (9) | 15 (19) | 19 (24) | 21 (27) |
| GCS ¹ | | | | |
| \leq 8 | 1 (2) | 2 (4) | 4 (7) | 5 (9) |
| > 8 | 17 (22) | 28 (36) | 34 (44) | 40 (51) |
| ICH | | | | |
| 0-2 | 18 (22) | 29 (35) | 35 (43) | 41 (50) |
| 3 | 0 (0) | 1 (3) | 3 (10) | 3 (10) |
| \geq 4 | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (5) |
| FUNC score | | | | |
| \leq 5 | 1 (3) | 1 (3) | 2 (6) | 3 (9) |
| 6-8 | 4 (8) | 9 (18) | 11 (22) | 14 (28) |
| \geq 9 | 13 (26) | 20 (40) | 15 (50) | 28 (56) |
| Localización | | | | |
| Profunda | 6 (15) | 7 (18) | 9 (24) | 10 (26) |
| Lobar | 8 (11) | 18 (25) | 22 (30) | 26 (36) |
| Infratentorial | 4 (17) | 5 (21) | 7 (29) | 9 (37) |

¹GCS en el primer contacto médico en ausencia de sedación.

Conclusiones: La situación funcional de los pacientes con HIC continúa mejorando a lo largo del año posterior a la HIC, especialmente en los pacientes menores de 65 años y en los que tienen menor deterioro neurológico en las escalas de gravedad (GCS, ICH y FUNC Score).

028. EVOLUCIÓN DE LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Gómez Mediavilla KA^a, Goncalves Goncalves GC^a, Rodríguez Ruiz C^b, Jiménez Clemente J^a, Jaramillo Sotomayor CE^a y Tejerina Álvarez EE^a

^aHospital Universitario de Getafe, Madrid. ^bHospital Infanta Leonor, Madrid.

Objetivos: Analizar la evolución de la recuperación funcional de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) durante el año posterior a la misma.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes con HSA ingresados en la UCI del Hospital de Getafe desde 1/1/16 a 31/12/19. Se realizó seguimiento mediante contacto telefónico a los 3, 6 y 12 meses. La situación funcional se evaluó con la escala de Rankin modificada (Rm). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos.

Resultados: Ingresaron 66 pacientes con HSA, 36 (54%) fueron mujeres. La mediana de edad fue 52 (RI: 47-63) años. En 43 (65%) de los pa-

cientes se identificó un aneurisma cerebral (el 79% en la circulación anterior y el 21% en la circulación posterior). Se realizó tratamiento endovascular en 27 (68%) pacientes y quirúrgico en 12 (28%). La media de estancia hospitalaria fue 12 (RI: 7-32) días. El seguimiento al año se completó en 64 pacientes. Se consideró la independencia funcional como una puntuación en la Rm ≤ 2 (independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, puede tener limitaciones en algunas actividades habituales y laborales previas).

| Rm ≤ 2 n (%) | Alta hospital | 3 meses | 6 meses | 12 meses |
|-------------------|---------------|---------|---------|----------|
| Total | 29 (45) | 34 (53) | 37 (58) | 42 (66) |
| Edad | | | | |
| ≤ 65 años | 26 (50) | 30 (58) | 33 (63) | 36 (69) |
| > 65 años | 3 (25) | 4 (33) | 4 (33) | 6 (50) |
| GCS ¹ | | | | |
| ≤ 8 | 0 (0) | 3 (15) | 4 (20) | 5 (25) |
| > 8 | 29 (66) | 31 (71) | 33 (75) | 37 (84) |
| HUNT y HESS | | | | |
| ≤ 3 | 29 (66) | 32 (73) | 34 (77) | 38 (86) |
| ≥ 4 | 0 (0) | 2 (10) | 3 (15) | 4 (20) |
| WFNS | | | | |
| ≤ 3 | 29 (66) | 32 (73) | 34 (77) | 38 (86) |
| ≥ 4 | 0 (0) | 2 (10) | 3 (15) | 4 (20) |
| Fisher | | | | |
| ≤ 3 | 19 (76) | 21 (84) | 22 (88) | 23 (92) |
| 4 | 10 (26) | 13 (33) | 15 (39) | 19 (49) |

¹GCS en el primer contacto médico en ausencia de sedación.

Conclusiones: La recuperación neurológica tras una HSA es progresiva a lo largo del siguiente año, incluso en los pacientes con peor pronóstico. Uno de cada cinco pacientes con una puntuación ≥ 4 en la Escala de Hunt-Hess y en la WFNS recupera la independencia funcional al año.

029. EVOLUCIÓN DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 DÉCADAS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PRESENTACIÓN DE LAS HEMORRAGIAS CEREBRALES ESPONTÁNEAS

Morán Gallego FJ, López de Toro Martín Consuegra I, Sánchez Casado M, Calle Flores A, Leal Sanz MP, Morales Varas G, Pedrosa Guerrero A, Márquez Doblas M, Marina Martínez LC y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

| Tabla Póster 029 | | 1999-2001 (N = 86) | 2015-2016 N = 109 | 2020-2021 N = 105 | p |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|---------|
| Variable | Categoría | | | | |
| Edad | | 63,17 \pm 13,68 | 64,44 \pm 14,6 | 62,29 \pm 15,75 | 0,581 |
| Sexo | Hombre | 54 (62,8%) | 61 (61%) | 50 (47,6%) | 0,061 |
| Procedencia | Urgencias | | 72 (72%) | 51 (48,6%) | |
| | Otro centro | | 23 (23%) | 46 (43,8%) | 0,003 |
| Antecedentes | | | | | |
| | Hipertensión arterial | 53 (61,6%) | 66 (66,0%) | 64 (61,0%) | 0,725 |
| | Diabetes mellitus | 11 (12,8%) | 24 (24,0%) | 33 (31,4%) | 0,010 |
| | Dislipemia | 9 (10,5%) | 30 (30,0%) | 36 (34,3%) | < 0,001 |
| | Obesidad | | 9 (9,0%) | 15 (14,3%) | 0,281 |
| | Cardiopatía | 16 (18,6%) | 29 (29,3%) | 16 (15,2%) | 0,039 |
| | ACV | 18 (20,9%) | 5 (5,0%) | 13 (12,4%) | 0,004 |
| | Antiagregación | 22 (22,2%) | 25 (23,8%) | 47 (23,0%) | 0,788 |
| | Anticoagulación | 8 (9,3%) | 15 (15,0%) | 16 (15,2%) | 0,413 |
| Datos hemorragia | | | | | |
| Localización | GGBB | 27 (31,4%) | 42 (42,9%) | 33 (31,4%) | |
| | Lobares | 40 (46,5%) | 46 (46,9%) | 36 (34,3%) | |
| | Cerebelosas | 16 (18,6%) | 7 (7,1%) | 21 (20,0%) | |
| | Tronco | 3 (3,5%) | 3 (3,1%) | 6 (5,7%) | < 0,001 |
| ICH score | | 1,91 \pm 1,12 | 2,30 \pm 1,36 | 2,54 \pm 1,37 | 0,005 |
| Extensión intraventricular | | 51 (59,3%) | 58 (58,0%) | 51 (48,6%) | 0,252 |
| Etiología | HTA | | 53 (55,8%) | 46 (54,8%) | |
| | Antitrombóticos | | 20 (21,1%) | 13 (15,5%) | |
| | Vascular | | 10 (10,5%) | 11 (13,1%) | |
| | Otros | | 12 (12,6%) | 14 (16,6%) | |

Objetivos: Analizar las diferencias en las características de presentación de las hemorragias intracraniales espontáneas (HICE) durante más de dos décadas en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en Hospital III grado, referencia neuroquirúrgica de la comunidad. Se recogen todos los ingresos de pacientes con HICE durante 3 periodos: 1999-2001 (período I), 2015-2016 (período II) y 2020-2021 (período III). Se analizan variables demográficas, clínicas y características de la hemorragia, así como evolutivas durante su estancia en UCI.

Resultados: 300 pacientes ingresados, 86 en periodo I, 109 en el II y 105 en el III. En nuestra unidad la HICE supone el 16,6% del total de pacientes ingresados en una unidad de neurocríticos. Se adjunta tabla con resultados.

Conclusiones: La HICE es una patología prevalente que durante estas dos últimas décadas ha modificado las características de presentación en UCI. Ha ido aumentando su prevalencia en mujeres, con más antecedentes cardiovasculares. La etiología no ha cambiado, la gravedad ha aumentado y el número de pacientes de otros centros de origen se ha incrementado. En cuanto a su localización, mayor prevalencia de hemorragia cerebelosa y troncoencefálicas, sin cambios en la etiología.

030. EVOLUCIÓN, ESCALAS Y PRONÓSTICO NEUROLÓGICO EN PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Giménez Gutiérrez JM, Cruces Moreno T, Fernández Moreno P y Peláez J

Hospital San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar el neuropronóstico tomando como referencia la escala Glasgow Outcome Score (3-5: bueno, 1-2: malo). Analizar la estrategia tomada en los casos en los que se decide (ATSV). Dentro de la misma, establecer el papel de la enolasa en dicha decisión.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyen pacientes ingresados por PCR recuperada durante un periodo de 33 meses > 18 años. Excluimos pacientes con traumatismo craneoencefálico.

Resultados: n: 37 pacientes (40,5% mujeres, 59,5% hombres), edad media 59 años. 56,8% atendidos de forma intrahospitalaria, 40,5 en extrahospitalaria. Causa: 27% arritmias, 24,3% cardiopatía isquémica, 24,3% insuficiencia respiratoria, 13,5% intoxicación medicamentosa y 10,8% hemorragia. Un 48,6% evolucionó favorablemente con pronóstico neurológico bueno; el 51,4% restante se catalogó como malo. De éstos, un 21,6% fallecieron por fallo múltiple de órganos. En el 29,7% restante se decidió LET. Para la toma de dicha decisión, se combinaron diferentes predictores de mal pronóstico: niveles de enolasa + abolición de N20

(16,2%) y niveles de enolasa + abolición de N20 + neuroimagen (8,1%). El tiempo de limitación medio fue de 6,21 días. La determinación de enolasa no siguió un protocolo establecido; por ello analizamos la cifra máxima registrada en todos los pacientes durante su evolución observándose una relación significativa de dicho valor con respecto al pronóstico (pico enolasa mal pronóstico: 78,46, OR de 1,06; p 0,01).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con mal pronóstico neurológico fallecen por (ATSV) teniendo un gran papel en nuestra cohorte la abolición de los N20.

031. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD TRAS EL ALTA DE UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA: ANÁLISIS TRAS 8 AÑOS

Sánchez Ramírez C^a, Lübbe Vázquez CF^a, Díaz Suárez LdM^a, Rodríguez Mata C^a, Padrón Mujica A^a, Saavedra Santana P^b y Ruiz Santana S^a

^aHospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar los factores asociados con la discapacidad y la mortalidad en pacientes con craniectomía descompresiva (CD) en una UCI neurotraumática.

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 1 diciembre de 2021 que requirieron CD. La CD se realizó por hipertensión intracraneal (HIC) refractaria al tratamiento

médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craniectomía y complicaciones; escala Rankin y escala outcome de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico y número de horas con presión intracraneal elevada antes de CD; hipo e hiperglucemia; aplicación de tratamiento hiperosmolar; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Los porcentajes se compararon con el test de la χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó un análisis univariado de mortalidad y discapacidad en el momento del alta de la UCI y 6 meses después del alta de UCI. Se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 3.3.1 (R Development Core Team, 2019).

Resultados: Se analizaron 47 pacientes con CD. La mayoría fueron hemorragias subaracnoideas (HSA) 25 (53,2%) Las CD en TCE se realizaron en 16 (34,8%) pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron hidrocefalia 21 (45,6%) y necesidad de reintervención 16 (35,6%). Ocho pacientes fallecieron al alta de UCI (14,6%), 5 (62,5%) de ellos fueron HSA. De los 16 pacientes con TCE y CD, fallecieron 5 (31,25%) 2 de ellos en UCI. La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 5 y el GOS fue de 3. Rankin a los 6 meses después de alta de UCI, fue de 4 y el GOS fue de 3. En el análisis de discapacidad tras el alta de UCI y 6 meses tras el alta no obtuvimos otros factores asociados significativamente, salvo mediana escala Rankin y GOS al alta y 6 meses tras el alta (tabla 1). La mortalidad a 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con la reactividad pupilar bilateral previa a CD (tabla 2).

Figura 1 Póster 031

| | Todos N = 47 | Rankin at alta UCI | | p |
|--|-----------------|--------------------|---------------|-------|
| | | <3 N=9 | ≥3 N=38 | |
| Edad (años) | 47(36-56) | 42(39-56) | 47(36-55) | 0.989 |
| Sexo varón | 29(61.7) | 5(55.6) | 24(63.2) | 0.716 |
| APACHE-II | 22(19-25.8) | 25(21.5-26.5) | 22(18.5-24.5) | 0.282 |
| GCS al Ingreso | 8.5(5.8-13.2) | 12(5-13) | 8(6-13.5) | 0.930 |
| GCS al ingreso en UCI | 3(3-7) | 3(3-10) | 3(3-7) | 0.613 |
| Rankin alta UCI | 5(4-5) | 1(1-1) | 5(4-5) | <.001 |
| Rankin 6 meses tras alta de UCI | 4(2-5) | 1(1-1) | 5(4-6) | <.001 |
| GOS alta UCI | 3(2-3) | 5(4-5) | 3(2-3) | <.001 |
| GOS 6 meses tras alta de UCI | 3(2-4) | 5(5-5) | 3(1-4) | <.001 |
| Diabetes mellitus | 5(10.6) | 1(11.1) | 4(10.5) | 1 |
| Hipertensión arterial | 8(17.0) | 3(33.3) | 5(13.2) | 0.167 |
| Dislipemia | 8(17.0) | 2(22.2) | 6(15.8) | 0.639 |
| Tumor | 3(6.5) | 1(12.5) | 2(5.3) | 0.444 |
| HSA | 25(53.2) | 5(55.6) | 20(52.6) | 1 |
| Hidrocefalia | 21(45.6) | 2(25.0) | 19(50.0) | 0.26 |
| Necesidad Reintervención por Complicaciones | 16(35.6) | 1(14.3) | 15(39.5) | 0.393 |
| TCE | 16(34.8) | 5(55.6) | 11(29.7) | 0.241 |
| Tto antiagregantes | 2(4.3) | 1(11.1) | 1(2.6) | 0.350 |
| ACM Maligna | 11(23.4) | 1(11.1) | 10(26.3) | 0.663 |
| Subdural agudo | 15(32.6) | 3(37.5) | 12(31.6) | 1 |
| Obliteración 3er ventrículo o colapso cisternas de la base | 18(39.1) | 1(12.5) | 17(44.7) | 0.124 |
| Hematoma no evacuado | 8(17.4) | 3(37.5) | 5(13.2) | 0.129 |
| Contusión focal con edema yExpansividad | 18(39.1) | 5(62.5) | 13(34.2) | 0.232 |
| IOT previo Hospital | 13(27.7) | 4(44.4) | 9(23.7) | 0.237 |
| IOT Urgencias | 17(36.2) | 1(11.1) | 16(42.1) | 0.127 |
| IOT quirófano | 11(23.4) | 3(33.3) | 8(21.1) | 0.419 |
| Transfusión previo CD | 9(20.0) | 1(12.5) | 8(21.6) | 1 |
| Convulsiones previo CD | 6(13.3) | 0 | 6(16.2) | 0.572 |
| Midriasis bilateral arreactiva previo CD | 3(6.7) | 0 | 3(8.1) | 1 |
| Ambas pupilas reactivas previo CD | 31(68.9) | 6(85.7) | 25(65.8) | 0.407 |
| Una pupila reactiva previo CD | 7(15.9) | 0 | 7(18.4) | 0.568 |
| Ninguna pupila reactiva previo CD | 5(11.1) | 1(14.3) | 4(10.5) | 1 |
| Exitus UCI | 8(17.4) | 0 | 8(21.1) | 0.317 |
| Exitus alta Hospital | 2(4.7) | 0 | 2(5.7) | 1 |
| Exitus 6 meses tras alta UCI | 4(10.0) | 0 | 4(12.1) | 1 |
| Exitus | 14(29.8) | 0 | 14(36.8) | 0.042 |
| Desplazamiento línea media TAC ingreso | 5(0-9) | 1.5(0-8.5) | 5(0-9) | 0.557 |
| Plaquetas antes CD | 224(185-264) | 258(246-293) | 214(182-256) | 0.142 |

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaracnoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craniectomía descompresiva

Figura 2 Póster 031

Tabla 2. Análisis univariado de mortalidad a las 6 meses alta UCI en pacientes con CD

| | Todos N = 47 | Vivos N = 33 | Muertos N = 14 | p |
|---|------------------|-----------------|-------------------|-------|
| Edad (años) | 47.1 ± 14.0 | 46.6 ± 14.5 | 48.5 ± 13.0 | 0.671 |
| Sexo varón | 29 (61.7) | 22 (66.7) | 7 (50.0) | 0.282 |
| APACHE-II | 22 (19 - 26) | 22 (18 - 25) | 22 (20 - 25) | 0.475 |
| Diabetes Mellitus | 5 (10.6) | 3 (9.1) | 2 (14.3) | 0.627 |
| Hipertensión arterial | 8 (17.0) | 7 (21.2) | 1 (7.1) | 0.405 |
| Dislipemia | 8 (17.0) | 6 (18.2) | 2 (14.3) | 1 |
| Tumor | 3 (6.5) | 2 (6.2) | 1 (7.1) | 1 |
| HSA | 25 (53.2) | 18 (54.5) | 7 (50.0) | 0.775 |
| Tto con antiagregantes | 2 (4.3) | 2 (6.1) | 0 | 1 |
| ACM Maligna | 5 (10.6) | 3 (9.1) | 2 (14.3) | 0.627 |
| Subdural agudo | 15 (32.6) | 11 (34.4) | 4 (28.6) | 1 |
| Obliteración 3º ventrículo o colapso cisternas de la base | 18 (39.1) | 12 (37.5) | 6 (42.9) | 0.732 |
| Hematoma no evacuado | 8 (17.4) | 7 (21.9) | 1 (7.1) | 0.403 |
| Contusión focal con edema y expansividad | 18 (39.1) | 15 (46.9) | 3 (21.4) | 0.104 |
| Lesión evacuada | 9 (19.6) | 6 (18.8) | 3 (21.4) | 1 |
| TCE | 16 (34.8) | 11 (34.4) | 5 (35.7) | 1 |
| Ninguna pupila reactiva previo CD | 5 (11.1) | 3 (9.7) | 2 (14.3) | 0.639 |
| IOT previo Hospital | 13 (27.7) | 10 (30.3) | 3 (21.4) | 0.726 |
| IOT Urgencias | 17 (36.2) | 11 (33.3) | 6 (42.9) | 0.534 |
| IOT quirófano | 11 (23.4) | 8 (24.2) | 3 (21.4) | 1 |
| Transfusión previo CD | 9 (20.0) | 6 (18.8) | 3 (23.1) | 0.268 |
| Convulsiones previo CD | 6 (13.3) | 3 (9.4) | 3 (23.1) | 0.334 |
| Midriasis bilateral arreactiva previo CD | 3 (6.7) | 2 (6.2) | 1 (7.7) | 1 |
| Ambas pupilas reactivas previo CD | 31 (68.9) | 25 (80.7) | 6 (42.9) | 0.017 |
| Una pupila reactiva previo CD | 7 (15.9) | 3 (10.0) | 4 (28.6) | 0.184 |
| Ninguna pupila reactiva previo CD | 5 (11.1) | 3 (9.7) | 2 (14.3) | 0.639 |
| Lesión extracraneal | 4 (8.9) | 2 (6.2) | 2 (15.4) | 0.567 |
| Exitus UCI | 8 (17.4) | - | 8 (57.1) | |
| Exitus Hospital | 2 (4.7) | - | 2 (14.3) | |
| Exitus 6 meses tras alta de UCI | 4 (10.0) | - | 4 (28.6) | |
| Desplazamiento línea media TAC ingreso | 5 (0 - 9) | 4 (0 - 8) | 7 (1 - 10) | 0.218 |
| GCS Ingreso | 8.5 (5.8 - 13.2) | 8 (5 - 13.5) | 9 (6 - 13) | 0.928 |
| GCS ingreso UCI | 3 (3 - 7) | 3 (3 - 8) | 3 (3 - 5) | 0.806 |
| Plaquetas antes CD | 224 (183 - 264) | 224 (188 - 263) | 228 (164 - 280) | 0.754 |

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaracnoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con CD fue del 14,6% al alta de UCI. Los pacientes con TCE y CD tuvieron una mortalidad del 12,5% al alta de UCI. EL Rankin y GOS reflejan una discapacidad moderadamente grave en nuestros pacientes con CD al alta y 6 meses después del alta de la UCI. La mortalidad 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con la reactividad pupilar bilateral previa a CD.

032. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA HSA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, García Pacios V, de la Montaña Díaz P, González Casanova R, Delgado Pascual A, Alonso Martínez P, Maichle Null S y Pardo Rey C

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbi-mortalidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA entre julio 2012 y diciembre del 2021. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuan-

titativas en mediana y cuartiles primero y tercero, al no ajustarse a una distribución normal. Análisis bivariados mediante t. Student y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 25(IBM®) y R.

Resultados: Se analizaron 209 pacientes. El 60,76% fueron mujeres. El 61,24% fueron menores de 65 años. El 71,77% presentaron Fisher III o IV. Se realizaron 192 arteriografías diagnósticas. La lesión subyacente fue en 164 (85,4%) pacientes, en uno de ellos acompañado de malformación vascular. Hubo dos pacientes con fístula, y 9 malformaciones vasculares (incluida la descrita en aneurisma). En 18 (9,4%) pacientes no se encontró lesión vascular y en 17 no se realizó arteriografía. En el 69,4% tratamiento endovascular de la lesión, solo el 28,7% preciso DVE. El tiempo de demora entre ingreso y tratamiento fue de 1 día de mediana (q25: 0; q75: 1). La incidencia de vasoespasmo fue del 14,4%, y resangrado 9,6%. La mortalidad en UCI fue del 20,6%. En el estudio bivariado, el tratamiento endovascular frente al no tratamiento ($p < 0,001$) se mostró protector. Fueron marcadores de mal resultado: la presencia de aneurisma como lesión subyacente condicionando el 72,1% de los fallecimientos. El hematoma intraparenquimatoso y la hemorragia intraventricular ($p = 0,004$, $p = 0,016$) respectivamente. Los grados III y IV, así como el estrato mas bajo del GCS (3-8) tanto en el ingreso como durante la evolución en UCI ($p = 0,001$; $p < 0,001$). La intubación emergente y la necesidad de ventilación mecánica también mostraron significación entre los fallecidos y supervivientes.

Conclusiones: La HSA espontánea que llega a ingresar en UCI no muestra una preferencia por sexo. De forma mayoritaria la presencia de aneurisma es la causante de dicha hemorragia. El Fisher y el GCS definen la gravedad de los pacientes. La inmediatez de la arteriografía no parece ser determinante en el resultado final, considerando que la mayoría de las angiografías se hicieron en las primeras 24 horas. La presencia de HIV y la necesidad de ventilación mecánica empeoran los resultados.

033. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DESARROLLO DE ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA DURANTE 8 AÑOS

Sánchez Ramírez C^a, Lübbe Vázquez CF^a, Cabrera Sánchez M^a, Lapi Cerezo F^a, Rodríguez Mata C^a, San Martín Bragado M^a, Saavedra Santana P^b y Ruiz Santana S^b

^aHospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar factores de riesgo de desarrollo de isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), ingresados en una UCI neurotraumática.

Métodos: Datos recogidos prospectivamente, desde octubre 2013 a diciembre 2021, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos, datos neurológicos (examen clínico, reactividad y tamaño pupilar, y Glasgow Coma Score (GCS)); localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracraneal (HIC); presencia y volumen hemorragia intraventricular; días para desarrollar vasoespasmio; desarrollo de ICT; escala de Fisher, escala de Fisher modificada (MFS), escala de Hunt y Hess (HHS), escala de Word Federation of Neurosurgeons (WFNS); presencia de vasoespasmio en doppler y/o arteriografía; retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones; Escala de resultados de Glasgow (GOS) en la UCI, al alta y 6 meses tras alta de UCI y otros factores. Se realizó un estudio univariado y para identificar los factores que mantienen una asociación independiente con ICT, se realizó un análisis de regresión logística multivariante. Se consideró significativo: $p \leq 0,05$.

Resultados: Se recogieron 206 pacientes con HSA, y 50 (22,5%) desarrollaron ICT. Los datos demográficos y los tipos de admisión (tabla 1). El aneurisma de la arteria Comunicante Posterior se asoció significativamente a más desarrollo de ICT. Las complicaciones más frecuentes de estos pacientes fueron: hidrocefalia 25 (50,0%) e infarto cerebral 37 (74,0%). Los pacientes que precisaron clipaje 15 (30,0%) así como el

Figura 1 Póster 033

| Tabla 1. Análisis univariado | Isquemia cerebral tardía | | p |
|--|--------------------------|--------------|-------|
| | No N = 156 | Si N = 50 | |
| Edad (años) | 56.6 ± 14.0 | 54.5 ± 11.2 | 0.326 |
| Sexo varón | 58 (37.2) | 12 (24.0) | 0.087 |
| APACHE-II ingreso UCI | 13.8 ± 8.0 | 15.9 ± 6.9 | 0.098 |
| SOFA ingreso UCI | 2 (0 - 5) | 4 (1 - 8) | 0.025 |
| EXITUS | 32 (20.5) | 13 (26.0) | 0.414 |
| EXITUS UCI | 19 (12.2) | 10 (20.0) | 0.166 |
| EXITUS Hospital | 13 (8.3) | 4 (8.0) | 1 |
| Hipertensión arterial | 71 (45.8) | 25 (50.0) | 0.605 |
| Diabetes | 20 (12.9) | 5 (10.0) | 0.585 |
| Dislipemia | 39 (25.2) | 12 (24.0) | 0.869 |
| Fumador | 53 (34.2) | 23 (46.0) | 0.133 |
| Número plaquetas al ingreso | 15 (9.8) | 3 (6.0) | 0.570 |
| Cirugía urgente al ingreso | 17 (11.0) | 10 (20.4) | 0.089 |
| Paciente orientado | 89 (57.4) | 13 (26.0) | <.001 |
| Paciente alerta | 95 (60.9) | 18 (36.0) | 0.002 |
| Paciente confuso | 24 (15.4) | 10 (20.0) | 0.444 |
| Paciente estuporoso | 31 (20.0) | 21 (42.9) | 0.001 |
| Midriasis Bilateral | 5 (3.2) | 2 (4.1) | 0.676 |
| Anisocoria | 13 (8.4) | 10 (20.4) | 0.021 |
| Isocoria | 137 (89.0) | 39 (79.6) | 0.093 |
| Ambas pupilas reactivas | 137 (89.5) | 40 (81.6) | 0.143 |
| Ninguna pupila reactiva | 8 (5.9) | 3 (7.1) | 0.724 |
| Aneurisma de arteria Comunicante anterior | 44 (28.4) | 15 (30.0) | 0.827 |
| Aneurisma de arteria Comunicante posterior | 16 (10.5) | 11 (22.0) | 0.039 |
| Clipaje aneurisma | 22 (14.2) | 15 (30.0) | 0.012 |
| Trombolisis intraventricular | 3 (1.9) | 0 | 1 |
| Embolización | 88 (56.8) | 32 (64.0) | 0.367 |
| Craniectomía descompresiva | 6 (3.9) | 4 (8.0) | 0.262 |
| Ruptura Aneurisma intraoperatorio | 5 (3.2) | 4 (8.0) | 0.225 |
| Muerte tras tratamiento | 0 | 1 (2.0) | 0.243 |
| Derivación ventricular externa | 63 (41.2) | 33 (66.0) | 0.002 |
| Hidrocefalia | 58 (37.4) | 25 (50.0) | 0.115 |
| Ventilación mecánica >7 días | 44 (28.2) | 23 (46.0) | 0.019 |
| Hematoma intracraneal Frontal | 26 (16.8) | 7 (14.0) | 0.643 |
| Hematoma intracraneal Temporal | 23 (14.8) | 3 (6.0) | 0.102 |
| Vasoespasmio por Doppler | 23 (16.9) | 23 (51.1) | <.001 |
| Vasoespasmio por arteriografía | 15 (10.9) | 29 (65.9) | <.001 |

Datos son medias ± DS, medians (RIQ) y frecuencias (%)

Figura 2 Póster 033

| Tabla 1. Análisis univariado (continuación) | Isquemia cerebral tardía | | P |
|---|---------------------------------|--------------|--------|
| | No N = 156 | Si N = 50 | |
| Infarto cerebral | 25 (16.0) | 37 (74.0) | < .001 |
| Hematoma intracerebral | 40 (25.6) | 10 (20.0) | 0.418 |
| Isquemia cerebral aguda | 14 (9.0) | 3 (6.0) | 0.768 |
| Resangrado a 72 h | 4 (2.6) | 4 (8.0) | 0.100 |
| Ventriculitis | 12 (7.8) | 8 (16.0) | 0.105 |
| Escala FISHER | 3 (3 - 4) | 4 (3 - 4) | 0.278 |
| Escala FISHER modificada | 3 (2 - 4) | 4 (3 - 4) | 0.001 |
| Escala HUNT y HESS | 1 (1 - 3) | 3 (1 - 4) | 0.001 |
| Escala WFNS | 2 (1 - 4) | 4 (1 - 4) | 0.004 |
| APACHE en Vasoespasmos | 13 (8 - 17) | 16 (8 - 20) | 0.155 |
| SOFA en vasoespasmos | 3 (0 - 4) | 4 (2 - 8) | 0.137 |
| Retraso ingreso postsangrado | 10 (2 - 24) | 12 (8 - 24) | 0.080 |
| GCS lugar | 15 (13 - 15) | 14 (10 - 15) | 0.213 |
| GCS urgencias | 14 (10 - 15) | 12 (7 - 15) | 0.028 |
| GCS ingreso en UCI | 14 (7 - 15) | 8 (4 - 15) | 0.017 |

Datos son medias ± DS, medians (RIQ) y frecuencias (%)

Tabla 2. Análisis logístico de regresión múltiple de Isquemia Cerebral Tardía

| | p | BIC | Odd-Ratio (95% IC) |
|--------------------|---------|-------|-------------------------|
| Paciente orientado | 0.009 | 181.6 | 0.354 (0.158 ; 0.795) |
| Infarto | < 0.001 | 223 | 12.927 (5.937 ; 28.149) |

retraso en el ingreso fue significativamente superior presentando más ICT y tuvieron más anisocoria pupilar significativamente. En UCI fallecieron 10 (20,0%) pacientes con HSA e ICT. No hubo diferencia significativa de mortalidad en los pacientes que desarrollaron ICT vs. sin ICT. También los pacientes con ICT tuvieron valores significativamente mayores de escalas de Hunt y Hess 3 (1-4), de WFNS 4 (1-4), escala Fisher modificada 4 (3-4), así como de SOFA al ingreso 4 (3-4) vs. sin ICT. Paciente orientado con OR 0,354 (0,158; 0,795) e infarto cerebral con OR 12,927 (5,937; 28,149) fueron factores significativamente independientes asociados a ICT (tabla 2).

Conclusiones: Nuestros datos muestran que el 22,5% de nuestros pacientes con HSA desarrollaron ICT. Paciente orientado e infarto cerebral fueron factores independientes asociados significativamente a ICT. Finalmente, la mortalidad no fue significativamente mayor en estos pacientes.

034. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISCAPACIDAD AL ALTA DE UCI EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA TRAS 8 AÑOS

Sánchez Ramírez C^a, Lübbe Vázquez CF^a, Cabrera Sánchez M^a, Lapi Cerezo FJ^a, Rodríguez Mata C^a, San Martín Bragado M^a, Padrón Mujica A^b, Saavedra Santana P^b y Ruiz Santana S^a

^aHospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas. ^bUniversidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo de discapacidad al alta de UCI en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA), ingresados en una UCI neurotraumática.

Métodos: Datos recogidos prospectivamente, desde octubre 2013 a diciembre 2021, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos, datos neurológicos (examen clínico, reactividad y tamaño pupilar, y Glasgow Coma Score (GCS); localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracranial (HIC); presencia hemorragia intraventricular; desarrollo de Isquemia cerebral tardía (ICT); escala de Fisher, Escala de Fisher modificada, escala de Hunt y Hess, escala de Word Federation of Neurosurgeons (WFNS); presencia de vasoespasmos en doppler y/o arteriografía; retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones, incluidas infecciones; Escala de resultados de Glasgow (GOS) en la UCI, al alta y otros factores. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante de discapacidad al alta de UCI. Para determinar la capacidad discriminativa del Score, se realizó un análisis de las características operativas del receptor (ROC). La capacidad de diagnóstico de la puntuación se evaluó mediante el área bajo la curva ROC, que se estimó mediante un intervalo de confianza del 95%. Para el punto de corte elegido, se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN).

Resultados: De los 215 pacientes con HSA, 134 (62,32%) tuvieron GOS > 3 sin discapacidad grave, 48 fallecieron (31 en UCI; 17 en hospital), teniendo 81 (37,67%) un GOS ≤ 3 (tabla 1). Los datos demográficos y

Figura 1 Póster 034

$$\text{Pr}(\text{GOS} \leq 3) = \frac{\exp(-4.302 + 0.145 \times \text{APACHE}_{\text{ING}} + 1.385 \times \text{VM}_{\text{gt7D}} + 0.419 \times \text{HUNTHESS})}{1 + \exp(-4.302 + 0.145 \times \text{APACHE}_{\text{ING}} + 1.385 \times \text{VM}_{\text{gt7D}} + 0.419 \times \text{HUNTHESS})}$$

Figura 2 Póster 034

| Tabla 1.a | Pacientes con HSA N = 215 | Con GOS > 3 N = 134 | Con GOS ≤ 3 N = 81 | P |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|---------|
| Edad (años) | 55.9 ± 14.1 | 53.5 ± 12.8 | 60.0 ± 15.1 | < .001 |
| Sexo varón | 71 (33.0) | 44 (32.8) | 27 (33.3) | 0.940 |
| APACHE-II ingreso UCI | 14.3 ± 7.8 | 10.7 ± 5.9 | 20.4 ± 6.7 | < .001 |
| SOFA ingreso UCI | 2.5 (0 - 6) | 1 (0 - 3) | 6 (3 - 9) | < .001 |
| EXITUS | 48 (21.9) | 4 (3.0) | 44 (53.1) | < .001 |
| EXITUS UCI | 31 (14.4) | 0 | 31 (38.3) | < .001 |
| EXITUS Hospital | 17 (7.9) | 4 (3.0) | 13 (16.1) | < .001 |
| Hipertensión arterial | 98 (45.8) | 53 (39.9) | 45 (55.6) | 0.025 |
| Diabetes | 25 (11.7) | 12 (9.0) | 13 (16.1) | 0.121 |
| Dislipemia | 53 (24.5) | 30 (22.6) | 23 (28.4) | 0.337 |
| Fumador | 79 (36.9) | 48 (36.1) | 31 (38.3) | 0.748 |
| Raza Negra | 2 (1.0) | 1 (0.8) | 1 (1.3) | 1 |
| Número plaquetas al ingreso | 18 (8.5) | 7 (5.3) | 11 (13.8) | 0.032 |
| Cirugía urgente al ingreso | 29 (13.6) | 12 (9.1) | 17 (21.0) | 0.014 |
| Paciente orientado | 106 (49.5) | 90 (68.2) | 16 (19.8) | < .001 |
| Paciente alerta | 118 (55.1) | 94 (70.7) | 24 (29.6) | < .001 |
| Paciente confuso | 35 (16.4) | 17 (12.8) | 18 (22.2) | 0.07 |
| Paciente estuporoso | 53 (25.0) | 18 (13.7) | 35 (43.2) | < .001 |
| Midriasis Bilateral | 8 (3.8) | 1 (0.8) | 7 (8.5) | 0.006 |
| Anisocoria | 25 (12.0) | 10 (7.5) | 15 (18.8) | 0.017 |
| Isocoria | 178 (83.2) | 118 (91.5) | 60 (75.0) | 0.001 |
| Ambas pupilas reactivas | 181 (87.0) | 118 (92.2) | 63 (78.5) | 0.005 |
| Ninguna pupila reactiva | 12 (6.6) | 4 (3.7) | 8 (10.7) | 0.074 |
| Aneurisma de la PICA | 9 (4.3) | 3 (2.3) | 6 (7.8) | 0.078 |
| Clipaje aneurisma | 40 (18.9) | 18 (13.6) | 22 (27.5) | 0.012 |
| Trombolisis | 3 (1.4) | 1 (0.8) | 2 (2.5) | 0.588 |
| Embolización | 122 (57.5) | 77 (58.3) | 45 (56.2) | 0.766 |
| Craniectomía descompresiva | 11 (5.2) | 0 | 11 (13.6) | < .001 |
| Ruptura Aneurisma intraoperatorio | 10 (4.7) | 6 (4.5) | 4 (4.9) | 1 |
| Muerte tras tratamiento | 2 (0.9) | 0 | 2 (2.5) | 0.144 |
| Derivación ventricular externa | 98 (47.1) | 36 (27.9) | 62 (78.5) | < .001 |
| Infarto | 63 (29.9) | 26 (19.7) | 37 (46.5) | < .001 |
| Hidrocefalia | 85 (40.5) | 30 (22.9) | 55 (69.6) | < .001 |
| VM>7DIAS | 61 (33.3) | 13 (11.4) | 48 (69.8) | < 0.001 |
| Hematoma intracraneal | 53 (25.1) | 21 (16.0) | 32 (40.0) | < .001 |
| Hematoma intracraneal Frontal | 33 (15.5) | 8 (6.2) | 25 (31.2) | < .001 |
| Hematoma intracraneal Temporal | 27 (12.9) | 11 (8.5) | 16 (20.0) | 0.016 |
| Vasoespasmopor Doppler | 47 (25.4) | 31 (26.5) | 16 (23.5) | 0.655 |

Figura 3 Póster 034

| Tabla 1.b | Pacientes con HSA N = 215 | Con GOS > 3 N = 134 | Con GOS ≤ 3 N = 81 | P |
|------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Vasoespasmopor arteriografía | 44 (23.5) | 27 (23.1) | 17 (25.0) | 0.767 |
| Isquemia cerebral aguda | 18 (8.7) | 5 (3.9) | 13 (16.7) | 0.001 |
| Isquemia cerebral tardía | 50 (24.4) | 28 (21.5) | 22 (29.3) | 0.211 |
| Resangrado a 72 h | 8 (3.8) | 2 (1.5) | 6 (7.7) | 0.054 |
| Ventriculitis | 20 (9.7) | 10 (7.6) | 10 (12.6) | 0.239 |
| Escala FISHER | 3.5 (3 - 4) | 3 (2 - 4) | 4 (3 - 4) | < .001 |
| Escala FISHER modificada | 4 (3 - 4) | 3 (2 - 4) | 4 (3 - 4) | < .001 |
| Escala HUNT y HESS | 2 (1 - 4) | 1 (1 - 2) | 4 (2 - 5) | < .001 |
| Escala WFNS | 2 (1 - 4) | 1 (1 - 2) | 4 (2 - 5) | < .001 |
| APACHE en Vasoespasmopor | 14 (8 - 18) | 12 (7 - 16) | 18 (16 - 23) | < .001 |
| SOFA en vasoespasmopor | 3.5 (1 - 6) | 2 (1 - 4) | 7 (4 - 9) | < .001 |
| Retraso ingreso postsangrado | 12 (2 - 24) | 9 (2 - 24) | 12 (5 - 24) | 0.233 |
| GCS lugar | 15 (12 - 15) | 15 (14 - 15) | 13 (7 - 15) | < .001 |
| GCS urgencias | 14 (9 - 15) | 15 (13 - 15) | 9 (6 - 14) | < .001 |
| GCS ingreso en UCI | 13 (5 - 15) | 15 (10.8 - 15) | 6 (3 - 10) | < .001 |

Datos son medias ± DS, medians (RIQ) y frecuencias (%)

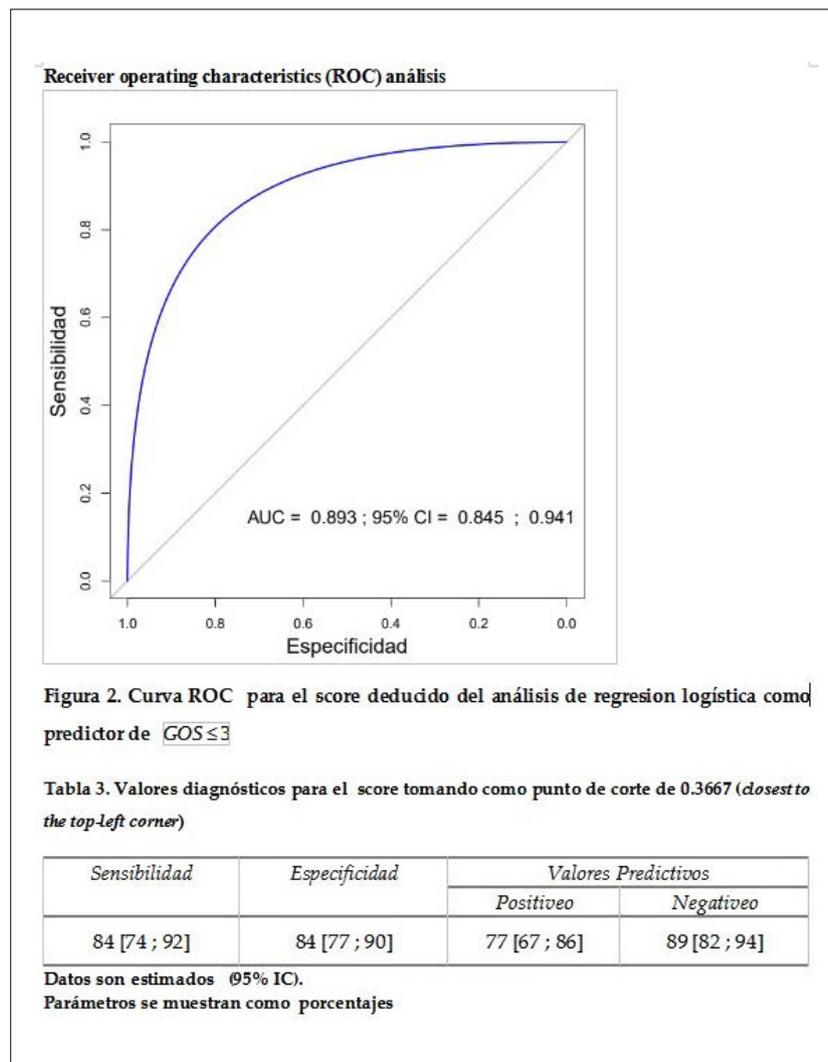
Figura 4 Póster 034

Tabla 2. Regresión logística múltiple para GOS≤3 al alta de UCI

| | P | BIC | Odd-Ratio (95%IC) |
|-----------------------------------|--------|-------|-----------------------|
| Apache-II at ingreso (por unidad) | <0.001 | 190.9 | 1.157 (1.078 ; 1.241) |
| Hunty Hess | 0.005 | 179.5 | 1.521 (1.131 ; 2.045) |
| Ventilación mecánica >7DIAS | 0.002 | 181.6 | 3.995 (1.692 ; 9.431) |

$$\text{Pr}\{GOS \leq 3\} = \frac{\exp\{-4.302 + 0.145 \times APACHE_{ING} + 1.385 \times VMgt7D + 0.419 \times HUNTHES\}}{1 + \exp\{-4.302 + 0.145 \times APACHE_{ING} + 1.385 \times VMgt7D + 0.419 \times HUNTHES\}}$$

Figura 5 Póster 034



factores asociados de discapacidad al alta de UCI en el análisis univariado, se describen en la tabla 1 a y b. La ICT no se asoció con mayor discapacidad. Los factores independientes asociados a la discapacidad ($GOS \leq 3$) fueron: APACHE II al ingreso OR:1,157 (1,078; 1,241), escala Hunt y Hess OR:1,521 (1,131; 2,045) y ventilación mecánica (VM) mayor de 7 días OR: 3,995 (1,692; 9,431) (tabla 2). Se obtuvo un score de predicción (fig. 1). El área bajo la curva fue 0,893 IC 0,845;0,941 (fig. 2).

Punto de corte: 0,3667; especificidad 84 [77; 90]; sensibilidad: 84 [74; 92]; VPN: 89 [82; 94]; VPP: 77 [67; 86] (tabla 3).

Conclusiones: El 37,67% de los pacientes con HSA tuvieron discapacidad grave al alta de UCI. Los factores independientes asociados a la discapacidad fueron: APACHE II al ingreso, escala de Hunt y Hess y VM > 7 días. Se obtuvo un score de predicción de discapacidad al alta de UCI.

035. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSA): ¿HAY ALGUNA VÍA INFLAMATORIA ESPECÍFICA?

López Fernández A, Seises García II, Vejo Gutiérrez J, Arellano Serrano MS, García Nerín J, Casero Palmero HM, Díaz García E, Cubillos Zapata C, Nanwani Nanwani KL y Quintana Díaz M

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Estudiar la involucración del inflamósoma NLRP3 en la HSAa con el fin de identificar posibles dianas terapéuticas que pudieran disminuir la morbimortalidad asociada a la entidad.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, observacional, descriptivo y unicéntrico. Se recogieron muestras de 15 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de HSAa entre octubre de 2018 y mayo de 2019. Se extrajeron muestras sanguíneas de los pa-

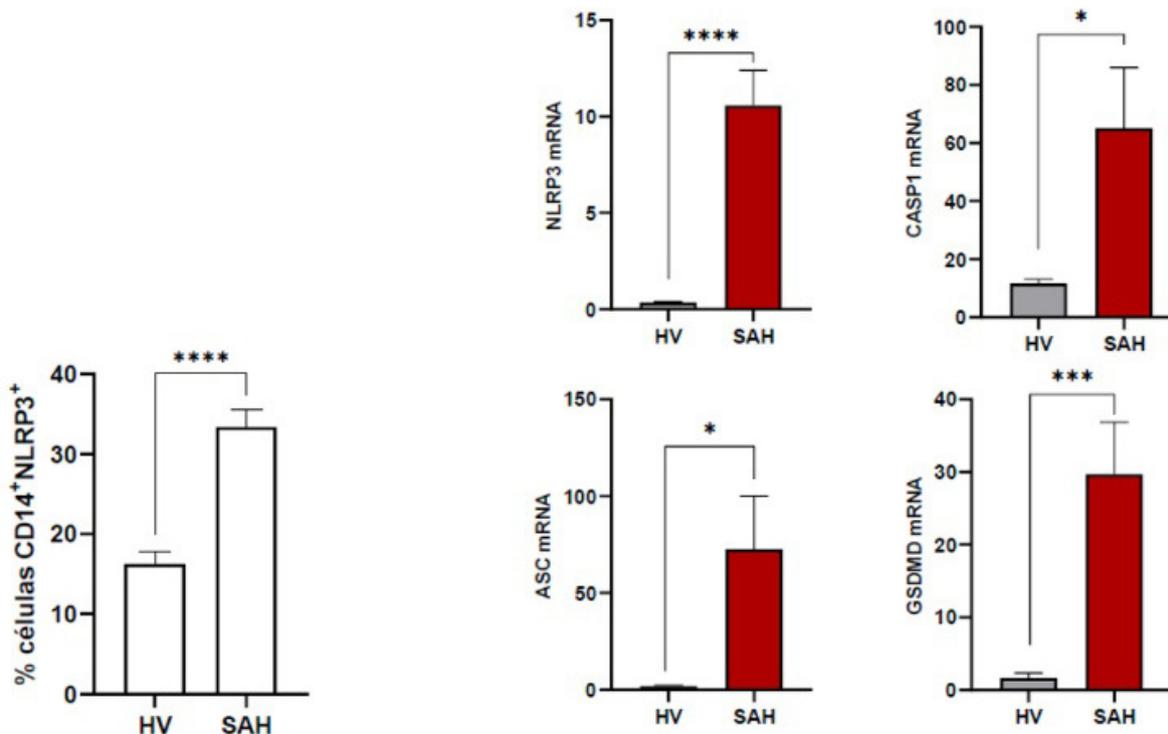


Figura 53: Porcentaje de células CD4 que expresan NLRP3 por citometría de flujo y expresión de mRNA por qPCR de NLRP3, ASC, Caspasa-1 y GSDMD en monocitos de sangre periférica en pacientes con HSAa en comparación con controles sanos.

Expresión en términos de citometría de flujo (CD14⁺ / NLRP3⁺) y mRNA por qPCR. HV: voluntarios sanos. SAH: Hemorragia Subaracnoidea aneurismática. NLRP3: receptor 3 similar al dominio de oligomerización de unión a nucleótidos. ASC: proteína que contiene un dominio de reclutamiento y activación de caspasas CARD. GSDMD: Gasdermin D. IL: Interleuquina. FT: Factor tisular. *: p<0,5; ***: p<0,001; ****: p<0,0001.

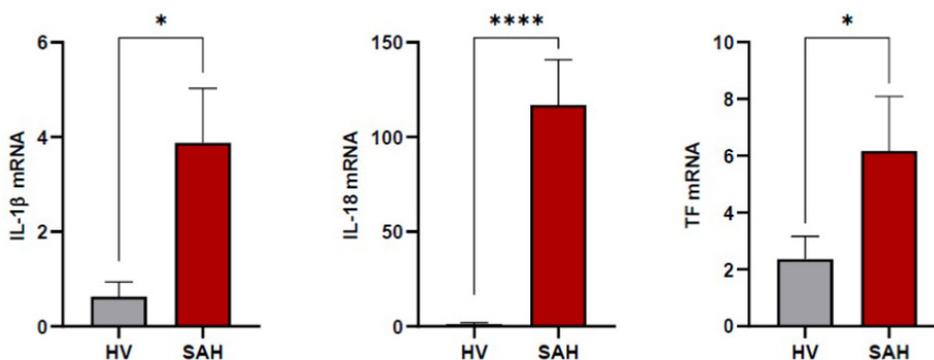
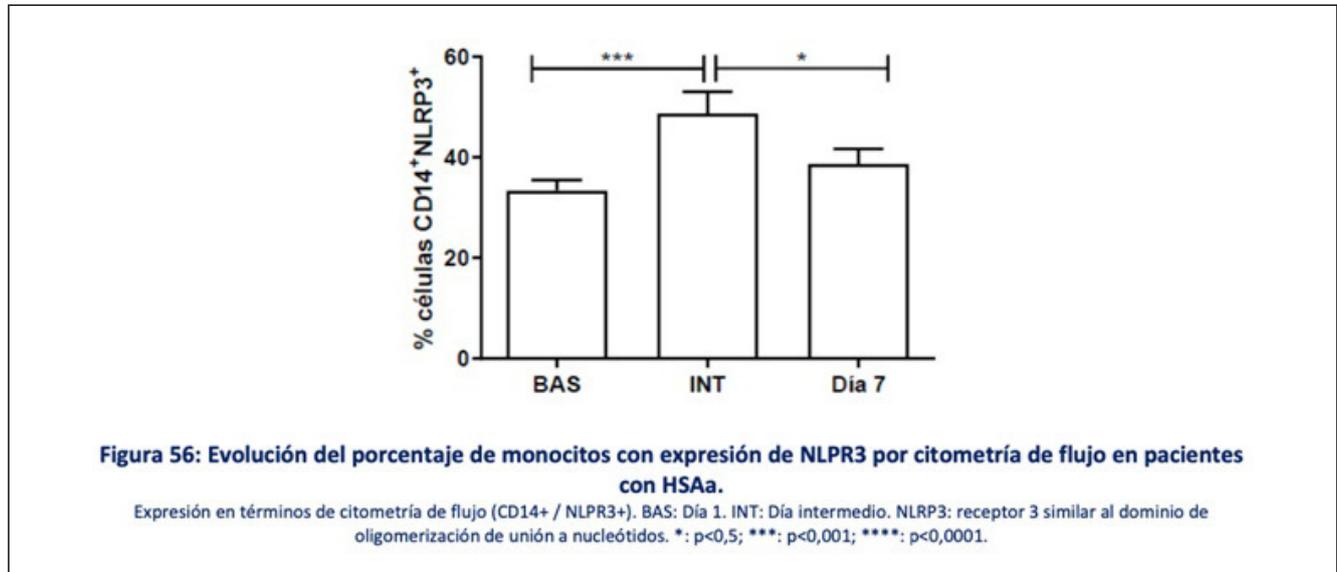


Figura 54: Expresión de mRNA por qPCR de IL-1β, IL-18 y TF en monocitos de sangre periférica de pacientes con HSAa en comparación con controles sanos.

Expresión en términos de mRNA por qPCR. HV: voluntarios sanos. SAH: Hemorragia Subaracnoidea aneurismática. IL: Interleuquina. TF: Factor tisular. *: p<0,5; ***: p<0,001; ****: p<0,0001.

Figura 3 Póster 035



cientes en el día +1 (D1) (0-48h), en el día intermedio Din (72-120h) y en el día +7 (D7) (168-192h) desde el evento; y se determinaron de manera seriada variables sociodemográficas, clínicas y analíticas, usándose parámetros inflamatorios específicos como la expresión de mRNA y proteica de biomarcadores de la 2ª señal de la vía del inflamósoma NLRP3 (ASC, caspasa-1 e interleuquinas entre otras).

Resultados: se estudiaron 15 pacientes con edad media de 57,9 ± 12,3 años, APACHE II de 11 (7-16) y una puntuación en la escala de World Federation of Neurological Surgeons (WFNS) de 2 (1-3), siendo un 67,7% mujeres. La expresión de mRNA de biomarcadores de la segunda señal de la vía del inflamósoma NLRP3 se muestran aumentados desde el primer día, lo cual se traduce en una mayor expresión proteica de dicha vía en el suero de los pacientes con HSAa con elevación de interleuquinas (IL) 1β, 18 y factor tisular (FT). También se estudió el comportamiento del inflamósoma en los 3 tiempos evaluados. Los datos obtenidos muestran que la actividad de NLRP3 aumenta en el Din, lo que significa que el 1er día los monocitos tienen un estímulo secundario a la HSAa lo que a expresión de NLRP3 se refiere que se mantiene hasta tener su punto máximo en Din, para posteriormente bajar ligeramente en el D7. En cuanto a los productos de la vía del inflamósoma NLRP3, la IL-1β mostró un aumento progresivo en la evolución de la entidad, con niveles muy por encima del rango de normalidad establecido en base a los voluntarios sanos.

Conclusiones: Parámetros de inflamación específica como el inflamósoma NLRP3 están presentes en la HSAa, sugiriendo un futuro de opciones terapéuticas.

036. IMPACTO DE LA LOCALIZACIÓN DEL ANEURISMA EN LOS DESENLACES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Gonçalves Gonçalves GC, Jaramillo Sotomayor C, López García M, Jiménez Clemente J, Gómez Mediavilla K, Lorente Balanza JA, Peñuelas Rodríguez O, Tejerina Álvarez E y Muñoz Olmedo JM

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Comparar los desenlaces clínicos de los pacientes con hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura aneurismática localizada en la circulación anterior (arteria carótida interna, cerebral anterior, comunicante anterior y cerebral media) y en la circulación posterior (arteria cerebral posterior, arterias comunicantes posteriores, arterias vertebrales y arteria basilar).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes neurocríticos consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de noviembre de 2021. Se utilizó el test de Mann-Whitney para la comparación de grupos con corrección de Bonferroni o chi cuadrado de acuerdo al caso. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de dicho centro.

Resultados: Se incluyeron 98 pacientes (73 con aneurismas de circulación anterior y 25 de circulación posterior), con edad media de 57 años siendo el 61% mujeres. La gravedad al ingreso, estimada por las escalas Glasgow, SAPS II, Hunt-Hess y Fisher, fue similar en ambos grupos. Los pacientes con aneurismas de circulación posterior tenían una edad mayor (media, 62 años vs. 56 años, p = 0,049) y desarrollaron con mayor frecuencia hidrocefalia (60 vs. 36%, p = 0,033), pero con menos episodios de hipertensión intracraneal (16 vs. 37%, p = 0,030) que los pacientes con aneurismas de circulación anterior. No hubo diferencias significativas en otras complicaciones neurológicas como resangrado (12 vs. 14%, p = 0,831), vasoespasma (16 vs. 15%, p = 0,912), infarto cerebral (28 vs 26%, p = 0,849), crisis comiciales (4 vs. 10%, p = 0,384) ni en la mortalidad hospitalaria (26 vs. 16%, p = 0,312). En un modelo ajustado por las siguientes variables (edad, SAPS II, Glasgow, Hunt-Hess, hidrocefalia e hipertensión intracraneal), la presencia de aneurismas de circulación posterior no se asoció a peores resultados funcionales (escala modificada de Rankin al alta hospitalaria 3-5 puntos).

Conclusiones: Los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática con afectación de la circulación posterior tienen una edad más avanzada y desarrollan con más frecuencia hidrocefalia que los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática de circulación anterior. No se encontró una asociación entre la localización de los aneurismas en territorio posterior y el desarrollo de peores resultados funcionales.

037. IMPACTO DEL MOMENTO DE LA OBLITERACIÓN ENDOVASCULAR EN LA INCIDENCIA DE RESANGRADO Y EN LOS DESENLACES CLÍNICOS DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Gonçalves Gonçalves GC, Jaramillo Sotomayor C, López García M, Jiménez Clemente J, Lorente Balanza JA, Gómez Mediavilla K, Peñuelas Rodríguez O, Tejerina Álvarez E y Muñoz Olmedo JM

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Comparar los desenlaces clínicos y la incidencia de resangrado de los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática según el momento de obliteración endovascular del aneurisma responsable (ultraprecoz si se realiza en las primeras 24 horas tras el diagnóstico y precoz si se realiza después de las 24 horas).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de todos los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática ingresados de forma consecutiva en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Getafe desde el 1 de Enero de 2013 hasta el 1 Noviembre de 2021.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes con edad media de 58 años siendo el 56% mujeres. La gravedad al ingreso estimada a través del SAPS II (media, 33 puntos) y Glasgow (media, 11 puntos) fue similar en ambos grupos. La puntuación en las escalas Hunt-Hess (media, 3 puntos)

y Fisher (media, 3 puntos) también fue similar. Se realizó embolización endovascular ultra-precoz a 63 pacientes (71%) y precoz a 26 pacientes (29%). No hubo diferencias entre los grupos (ultraprecoz vs. precoz) en relación a la incidencia de resangrado (11 vs. 8%, $p = 0,631$) ni en los desenlaces clínicos estudiados: duración de la ventilación mecánica (mediana de 10 días vs. 9 días, $p = 0,614$), tiempo de estancia en UCI (mediana de 6 días vs. 9 días, $p = 0,434$), tiempo de estancia hospitalaria (mediana de 13 días vs. 19,5 días, $p = 0,927$), resultado funcional desfavorable (escala modificada de Rankin 3-5 puntos; 40 vs. 46%, $p = 0,578$) y mortalidad (14 vs. 23%, $p = 0,319$).

Conclusiones: No existen diferencias significativas en ningún desenlace clínico relevante ni en la incidencia de resangrado entre los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática tratados de manera ultra-precoz (≤ 24 horas) en comparación con aquellos tratados de forma precoz (> 24 horas).

Organización/Gestión/Calidad 1

Moderadoras: María Cruz Martín Delgado y Yael Corcia Palomo

038. ENFERMEDAD GRAVE POR COVID-19 EN DOS HOSPITALES PRIVADOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA: GESTIÓN DE RECURSOS Y RESULTADOS CLÍNICOS

García Gigorro R^a, Grau Carmona T^a, Paredes A^b, Millán P^c y Bardal A^d

^aClinica La Luz, S.L., Madrid. ^bHospital Quirónsalud Sur, Madrid. ^cComplejo Universitario la Paz, Madrid. ^dHospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 (marzo-abril 2020) la saturación de los hospitales públicos por pacientes ingresados por neumonía secundaria a coronavirus obligó a la colaboración público-privada. Este es uno de los primeros estudios que analiza la gestión clínica y resultados de los pacientes COVID-19 en dos hospitales privados de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio de cohortes observacional prospectivo. Incluye todos los pacientes con COVID-19 confirmado, ingresados consecutivamente en el Hospital La Luz y Hospital Quirónsalud Sur del 1 de marzo al 30 de abril de 2020. Los factores de riesgo asociados a mortalidad hospitalaria se analizaron como *odds ratio* (OR) y la supervivencia con curvas de Kaplan-Meier. El nivel de significación aceptado fue $p < 0,05$.

Resultados: Ingresaron 516 pacientes (fig. 1), el 36,4% fueron trasladados desde otro hospital. Durante el periodo de estudio, se realizó un tercio de la cirugía habitual. Hasta 123 pacientes (24,4%) fueron valorados por la UCI, y 98 pacientes (79,7%) se consideraron subsidiarios de ingreso en UCI. Finalmente, ingresaron 61 paciente (11,8%) en UCI. Con respecto a los pacientes de planta, los enfermos críticos fueron signifi-

cativamente más jóvenes, con mayor obesidad, y con menor tasa de cáncer. La mortalidad en UCI fue del 49,2% y hospitalaria del 50,8%. Los factores de riesgo para fallecer en el hospital fueron: mayor edad (OR 1,09), obesidad (OR 3,04) o patología neurológica previa (OR 2,07), y mayor necesidad de valoración (OR 3,19) e ingreso en UCI (OR 5,54). De los pacientes valorados o ingresados en UCI y que fueron dados de alta del hospital ($n = 85$), a los 12 meses el 95% seguían vivos (fig. 2). La supervivencia al año de los pacientes subsidiarios o rechazados para ingreso en UCI fue del 97,2 vs. 75%, respectivamente ($\log rank = 0,01$).

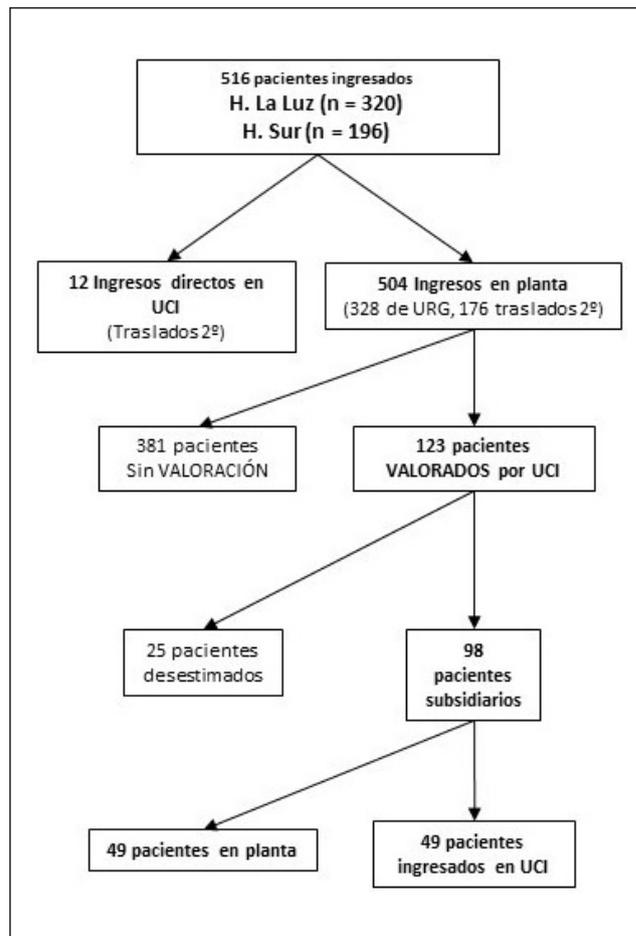
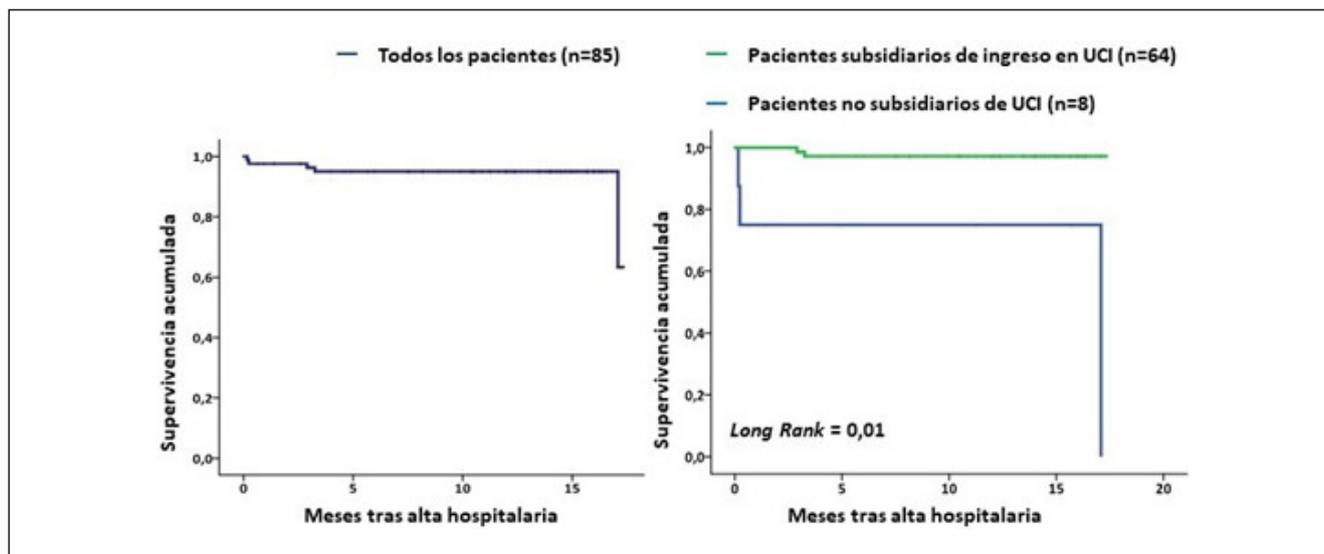


Figura 2 Póster 038



Conclusiones: La gestión de los recursos realizada permitió el correcto tratamiento de los pacientes COVID propios y de otros centros saturados, manteniendo la actividad quirúrgica. Uno de cada cuatro pacientes COVID precisó valoración por UCI. El pronóstico a corto plazo se relacionó con las características del paciente y, sobre todo, con la gravedad de la enfermedad aguda.

039. ESCALAS APACHE-II Y SOFA EN EL SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS COMPARATIVO RETROSPECTIVO DE SU UTILIDAD PARA PREDECIR MORTALIDAD

Díaz Rodríguez C, Pérez Torres D, Merino García PA, Canas Pérez I, Posadas Pita GJ, Colmenero Calleja C, Cuenca Rubio C, Sánchez Ballesteros J, Sanz Hernán JJ y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Determinar la utilidad de las escalas APACHE-II y SOFA para predecir mortalidad en pacientes con shock séptico (SS) ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análisis retrospectivo de cohorte de pacientes con SS en UCI durante 2 años. Se registran datos demográficos, analíticos, terapéuticos y escalas APACHE-II y SOFA al ingreso. Variables expresadas como porcentaje o mediana (RIC). Se utiliza χ^2 , U de Mann-Whitney y análisis ROC, según corresponda. Se usa regresión logística para determinar la asociación de cada fallo orgánico tal como lo define la escala SOFA (≥ 3 puntos vs. < 3 puntos) con la mortalidad.

Resultados: Se incluyen 191 pacientes, 53% hombres, edad 68 (59-76), APACHE-II 20 (16-25) y SOFA al ingreso 7 (4-9). Días de estancia en UCI 3 (2-7) y hospitalaria 15 (8-30). Mortalidad en UCI 13,6%, sin diferencias por sexo ($p = 0,30$), edad ($p = 0,81$) o foco de infección (respiratorio 23%; urológico 6%, abdominal 15%, otros 20%; $p = 0,09$). Procedencia comunitaria 60 vs. planta/otro hospital 40%, con mortalidad en UCI 10 vs. 19%, $p = 0,05$. Asociación entre necesidad de soporte vital y mortalidad: noradrenalina (OR 9,09, $p < 0,01$), ventilación mecánica (OR 11,53, $p < 0,01$), técnicas reemplazo renal (OR 10,92, $p < 0,01$). Puntuación APACHE-II (supervivientes vs. fallecidos): 19 (15-23) vs. 31 (26-39), $p < 0,01$. ABC ROC 0,87 (IC95% 0,78-0,96) para predecir mortalidad en UCI. Punto de corte ≥ 25 puntos tiene sensibilidad (S) 81% y especificidad (E) 83%. Puntuación SOFA al ingreso (supervivientes vs. fallecidos): 6 (4-8) vs. 11 (10-13), $p < 0,01$. ABC ROC 0,86 (IC95% 0,78-0,94) para predecir mortalidad en UCI. Punto de corte ≥ 10 puntos tiene S 81% y E 85%. La asociación entre la presencia de cada fallo orgánico

definido por la escala SOFA y la mortalidad se analiza mediante regresión logística (tabla).

| Fallo orgánico SOFA | OR | IC95% | p |
|---------------------|-------|------------|----------|
| Neurrológico | 2,12 | 0,14-31,32 | 0,58 |
| Renal | 2,30 | 0,67-7,81 | 0,18 |
| Hepático | 3,77 | 0,75-18,87 | 0,11 |
| Hematológico | 8,02 | 2,01-32,07 | $< 0,01$ |
| Respiratorio | 21,20 | 6,65-67,60 | $< 0,01$ |
| Cardiovascular | 1,21 | 0,33-4,48 | 0,77 |
| Cons | 0,03 | 0,01-0,11 | $< 0,01$ |

Conclusiones: Las escalas APACHE-II y SOFA al ingreso fueron igualmente útiles para predecir mortalidad. En nuestra serie, los fallos respiratorio y hemostático, tal como los define la escala SOFA, son predictores independientes de mortalidad al ingreso en UCI.

040. ESTRATIFICACIÓN DE GRUPOS DE RIESGO DE COMPLICACIONES MAYORES EN LA INTUBACIÓN EN UCI. ESTUDIO INTUPROS (INTUBACIÓN PROSPECTIVA EN UCIS DE ESPAÑA)

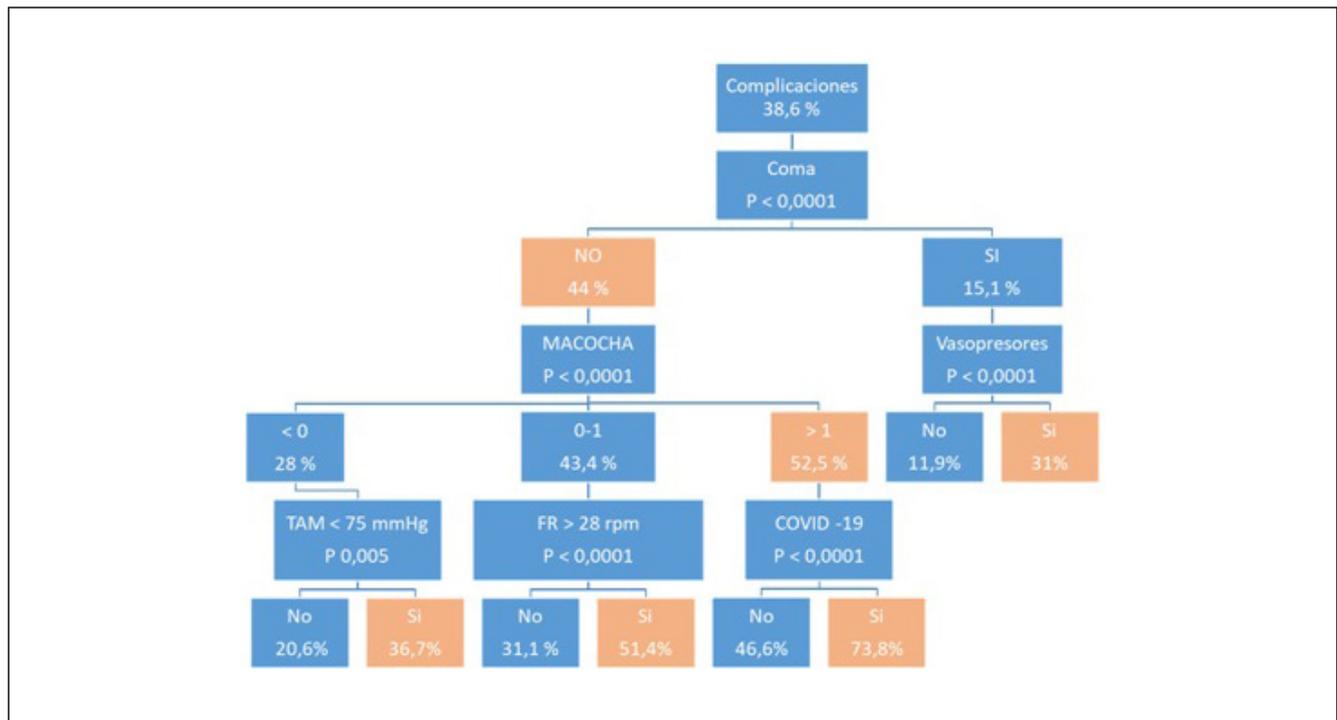
Abella Álvarez A^a, Gordillo Escobar E^b, García Prieto E^c, Gordo Herrera N^d, Moreno Quintana J^e, Ruiz García M^f, Revuelto Rey J^g, López de La Oliva Calvo L^a, Garnacho Montero J^b y Gordo Vidal F^a

^aHospital del Henares, Madrid. ^bHospital Virgen Macarena, Sevilla. ^cHospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ^dUniversidad Francisco de Vitoria, Madrid. ^eHospital General, Málaga. ^fComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ^gHospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Análisis de segmentos de población según su riesgo de aparición de complicaciones mayores en la intubación traqueal en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico (NCT03916224), en 43 UCI españolas de abril de 2019 hasta octubre de 2020 que incluyen intubaciones realizadas en adultos y excluyendo las realizadas por parada cardiaca. Las complicaciones mayores incluídas fueron parada cardiaca que requiere reanimación cardiopulmonar, hipoxemia grave definida como saturación de oxígeno $< 80\%$ o disminución $> 10\%$ e hipotensión grave definida como presión arterial sistólica < 65 mmHg o disminución $> 20\%$. Se realiza un análisis CHAID de 3 niveles con nodo mínimo de 50 casos. Se obtuvo la aprobación de los Comité de ética de los hospitales participantes.

Figura Póster 040



Resultados: Se incluyeron 1.837 pacientes. El riesgo global de complicaciones mayores fue de 38,6%. Los mayores factores determinantes del riesgo de complicaciones mayores fueron el motivo de intubación (coma vs. otros) y la puntuación en la escala MACOCHA. En los diferentes segmentos los factores de riesgo asociados con complicaciones son la hipotensión, la necesidad de fármacos vasopresores, una frecuencia respiratoria superior a 28 rpm y la patología COVID-19. El principal grupo de riesgo asociado a complicación mayor ha sido el grupo de los pacientes intubados por motivo diferente de coma, con puntuación MACOCHA superior a 1 y con patología COVID-19, en este segmento la incidencia de complicaciones mayores fue del 73,8%. El grupo de los pacientes intubados por coma sin la necesidad previa de vasopresores tuvo una tasa de complicación mayor del 11,9% independientemente del resto de factores analizados.

Conclusiones: Este análisis nos permite establecer diferentes grupos de riesgo de complicaciones en la intubación que podrían ser un punto de apoyo en el plan de intubación de cada paciente.

041. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA MORBILIDAD ASOCIADA AL USO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC) EN PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

López Carranza M, [Prieto Mora M](#), Vaquero Andreu S y Pallejà Gutiérrez E
Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Analizar las complicaciones producidas en los pacientes portadores de PICC hospitalizados y ambulatorios estudiando sus diferencias.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en el que se incluyen los pacientes a los que se les implantó un PICC en el Hospital de Valme (1 enero 2013 y 31 diciembre 2016). Se recogieron variables demográficas, procedencia del paciente, enfermedad de base, uso del PICC, características del catéter, complicaciones durante su inserción y durante su uso, duración del catéter, motivo de retirada y valoración del paciente mediante encuesta telefónica. Se realizó análisis estadístico con SPSS.

Resultados: Se estudiaron 1.300 pacientes (737 hospitalizados-563 ambulatorios). Mediana de edad de 64 años en hospitalizados y 58 años en domicilio. En los ambulatorios predominaba el sexo femenino (58,1%) y en los hospitalizados el masculino (55%) ($p < 0,0001$). El uso de los catéteres fue para QT (93,4%) en los ambulatorios y para NPT (37%) y otros productos de infusión (40,3%) en hospitalizados ($p < 0,0001$). Los ambulatorios tenían un tumor sólido (84,9%) mientras que los hospitalizados sufrían patologías diversas ($p < 0,0001$). Se implantaron de una luz en los de domicilio (94%) y de dos luces (84,8%) en los hospitalizados ($p < 0,0001$). No existió ninguna complicación durante la implantación > 95%. La tasa de BRC en hospitalizados fue del 0,72/1.000 días de catéter y en ambulatorios de 0,09/1.000 días de catéter ($p < 0,005$). El número de luces del catéter y la NPT se relacionaron con la aparición de BRC ($p < 0,001$). La incidencia de TVP fue del 0,9% en hospitalizados y del 3,2% en ambulatorios ($p < 0,005$). El tiempo hasta la aparición de la TVP según procedencia, no fue significativa, sin embargo, la BRC apareció antes en el grupo de hospitalización ($p < 0,0001$). Los catéteres tuvieron una mediana de duración de 27 días en los hospitalizados y 164 días en pacientes ambulatorios ($p < 0,0001$). En ambos grupos, el motivo de retirada más frecuente fue la finalización del tratamiento. El grado de satisfacción fue excelente en > 80%.

Conclusiones: La complicación más frecuente fue la BRC en hospitalizados y en los ambulatorios la TVP. La mayoría de los PICC de domicilio fueron implantados en pacientes con tumor sólido para QT, de una luz y estuvieron colocados durante más tiempo. A diferencia de los PICC de uso hospitalario que fueron implantados en pacientes con patologías diversas, con mal acceso periférico, para uso de medicación intravenosa y de dos luces. La mayoría se insertaron sin complicaciones y además poseen una excelente valoración del por parte de los usuarios.

042. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES AÑOSOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (2021)

[Marcote Denis B](#), Fortet Cortés D, Rivas Gómez-Plana F y Pérez Ruiz M
Hospital de Especialidades de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Estudio descriptivo del motivo de ingreso, evolución y resultados de los pacientes añosos (de 75 años o más) ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante un año.

Métodos: Estudio descriptivo. Periodo: año 2021. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de ingreso, necesidad de vasoactivos, intubación orotraqueal, realización de traqueostomía, uso de terapia de depuración extrarrenal (TDER), limitación del esfuerzo terapéutico establecido al ingreso o durante el mismo, duración del ingreso, mortalidad en UCI, mortalidad hospitalaria y gravedad calculada mediante la escala APACHE-II.

Resultados: Ingresaron 104 pacientes (53,8% hombres y 46,2% mujeres) con edad mediana de 77,5 años (rango intercuartílico 5) y media 78,86 (desviación estándar 4,1). Respecto al motivo de ingreso, el 50% ingresaron por cardiopatía isquémica; 9,6% por sepsis; 6,7% por ictus; 7,7% PCR recuperada; 5,8% para cuidados postquirúrgicos; 5,8% por insuficiencia respiratoria de los cuales el 50% fueron pacientes COVID; 3,8% por trauma grave; 1,9% por coma no estructural; 2,9% por arritmias, hubo un caso de insuficiencia cardiaca y uno de hemorragia digestiva. El 7,7% ingresaron con limitación del esfuerzo terapéutico al ingreso y de los restantes el 23,9% se limitaron durante el ingreso. La mediana de días de estancia en UCI fue de 3 (media 6,17). El 47,1% precisaron vasoactivos. El 29,8% requirió ventilación mecánica invasiva, de los cuales el 9,7% necesitó traqueostomía (2,9% del total). El 4,8% recibió TDER. La puntuación mediana en la escala de gravedad APACHE-II fue de 12,5 puntos (media 14,87). La mortalidad total fue de 28,8% aunque fue muy variable en función de la patología. De hecho, en la cardiopatía isquémica, que fue la patología más frecuente de ingreso, se reducía a 13,5%. De los 107 pacientes, el 70,3% se fueron de alta a domicilio.

Conclusiones: Los pacientes añosos se pueden beneficiar de ingreso en UCI. La evolución y el resultado es muy variable y depende de múltiples factores, entre los cuales probablemente destaca la causa del ingreso. Se precisa un análisis más exhaustivo y mayor tamaño muestral para obtener conclusiones más específicas.

043. ESTUDIO PILOTO PARA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN DE PACIENTE INESTABLE, NEWS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ EN MADRID

Pérez Calvo C, [Ioan A](#), Sánchez Bernal S y Santos A
Fundación Jiménez Díaz-UTE, Madrid.

Objetivos: Evaluar el comportamiento del puntaje de la escala NEWS (National Early Warning Score) en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Evaluar el volumen de llamadas a los equipos de respuesta de según este puntaje. Diseñar la respuesta e implementación para el uso de este sistema.

Métodos: Entre mayo y noviembre de 2021 se activó en un sistema electrónico de información clínica (Casiopea 2) la puntuación automática del puntaje NEWS basado en el registro de los constantes vitales tomadas por enfermería. Se creó un reporte automático para la captura de todos los puntajes generados. Se presenta un estudio descriptivo de los diferentes niveles de respuesta necesarios según la puntuación del NEWS en dos servicios quirúrgicos y dos médicos. El sistema NEWS puntúa las variables frecuencia respiratoria, saturación arterial de O₂, O₂ suplementario, presión arterial sistólica, frecuencia de pulso nivel de conciencia y temperatura. De acuerdo con los valores de estas variables se genera un puntaje que obliga a respuesta asistencial. Si este es 1-4 esta se realizará por enfermería (ENF), si es 5-6 se incluirá a un médico (EM) y si es ≥ 7 requerirá potencialmente valoración por medicina intensiva (UCI).

Resultados: Entre los meses del estudio se evaluaron 2.211 pacientes generando 12.154 puntajes completos. El primer NEWS realizado en cada paciente generaría una respuesta EM en 7,3% de los pacientes y UCI en el 4,3% de estos. En 1.465 (66%) pacientes se realizó el NEWS el día de ingreso. De estos el primer NEWS generaría una respuesta EM en el 6,8% de los pacientes y UCI en el 3,5%. De los 1.955 pacientes que tuvieron un NEWS inicial ≤ 4 , en 10,7% requerirían una respuesta EM y el 5,1% una tipo UCI durante su estancia. Este cambio asistencial generaría una mediana de llamadas para EM de 3 al día siendo el 20% por la mañana, el 42% por la tarde y el 38% por la noche. Mientras que la mediana de llamadas para UCI sería de 2 al día siendo el 28% por la mañana, el 42% por la tarde y el 30% por la noche.

Conclusiones: Los datos presentados son útiles para el diseño de un sistema de respuesta para la atención precoz del paciente con deterioro clínico basado en el NEWS.

044. EVALUACIÓN DE LA CALIBRACIÓN DE ESCALA SAPS 3 EN PACIENTES COVID-19 ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA

Sánchez Morán F, Mateu Campos ML, Reig Valero R, [Viana Marco C](#), Granero Gasamans E y Bosca Martínez B

Hospital General de Castelló, Castellón.

Objetivos: Evaluar la capacidad de la escala SAPS 3 para predecir la mortalidad en pacientes COVID-19 con insuficiencia respiratoria aguda admitidos en Cuidados Intensivos.

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo en pacientes críticos. Ambiente: UCI médico-quirúrgica de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a infección por SARS-CoV-2. La validación de la escala SAPS 3 fue realizada mediante análisis de su capacidad de discriminación (curvas ROC) y la calibración de su capacidad pronóstica (test de Hosmer Lemeshow). Se calculó también la tasa estandarizada de mortalidad (SMR). Variables de interés: epidemiológicas, SAPS 3 y mortalidad alta de UCI y del hospital. Periodo de estudio: el estudio abarca un periodo de 19 meses, desde marzo de 2020 a octubre de 2021.

Resultados: Se analizaron 273 pacientes consecutivos ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía por SARS-CoV-2. El 76,8% fueron varones y la mediana de edad de 63 años (rango intercuartílico -RIC- 55,00-70,00). La mediana de puntuación en la escala SAPS 3 fue de 54 puntos (RIC 50-60), y con una mediana de probabilidad de muerte 23,90 (RIC 17,35-35,59). La mortalidad hospitalaria fue de 22,1% (60 pacientes). La capacidad de discriminación (área bajo la curva [AUC]; intervalo de confianza del 95% [IC95%]) fue 0,806 (0,747-0,866; $p = 0,000$). La calibración, evaluada mediante la prueba de la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow fue mala (chi cuadrado para 8 grados de libertad 21,351; $p = 0,006$). La razón estandarizada de mortalidad fue 0,77 (IC95% 0,72-0,82).

Conclusiones: En nuestra población, la escala pronóstica SAPS 3 mostró una buena capacidad de discriminación pero una mala calibración para pacientes ingresados en Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria por SARS-CoV-2. La calibración estándar tiende a sobreestimar la mortalidad, especialmente en pacientes con baja probabilidad de fallecimiento en el ingreso hospitalario.

045. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE ASPECTOS BÁSICOS DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO EN EL PERSONAL MÉDICO EN FORMACIÓN

Chicote Álvarez E^a, Mainar Gil I^a, Camino Ferró H^a, [Vilella Llop L^a](#), Arlabán Carpintero M^a, Fuster Cabré M^a, Macías Pascual M^a, Ruiz de La Cuesta López M^a y Lizama Gómez NG^b

^aHospital San Pedro, La Rioja. ^bHospital Reina Sofía, Navarra.

Objetivos: Conocer los conocimientos básicos sobre el diagnóstico y atención temprana de la sepsis y shock séptico entre los médicos en formación que realizan atención continuada en Urgencias o en planta de Hospitalización de un hospital de segundo nivel.

Métodos: Se realizó una encuesta tipo test, con 4 posibles respuestas, solo una era válida. Diez preguntas se referían a la definición y diagnóstico de la sepsis y diez al tratamiento. El cuestionario fue realizado y validado por especialistas en Medicina Intensiva y se consideró que 16 preguntas de las 20 eran básicas y debían conocerse por todo médico que trabaje en ámbito de Urgencias y haga guardias de hospitalización. La encuesta se hizo llegar a 72 residentes, con recogida de datos de manera anónima. Tras ello, se procedió al análisis de los resultados. Se consideró que una puntuación igual o menor que 14 puntos como nivel inadecuado, y de 15-20 puntos como adecuado. Dentro de las 10 preguntas de diagnóstico, una puntuación menor o igual que 7 puntos se consideró un nivel inadecuado, al igual que en las 10 preguntas referidas al diagnóstico. El análisis descriptivo se realizó con frecuencia absoluta y porcentajes. El análisis comparativo se efectuó mediante la prueba t de Student.

Resultados: Se recibieron 32 encuestas completadas (44,44%). 46,87% correspondía a residentes en los 2 primeros años de su periodo formativo y el 53,13% restante a residentes en sus últimos años. 18 encuestados (el 56,25%) presentaron un nivel adecuado de conocimientos y el 43,75% restante presentó nivel deficiente. La media de aciertos fue de 14,34 puntos, (15,35 puntos entre los médicos de últimos años de formación y 14,07 entre los de los primeros años, sin diferencias significativas entre ambos grupos). Respecto a las preguntas centradas en el diagnóstico, y

en el caso de los médicos en sus primeros años de formación, la media de las respuestas correctas fue 7,42 puntos. En el caso de los de últimos años fue 7,47 puntos. En las preguntas sobre el tratamiento, la media de las respuestas fue de 6,64 aciertos en el caso de los médicos más noveles y de 7,94 puntos en el caso de los más veteranos.

Conclusiones: Teniendo en cuenta el tamaño limitado de la muestra, creemos que los resultados son mejorables (casi la mitad de los encuestados no alcanzó 15 puntos en el test). No se encontraron diferencias significativas entre los médicos de los primeros años de formación y los de los últimos años. Los resultados en estos últimos fueron en general mejores, pudiendo deberse al pequeño tamaño muestral el no haberse alcanzado la significación estadística.

046. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS MEDIANTE DDD/100 ESTANCIAS EN EL PERIODO 2016-2021 DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TRAUMATOLOGÍA

Pau-Parra A, [Baena-Caparrós J](#), Gómez-Ganda L, Sánchez-Sancho P, Rey-Pérez A, Arévalo-Bernabé A, Lalueza-Broto P, Monforte-Alemanly R y Baguena-Martínez M

Hospital Universitari de Traumatologia Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto del inicio de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA) en el año 2017-18 y la evolución hasta 2021 con la situación de la pandemia SARS-CoV-2 en la Unidad de Cuidados Intensivos de Traumatología y Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron (UCIT).

Métodos: Estudio comparativo retrospectivo realizado en una UCIT de un Hospital terciario de mayor categoría (CAT3e) del sistema de Salud Catalán, recogiendo los datos de consumo de antimicrobianos más comunes utilizados y comparándolos mediante dosis diarias definidas durante 100 días de estancia (DDD/100est). Se recogen datos demográficos, clínicos (diagnóstico de ingreso, APACHE, necesidad de tratamiento antibiótico y ventilación mecánica) y mortalidad después de la implementación del programa PROA en 2017-18 hasta la actualidad. Se determinaron las DDD/100est anuales totales de los antimicrobianos objetivo del PROA empleando las DDD establecidas por *WHO International Working Group for Drugs Statics Methodology, Norwegian Institute of Public Health*.

Resultados: Un total de 1.687 pacientes han ingresado en UCIT en el periodo estudiado de 2018 a 2021: 431, 468, 386 y 402 pacientes respectivamente. A la evaluación global de todos los antimicrobianos, las DDD/100est disminuyen de una forma clara el 2019, con un valor de 112,47 respecto los 133,09 de 2018. Con valores estables en 2016 y 2017 de DDD/100est de 131,12 y 137,62 respectivamente. En año 2019 queremos destacamos el descenso en uso respecto 2018 de AMOX.CLAV 39,8→26 y aumento de uso cloxacilina/ampicilina/peni G 13,86→22,89. Estabilidad en el uso de cefalosporinas. El uso de linezolid desciende 3,32→2,57 concomitante al mayor uso de teicoplanina 3,29→5,01. Lo más destacable es el descenso de uso de carbapenémicos superior al 25% con un descenso de uso de meropenem 13,08→9,5 y fluoroquinolonas casi un 50% 7,07→4. En contexto de pandemia SARS-CoV-2 el año 2020 objetivamos un claro aumento del consumo con DDD/100est de 145,4, niveles incluso superiores al inicio del PROA con ascensos globales en uso de cefalosporinas 14,55→17,88, fluoroquinolonas 4→5,82. Destacando un claro aumento en uso de daptomicina 2,58→4,75 y un espectacular ascenso de uso de azitromicina de 0,49→25,2. Todo ello en contexto de un descenso de pacientes traumáticos al convertir la UCIT en unidad COVID y el resto de unidades anexas a UCI no COVID de paciente no traumático. En 2021 mantenemos la misma situación, con unas DDD/100 est globales estables pero destacamos un aumento de consumo de penicilinas, cefalosporinas, carbapenémicos, linezolid y amikacina. Con un uso residual de azitromicina. Todo ello en consonancia con: alta tasa de pacientes no traumáticos, alta presión asistencial y un aumento en el número de pacientes posoperados con germen multirresistente a su ingreso.

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Sexo (hombre) | 69,9% | 73,7% | 68,1% | 72,2% |
| Edad años | 54,1 ± 19,4 | 52,9 ± 18,8 | 55,3 ± 18,1 | 51,5 ± 19,4 |
| APACHE II | 15 ± 6,04 | 12,3 ± 7,5 | 10,3 ± 7,8 | 12,7 ± 8,6 |
| Ingreso por trauma | 74,1% | 67,7% | 57,7% | 61,4% |
| Uso DE ventilación mecánica | 52,5% | 49,5% | 44,3% | 57,7% |
| Uso de Atb | 72,7% | 70,9% | 62,1% | 70,1% |
| MultiR al ingreso | 46 | 36 | 53 | 43 |
| Mortalidad | 10,5% | 8,2% | 8,9% | 10% |

Conclusiones: La realización de un PROA, su control y seguimiento mediante DDD/100, demuestra una mejoría en el uso de antimicrobianos sin repercusión negativa en la mortalidad. En el periodo de pandemia SARS-CoV-2 hemos vuelto a niveles pre-PROA a nuestra valoración secundario a: menos pacientes traumáticos, mayor presión asistencial y aumento del número de paciente tanto médicos como quirúrgicos con multirresistente a su ingreso en UCIT. Consideramos necesario reforzar nuevamente el programa PROA para volver a mejorar el uso de antimicrobianos en nuestra unidad.

047. EVOLUCIÓN DEL TIPO DE PACIENTE EN 10 AÑOS EN LAS UCIS ESPAÑOLAS: COMPARATIVA EN MAYORES DE 75 AÑOS

Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Peral Santos A, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gonzalves G, Ortiz Díaz Miguel R, Espinosa González MdC, Rubio Prieto E y Talavera Blanco I
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Comparar el volumen de ingresos y mortalidad en UCI en pacientes mayores de 75 años de 2009 y 2019.

Métodos: Estudio descriptivo/comparativo de los datos recogidos en la base ENVIN de los años 2009 y 2019 en pacientes mayores de 75 años.

Resultados: Se estudiaron las características de los pacientes > 75 años ingresados en las UCI en 2009 y 2019 notificados en ENVIN. Teniendo en cuenta la base de datos utilizada hemos evaluado el porcentaje de pacientes que ingresan en UCI por algún proceso y hemos observado que de un total de 14.983 pacientes y 28.620 incluidos en el ENVIN del 2009 y 2019 respectivamente, en cuanto a ingresos en pacientes de 75 a 79 años, el porcentaje en 2009 fue de 15,46% respecto al 12,49% del 2019 y en aquellos que eran mayores de 79 años, el porcentaje de ingreso fue de un 12,23% en 2009 respecto al 13,81% en 2019 (2ª y 3ª columna, tabla). Respecto al porcentaje de mortalidad, en 2009 fue un 13,90% en pacientes entre 75-79 años y de un 14,95% en mayores de 79 años. Sin embargo, en 2019 estaríamos hablando de un 12,42% de *exitus* en pacientes de 75 a 79 años y de 13,33% en mayores de 79 años (5ª columna, tabla). Lo que se si se puede observar, como era de esperar, que cuanto más edad tienen, el APACHE es más alto en estos pacientes y el porcentaje de mortalidad por tanto es mayor respecto a pacientes más jóvenes (4ª columna, tabla). Lo que si llama la atención tras observar estos resultados es que el porcentaje de ingresos es mayor en 2019 respecto al 2009 en pacientes mayores de 80 años pero que por el contrario, se acompaña de un porcentaje menor de mortalidad en los mayores de 75.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 75 años suponen más del 25% de los pacientes ingresados en UCI. En 10 años aumenta el porcentaje de pacientes mayores de 80 años ingresados en UCI. La mortalidad en 10 años ha disminuido globalmente y en pacientes mayores de 75 años. La mortalidad se relaciona con la gravedad más que con la edad.

048. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA PREVALENCIA Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON NEOPLASIA SÓLIDA VS. HEMATOLÓGICA INGRESADOS EN UCI

Tua Hernandez Y

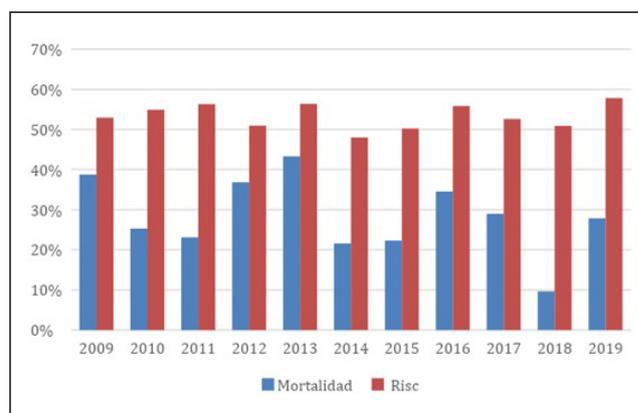
Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona.

Objetivos: En España la muerte por cáncer ha descendido en las últimas décadas, probablemente debido al diagnóstico precoz y avances terapéuticos, así como a los cambios en las estrategias en el tratamiento de soporte e ingreso en las UCIs que representan un reto clínico cambiante, tanto por la incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento intensivo, como por la mejoría progresiva en el pronóstico oncológico. **Objetivo:** describir la frecuencia de ingreso de pacientes con cáncer

sólido y hematológico, en nuestra UCI a lo largo de los años, su riesgo de mortalidad, así como la supervivencia real y ajustada al riesgo.

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo de cohortes. **Métodos:** Revisión de la base de datos de UCI de la Fundación Althaia desde 2009 a 2019. **Estadística:** descriptiva y análisis bivalente con chi-cuadrado, Kruskal Wallis o Mann Whitney.

Resultados: Analizamos 8.446 pacientes, 980 (11,6%) con cáncer sólido y 148 (1,8%) hematológico, con edad de 69 ± 11 años en cáncer sólido vs. 67 ± 14 años en hematológico, en su mayoría varones (69,7% y 58,8%, respectivamente). Al separar en dos periodos del 2009-2014 al 2015-2019 no se encuentran diferencias en el ingreso de pacientes con cáncer sólido (11,7 vs. 11,5%, p 0,8) a diferencia del hematológico (1,4 vs. 2%, p 0,03). El SAPSIII medio fue de 66 puntos en cáncer sólido y 73 puntos en hematológico, que asocia una probabilidad de muerte del 48% \pm 23 frente al 58% \pm 22, respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue menor de la predicha en ambos casos (23 vs. 32%, p 0,01) aunque proporcional al riesgo. Las causas de ingreso más frecuentes en cáncer sólido fueron postoperatorio de cirugía urgente (59%) y no quirúrgicos (21%). Entre los procedimientos que requirieron, los ingresos de cáncer sólido precisaron más intubación (41 vs. 34%, p 0,08) con VM de corta duración (35 vs. 19%, p 0,001) y menor necesidad de fármacos vasoactivos (39 vs. 44%, p 0,2). La transfusión de hemáties fue similar (20 vs. 23%, p 0,4). El tiempo de estancia en UCI de cáncer sólido fue menor ($5 \pm 6,7$ vs. $6,3 \pm 8,6$ días p 0,08). En estos 11 años, la gravedad del ingreso no ha variado, pero la supervivencia hospitalaria ha mejorado (fig.).



Conclusiones: La gravedad de los pacientes oncológicos que ingresan en UCI es alta y se ha mantenido en la última década. Presentan mejor supervivencia y una mortalidad menor de la esperada, necesitando más tratamientos de UCI. El cáncer sólido precisa más tratamientos, en su mayoría IOT y VM. Se confirma que el cáncer hematológico tiene peor pronóstico.

049. EXPERIENCIA EN LOS PRIMEROS 4 MESES DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ACCESOS VASCULARES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

Nieto Martino B, Escrivá Bárcena A, Rodríguez Pérez S, Ríos López I, Sarmiento Torres JA, Arribas Cantalejo I, Laguna Corredor M, Barroso Pellico JA, González Sedeño N y Velayos Amo C

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Analizar las características y complicaciones de los pacientes hospitalizados fuera de UCI que precisaron canalización de un

Tabla Póster 047

Porcentaje de ingresos y mortalidad

| Edad | N | | % ingresos | | APACHE II | | % Mortalidad | |
|--------|--------|--------|------------|-------|------------------|------------------|--------------|-------|
| | 2009 | 2019 | 2009 | 2019 | 2009 | 2019 | 2009 | 2019 |
| Global | 14.983 | 28.620 | - | - | 14,37 \pm 8,35 | 14,93 \pm 8,13 | 11,1 | 9,69 |
| 75-79 | 2.317 | 3.575 | 15,46 | 12,49 | 17 | 17,17 | 13,9 | 12,42 |
| > 80 | 1.833 | 3.953 | 12,23 | 13,81 | 17 | 17,48 | 14,95 | 13,33 |

acceso venoso central (AVC) por la Unidad de Accesos Vasculares gestionada por el Servicio de Medicina Intensiva (UAV-UCI).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes hospitalizados fuera de UCI de un hospital de segundo nivel de 350 camas, que precisaron canalización de un ACV entre 15-10-21 y 25-01-22. Se analizaron edad, sexo, motivo de canalización, incidencias del catéter, días de uso e ingreso en UCI, y comparación en días de uso, incidencias y motivo de retirada posterior en planta, entre catéter tipo PICC y CVC. Análisis estadístico: variables (v.) cuantitativas: prueba de Kolmogorov-Smirnov para análisis de normalidad, v. normales descritas en media y desviación estándar, v. no normales en mediana y rango intercuartílico, V. cualitativas descritas en número y proporción. Comparación entre grupos por prueba t de Student para v. normales, test U de Mann Whitney para v. no normales y chi cuadrado vs. test de Fisher para cualitativas. *Software* SPSS 24.

Resultados: En 4 meses se canalizaron 115 AVC a 95 pacientes diferentes, de edad $65,6 \pm 16,3$ años, 52 (54,7%) mujeres. 88 AVC (83,8%) fueron PICC y 17 (16,2%) CVC, con una duración mediana 6 [3,12] días. La indicación más frecuente fue falta de accesos en 65 (61,3%). Ingresaron en UCI 10 pacientes (9,6%).

| | Total | PICC 88(83,8%) | CVC 17(16,2%) | P |
|--------------------------------|------------|-------------------|------------------|----------|
| Días de catéter | 6 [3,12] | 6 [3, 12] | 11 [5, 12] | NS |
| Incidencias | 49 (42,6%) | 43 (48,9%) | 6 (35,3%) | NS |
| Bacteriemia asociada a catéter | 7 (14,3%) | 5 (11,6%) | 2 (33,3%) | |
| Fiebre sin bacteriemia | 6 (14%) | 6 (14%) | 0 (0%) | |
| Obstrucción parcial | 14 (28,6%) | 11 (25,6%) | 3 (50%) | |
| Obstrucción total | 3 (7%) | 3 (7%) | 0 (0%) | |
| Trombosis | 4 (9,3%) | 4 (9,3%) | 0 (0%) | |
| Sangrado | 3 (6,1%) | 2 (4,7%) | 1 (16,7%) | |
| Otros | 12 (24,2%) | 12 (27,9%) | 0 (0%) | |
| Motivo de retirada | | | | |
| Incidencia | 29 (31,5%) | 28 (35,4%) | 1 (7,7%) | p < 0,05 |
| Innecesario | 8 (7,0%) | 4 (5,1%) | 4 (30,8%) | p < 0,05 |
| Alta | 35 (38,0%) | 31 (39,2%) | 4 (30,8%) | NS |
| Traslado | 8 (7,0%) | 7 (8,9%) | 1 (7,7%) | NS |
| Exitus | 12 (10,4%) | 9 (11,4%) | 3 (23,1%) | NS |

Conclusiones: Se produjeron incidencias en los cuidados hospitalarios de las vías en un 43% de casos, lo que incide en la retirada precoz de los catéteres (sobre todo PICC) y evidencia la necesidad de seguimiento de los mismos y la formación en los cuidados. La UAV-MI permitió alertar un 9,6% de pacientes graves que necesitaron ingreso en UCI.

050. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI. DATOS DE INFORMES ENVIN 2019-21

Álvarez Lerma F^a, Mas Bilbao N^b, Catalán González M^c, Nuvials Casals X^d, Gracia Arnillas MP^a, Gimeno Costa R^e, Lobo Palanco J^f y Escrivá Bárcena A^g

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

^cHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^dHospital Universitari

General Vall d'Hebron, Barcelona. ^eHospital Universitario La Fe, Valencia.

^fComplejo Hospitalario de Navarra, Navarra. ^gHospital de Fuentelabrada, Madrid.

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes ingresados en UCI durante los periodos de vigilancia del registro ENVIN en los años 2019, 2020 y 2021.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN en periodos de estudio de 2019 a 2021 (respectivamente, 1 abril-30 de junio; 15 de septiembre-31 de diciembre; 1 de abril y 30 de junio). Se han analizado variables demográficas, nivel de gravedad al ingreso, comorbilidades y mortalidad intraUCI.

Resultados: Se han incluido un total de 63.278 pacientes de 230, 137 y 189 UCI respectivamente. En la tabla se incluyen la edad, sexo, patología de base, APACHE y SAPS al ingreso, comorbilidades y mortalidad intraUCI.

Conclusiones: Los datos demográficos de los pacientes se han modificado ligeramente, con pacientes más jóvenes y con menos comorbilidades. A pesar de una gravedad al ingreso similar, la estancia en UCI ha aumentado, así como la mortalidad dentro de la UCI.

| Año | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------------------------|---------------|--------------|---------------|
| UCI participantes, n° | 230 | 137 | 180 |
| Pacientes, n° | 28.620 | 14.489 | 20.169 |
| Pacientes COVID-19 (%) | 0 | 3.485 (24,0) | 2.769 (13,7) |
| Estancia media en días (DE) | 7,1 (9,3) | 12,8 (16,5) | 10,1 (13,4) |
| Edad, años, media (DE) | 63,2 (15,9) | 61,8 (15,0) | 61,8 (15,1) |
| Sexo, hombre, n° (%) | 18.312 (64,0) | 9.590 (66,2) | 13.172 (65,3) |
| Patología de base | | | |
| Coronaria | 5.303 (18,5) | 1.865 (12,9) | 2.989 (14,8) |
| Médica | 12.939 (45,2) | 8.422 (58,1) | 10.791 (53,5) |
| Quirúrgica programada | 5.709 (20,0) | 2.224 (15,4) | 3.410 (16,9) |
| Quirúrgica urgente | 2.827 (9,9) | 1.194 (8,2) | 1.805 (9,0) |
| Traumatológica | 1.842 (6,4) | 784 (5,4) | 1.174 (5,8) |
| APACHE II ingreso, media (DE) | 14,93 (8,1) | 14,5 (7,7) | 14,3 (7,9) |
| SAPS II, media (DE) | 35,9 (17,4) | 36,0 (15,7) | 35,5 (16,6) |
| Comorbilidades previas, n° (%) | | | |
| Diabetes | 7.153 (25,0) | 3.446 (23,8) | 4.774 (23,7) |
| Insuficiencia renal | 3.225 (11,3) | 1.382 (9,5) | 1.904 (9,4) |
| Inmunodepresión | 2.038 (7,1) | 978 (6,8) | 1.370 (6,8) |
| Cirrosis | 942 (3,3) | 445 (3,1) | 695 (3,5) |
| Neoplasia | 4.877 (17,0) | 2.022 (14,0) | 2.808 (13,9) |
| EPOC | 3.414 (11,9) | 1.463 (10,1) | 2.106 (10,4) |
| Desnutrición | 1.783 (6,2) | 719 (5,0) | 1.021 (5,1) |
| Trasplante órgano sólido | 404 (1,4) | 222 (1,5) | 278 (1,4) |
| Neutropenia | 318 (1,1) | 150 (1,0) | 184 (0,9) |
| Mortalidad UCI, n° (%) | 2.773 (9,7) | 2.078 (14,3) | 2.230 (11,1) |

Financiado por AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2021/48603/001.

051. INDICADORES DE CALIDAD RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN TRAS LA INTERRUPTIÓN DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Berezo García JÁ, Canas Pérez I, Cuenca Rubio C, Domínguez-Gil González M, Almendros Muñoz R, Sacristán Salgado MA, Eiros Bouza JM y Tamayo Lomas LM

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Determinar el efecto de la interrupción del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA) sobre los indicadores de calidad relacionados con la infección en un Servicio de Medicina Intensiva (SMI) durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Nuestro centro implementó un PROA en el SMI en 2018, consistente en un grupo de trabajo multidisciplinar que evaluaba la adecuación del tratamiento antimicrobiano (ATM) de los pacientes ingresados mediante una estructura *audit and feedback*, proporcionando recomendaciones no impositivas dirigidas a optimizar el tratamiento al médico prescriptor. El PROA fue interrumpido en 2020 por la pandemia por SARS-CoV-2. Se comparan los indicadores de calidad relacionados con la infección en un periodo PROA (abril a junio de 2019) y un periodo no PROA pandémico con patología mixta incluyendo COVID-19 (abril a junio de 2021), obtenidos del registro ENVIN-HELICS. Se utilizan la prueba Z y t de Student, según corresponda.

Resultados: Los pacientes de los periodos estudiados (PROA [n = 224] vs. no PROA [n = 147]) fueron similares en edad (64 vs. 62 años, p = 0,28), sexo (63 vs. 65% varones, p = 0,74), APACHE-II (17 vs. 17 puntos, p = 0,99) y mortalidad (10 vs. 15%, p = 0,12). Se encontraron diferencias entre ambos periodos en: motivo de ingreso médico (62 vs. 78%, p = 0,03), procedencia de la comunidad (59 vs. 43%, p < 0,01), ATM previo a ingreso (16 vs. 33%, p < 0,01), ventilación mecánica (VM) (28 vs. 51%, p < 0,01) y catéter central (43 vs. 62%, p < 0,01). Los indicadores de calidad analizados se presentan en la tabla.

Conclusiones: La interrupción del PROA en un SMI en el contexto pandémico se asoció a un incremento en el consumo de ATM (número y duración), adquisición de microorganismos multirresistentes, desarrollo de infecciones respiratorias relacionadas con la VM y estancia más prolongada.

| Indicador | PROA (2019) | No PROA (2021) | p valor |
|---|-------------|----------------|---------|
| Estancia, días | 6,2 ± 7,5 | 10,7 ± 15,2 | < 0,01 |
| Consumo total ATM, DOT/100 PD | 118,1 | 203,2 | < 0,01 |
| Número medio de ATM por paciente | 2,47 | 4,07 | < 0,01 |
| Tasa de uso de ATM en UCI | 51,8% | 63,9% | 0,02 |
| Tasa de ATM dirigidos | 21,9% | 27,3% | 0,15 |
| Tasa de días sin utilización de ATM | 36,6% | 16,1% | < 0,01 |
| Tasa de ATM empírico adecuado en la infección | 86,3% | 80,6 | 0,13 |
| Adquisición microorganismos multirresistentes (MMR) | 4,9% | 10,2% | 0,05 |
| Infección respiratoria asociada a VM | 4% | 13,6% | < 0,01 |
| Bacteriemia asociada a catéter | 0,4% | 1,4% | 0,29 |

052. INFLUENCIA DE LA ANTIGÜEDAD PROFESIONAL Y FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PERCEPCIÓN DE LA ADHERENCIA A LOS PROYECTOS ZERO TRAS DOS AÑOS DE PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Sevillano Pérez ME, Godoy S, Escibá A, Torres E, Saldaña T, Luengo MJ, Ambit R, Álvarez J

Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Valorar la influencia de antigüedad profesional y formación en Proyectos Zero (PZ) en la percepción de enfermeras y TCAE de la calidad actual en cuidados relacionados con la prevención de infecciones asociadas a dispositivos.

Métodos: Encuesta anónima a enfermeras y TCAE UCI del HUF en Dic-21. Se evaluó: categoría prof., edad, tiempo de trabajo en UCI, cursos relacionados con PZ y 21 preguntas tipo Likert (5 niveles) para evaluar la percepción de cumplimiento de cuidados: 8 ítems de cuidados de catéter vascular (CV), 5 de extracción de hemocultivos, 4 de sonda urinaria (SU), 4 de vía aérea (VA). Variables (v.) dependientes: medias calculadas para cada grupo de ítems y media total. Metodología estadística: test Kolmogorov-Smirnov. V. cuantitativas en media y DE vs. mediana y RIC, v. cualitativas en recuento y proporción. Comparación de grupos: test Levene y test de medias. Significación $p < 0,05$. Software SPSS25.

Resultados: Respondieron 44 enfermeras (de 72 adscritas) y 21 TCAE (de 45). Antigüedad profesional: en UCI 6 [2,5-11] años, en UCI-HUF 2[1,2-7,7] años, 34 (52,3%) con incorporación después Mar-20. Formación en PZ (higiene manos, BZ, NAVM, ITU-SU, RZ, seguridad): 0-1 cursos 23 (35,9%), 2-4 cursos 19 (29,2%), 5-6 cursos 22 (33,8%).

Conclusiones: El personal con mayor antigüedad profesional y con mejor formación en PZ percibe una peor calidad actual en la adherencia a los proyectos Zero y cuidados de dispositivos de forma estadísticamente significativa. Los resultados indican la necesidad de reactivar la formación en PZ y seguridad.

SDRA/Lesión aguda pulmonar 1

Moderadores: Fernando Maroto Monserrat y Marina Pérez Redondo

053. ¿LLEGAMOS TARDE A LA VENTILACIÓN CON CÁNULAS DE ALTO FLUJO? ESTUDIO DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR CORONAVIRUS CON ALTO FLUJO EN UCI

Lafita López A, Bueno Vidales N, Egea González A, Gómez Martínez L, Mallor Bonet TG, Ocabo Buil P, Labarta Monzón JL y Serón Arbeloa C

Hospital General San Jorge, Huesca.

Objetivos: Observar tiempo de estancia en planta previo ingreso en UCI, tiempo con mascarilla reservorio y tiempo con ONAF (oxigenoterapia de alto flujo) Observar si existen diferencias en la evolución de la oxigenoterapia con alto flujo en función del tiempo con mascarilla reservorio previa.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo comparativo de pacientes ingresados en UCI por neumonía por coronavirus desde marzo de 2020 hasta enero de 2022. De 136 pacientes, se eligen pacientes ingresados previamente en planta, que hayan requerido al ingreso en UCI terapia con ONAF. Se descartan pacientes derivados de planta de otros centros. Se dividen en dos grupos en función si han necesitado mascarilla reservorio durante más de 12 horas.

Resultados: Se incluyen 49 pacientes, 25 con reservorio < 12 horas y 24 con reservorio > 12 horas. La estancia media es de 3,41 días (DE 1,71 días). Las horas de ventilación con mascarilla reservorio en planta media es de 18 horas (DE 18,2 horas). 8 pacientes recibieron ONAF en planta previo al ingreso, con una media de 12 horas. La media de terapia con ONAF en UCI fue de 69 horas (DE 70). Se realizaron 34 intubaciones, por lo que presentamos una tasa de fracaso de ONAF del 69,38%. Fallecen 13 pacientes, una tasa de *exitus* del 26,53%. En cuanto al análisis comparativo, se observan diferencias significativas en el fracaso de la terapia ONAF en UCI (14 vs. 20, $p = 0,031$), días de VMI (9 vs. 20, $p = 0,032$). No se objetivan diferencias en cuanto a mortalidad (6 vs. 7, $p = 0,682$) ni días de estancia en UCI (21 vs. 28, $p = 0,101$). La mediana de horas de ONAF en el grupo > 12 horas es de 21 horas por 96 horas del grupo > 12 horas, siendo significativa esta evolución de la terapia con ONAF en el análisis de supervivencia (log rank $p = 0,017$).

Conclusiones: Los pacientes con mascarilla reservorio durante más de 12 horas en planta que inicia ONAF, presentan una cantidad de horas de terapia menor, derivada de una mayor tasa de fracasos. Tras el fracaso de terapia ONAF, el grupo de > 12 horas de reservorio presenta más días de VMI, sin observar diferencias en cuanto días de estancia ni *exitus*. Son necesarios más estudios con una muestra más amplia, que abarque pacientes con IOT directamente al ingreso en UCI y/o pacientes en planta con reservorio sin necesidad de ingreso en UCI.

054. ADECUACIÓN TERAPÉUTICA DEL SOPORTE VITAL EN ENFERMOS CON INFECCIÓN GRAVE POR SARS-CoV-2

Pais Sánchez-Malingre V, Pedrosa Guerrero A, Morales Varas G, Rodríguez Villamizar P, Padilla Peinado R, Morán Gallego FJ, Alonso Gómez G, Alonso Ciria E, Márquez Doblas M y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Analizar los diferentes factores que conducen a la adecuación terapéutica del soporte vital (ATSV) en pacientes con enfermedad crítica secundaria a infección por COVID-19.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresado en la UCI por COVID-19 entre marzo de 2020 y septiembre de 2021. Se revisaron variables demográficas, de gravedad y resultados de los pacientes que ingresaron en UCI categorizados en los que se decidió la ATSV y en los que no. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de χ^2 ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. Se utilizó un nivel de significancia del 5 (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA versión 13[®] (StataCorp LLC).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo un total de 631 ingresos en UCI con COVID-19 con una mortalidad del 31% ($n = 178$). De ellos, en 123 (65%) se llegó a la decisión de ATSV, la mayor parte (48%) en el rango de edad entre los 66-75 años, $p = 0,048$ (fig. 1). En el grupo ATSV contaban con un Charlson mayor 3 (2-5) puntos vs. 2 (2-3) puntos, $p = 0,003$ y una Clinical Frialty Scale (CFS) también mayor 3(3-3) puntos

Tabla Póster 052

| | Categoría | | p | Antigüedad en UCI | | d |
|--------------------|-----------|-----------|--------|-------------------|-----------|--------|
| | TCAE | Enfermera | | < 2 años | > 2 años | |
| Media CV | 4,3 ± 0,6 | 3,8 ± 0,8 | < 0,01 | 4,2 ± 0,6 | 3,7 ± 0,8 | < 0,03 |
| Media hemocultivos | 3,9 ± 0,6 | 3,4 ± 0,7 | < 0,02 | 3,7 ± 0,6 | 3,4 ± 0,7 | NS |
| Media SU | 4,2 ± 0,7 | 3,6 ± 0,7 | < 0,01 | 4,1 ± 0,6 | 3,5 ± 0,8 | < 0,01 |
| Media VA | 4,5 ± 0,5 | 4,3 ± 0,5 | NS | 4,5 ± 0,5 | 4,3 ± 0,6 | NS |
| Media global | 4,3 ± 0,5 | 3,8 ± 0,6 | < 0,01 | 4,1 ± 0,5 | 3,7 ± 0,7 | < 0,02 |

Figura 1 Póster 054

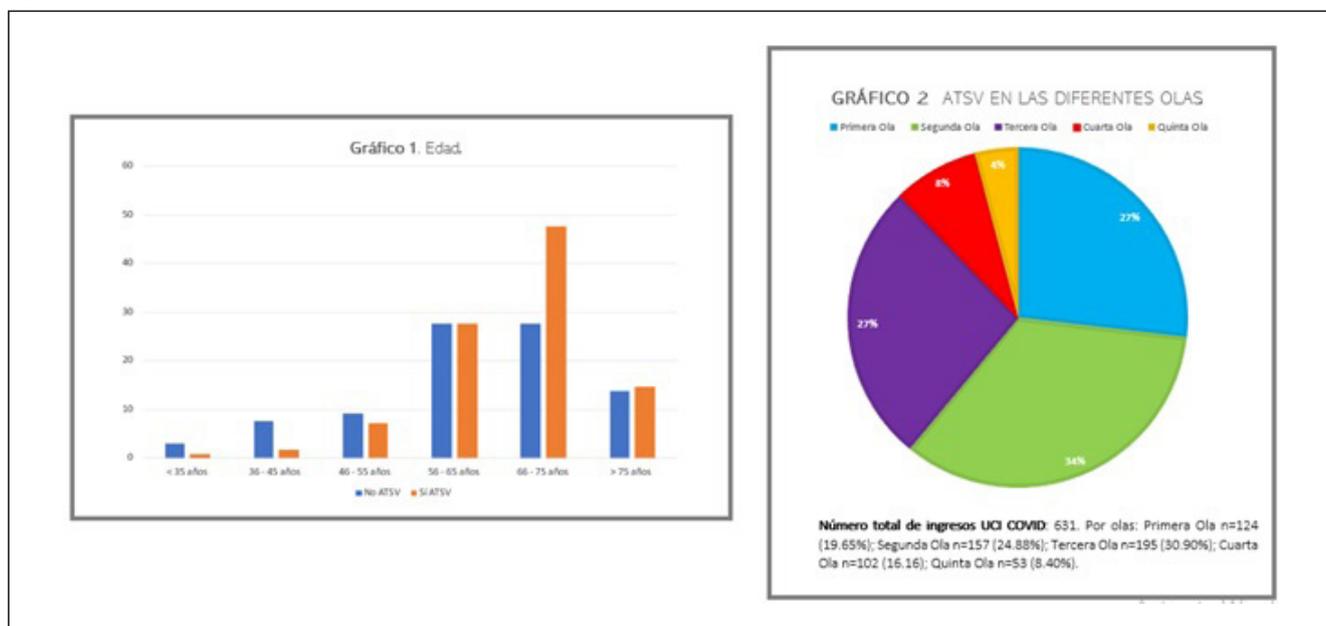


Figura 2 Póster 054

| CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS | No ATSV n = 65 (34.57) | Si ATSV n = 123 (65.43) | Total n = 188 | p= |
|---|---------------------------|----------------------------|---------------------|-------|
| Hombre, % | 46/65 (70.77) | 82/123 (66.67) | 128/188 (68.09) | 0.566 |
| Mujer, % | 19/65 (29.23) | 41/123 (33.33) | 67/188 (31.91) | 0.566 |
| Edad, mediana (RIQ), años | 66 (58-74) | 68 (62-73) | 67 (61-72) | 0.048 |
| IMC, mediana (RIQ), ptos | 31.22 (27.31-35.16) | 29.32 (25.95-33.3) | 29.41 (26.12-34.37) | 0.074 |
| Charlson, mediana (RIQ), ptos | 2 (2-3) | 3 (2-5) | 3 (2-4) | 0.003 |
| CFS, mediana (RIQ), ptos | 3 (2-3) | 3 (3-3) | 3 (2-3) | 0.016 |
| GRAVEDAD | | | | |
| PaO ₂ /FIO ₂ al ingreso | 100 (80-160) | 98 (80-127) | 100 (80-139) | 0.452 |
| SOFA al ingreso, mediana (RIQ), ptos | 4 (3-7) | 4 (4-7) | 4 (3-7) | 0.453 |
| SOFA respiratorio al ingreso, mediana (RIQ), ptos | 3 (3-4) | 4 (3-4) | 3 (3-4) | 0.079 |
| APACHE II, mediana (RIQ), ptos | 12 (9-17) | 13 (9-18) | 13 (9-18) | 0.519 |
| SAPS II, mediana (RIQ), ptos | 32 (28-52) | 36 (29-44) | 35 (29-43) | 0.583 |
| PSI, mediana (RIQ), ptos | 109 (96-133) | 114 (94-138) | 112 (94-138) | 0.583 |
| COMORBILIDADES | | | | |
| Hipertensión arterial, % | 42/65 (64.62) | 10/123 (8.13) | 116/188 (62.03) | 0.595 |
| Dislipemia, % | 30/65 (46.15) | 75/186 (40.32) | 75/187 (33.69) | 0.235 |
| Diabetes Mellitus, % | 20/65 (30.77) | 43/122 (35.25) | 63/187 (33.69) | 0.393 |
| Asma, % | 5/65 (7.69) | 12/122 (9.84) | 17/187 (9.09) | 0.112 |
| EPOC, % | 1/65 (1.54) | 11/122 (9.02) | 12/187 (6.42) | 0.112 |
| Cardiopatía, % | 6/65 (9.23) | 21/122 (17.21) | 27/187 (14.44) | 0.139 |
| Insuficiencia Renal Crónica, % | 11/65 (16.92) | 9/122 (7.38) | 20/187 (10.70) | 0.044 |
| Oncohematológico, % | 2/65 (3.08) | 10/122 (8.20) | 12/187 (6.42) | 0.174 |
| Inmunosupresión, % | 7/65 (10.77) | 18/123 (14.63) | 25/188 (13.30) | 0.458 |
| COMPLICACIONES | | | | |
| TEP, % | 14/65 (21.54) | 22/123 (17.89) | 36/188 (19.15) | 0.545 |
| Sepsis, % | 46/65 (70.77) | 76/123 (61.79) | 122/188 (64.89) | 0.220 |
| NAVM, % | 27/65 (41.54) | 57/123 (46.34) | 84/188 (44.68) | 0.529 |
| Bacteriemia, % | 18/65 (27.69) | 21/123 (17.07) | 39/188 (20.74) | 0.088 |
| FRA, % | 32/64 (50.00) | 49/123 (39.84) | 81/187 (43.32) | 0.683 |
| Aspergilosis pulmonar, % | 11/65 (17.46) | 23/122 (18.85) | 34/185 (18.38) | 0.817 |
| VHS, % | 16/64 (25.00) | 21/122 (17.21) | 37/186 (19.89) | 0.206 |
| Delirio, % | 13/64 (20.31) | 27/121 (22.31) | 40/185 (21.62) | 0.753 |
| Necesidad de cirugía, % | 7/65 (10.77) | 7/122 (5.74) | 14/187 (7.49) | 0.213 |
| SOPORTE RESPIRATORIO | | | | |
| OAF, % | 13/65 (20.00) | 47/123 (38.21) | 60/188 (31.91) | 0.011 |
| Días de VMi, mediana (RIQ), días | 16 (9-22) | 16 (9-23) | 16 (9-22) | 0.870 |
| Prono, % | 52/65 (80.00) | 99/123 (80.49) | 151/188 (80.32) | 0.936 |
| ECMO, % | 3/65 (4.62) | 4/123 (3.25) | 7/188 (3.72) | 0.639 |
| EVOLUCIÓN | | | | |
| Estancia en UCI, mediana (RIQ), días | 16 (9-22) | 17 (9-24) | 16 (9-23) | 0.560 |

Tabla 1. RIQ: rango intercuartílico; IMC: índice de masa corporal; CFS: Clinical Frailty Scale; PaO₂/FIO₂: presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment Score; APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SAPS II: Puntuación simplificada aguda fisiológica; PSI: Pneumonia Severity Index; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; TEP: tromboembolismo pulmonar; NAVM: neumonía asociada a ventilación mecánica; FRA: fracaso renal agudo; VHS: virus herpes simple; OAF: oxigenoterapia de alto flujo; VMi: ventilación mecánica invasiva; ECMO: membrana de oxigenación extracorpórea.

vs. 3 (2-3) puntos, $p = 0,016$. Presentaban al ingreso una gravedad mayor según la escala SAPS II 36 (29-44) puntos vs. 32 (28-52) puntos, $p = 0,095$, y un SOFA respiratorio más alto 4 (3-4) puntos vs. 3 (3-4) puntos, $p = 0,079$. No hubo diferencias significativas en cuanto a comorbilidades, si bien en el grupo de ATSV predominan asmáticos 12 (10%) vs. 5 (8%), $p = 0,112$, EPOC 11 (9%) vs. 1 (2%), $p = 0,112$, y oncohematológicos 10 (8%) vs. 2 (3%), $p = 0,174$ (tabla). Existen diferencias significativas en el número de limitaciones entre las distintas olas, $p = 0,019$, teniendo lugar la mayoría durante la segunda ola (34%) seguido de la primera (27%) y la tercera (27%), la cuarta (8%) y finalmente la quinta (4%) (fig. 2).

Conclusiones: Entre los pacientes más añosos (> 65 años) y con mayor fragilidad hubo mayor tasa de ATSV. En ellos también se observan mayores puntuaciones en las escalas de fragilidad. Existe una correlación estadísticamente significativa entre la mayor gravedad en el SOFA respiratorio y en SAPS II en el grupo de ATSV. Pese a que en las 3 primeras olas se producen más ATSV y que son las olas con mayor número de ingresos en la UCI no se observan estancias más prolongadas en este grupo de pacientes.

055. ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA DE DECÚBITO PRONO EN LOS PACIENTES CON SDRA GRAVE POR SARS-CoV-2 EN UCI DURANTE LA PRIMERA OLA

Pérez Cabo EM^a, Martínez Barrio ME^a, Larrosa Arranz Á^b, de La Torre Vélez P^a, Vara Arlanzón R^a, Bolaño Molano A^a, Cáceres Barrientos G^a, Ruiz Martínez A^a, Alcalde Susi R^a y Carrillo Auñón E^a

^aHospital Universitario de Burgos, Burgos. ^bHospital Universitario Araba (sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

Objetivos: Analizar cambios en la oxigenación, la tasa de respuesta, número de sesiones y duración las sesiones de los pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) por SARS-CoV-2 sometidos a terapia de decúbito prono. Revisar las complicaciones asociadas al prono y la mortalidad de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados con SDRA COVID-19 entre el 1 de marzo y el 31 de junio de 2020 en la UCI del HUBU, incluyendo la UCI extendida. Se revisan variables clínicas, características de la técnica (previamente protocolizada) y evolutivas. A nivel estadístico las variables cualitativas se analizan según la distribución de porcentajes de tasas, y chi cuadrado; y las cuantitativas según la aplicación previa de test de normalidad, en media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se incluyen 94 pacientes ingresados en UCI en el periodo citado, con una media de edad de 63 ($\pm 9,8$) años, siendo el 75% varones y con una puntuación media en la escala APACHE II de 17,04 ($\pm 6,1$). Recibieron ventilación mecánica invasiva (VM) un 80,85% con una tasa de aplicación de ventilación protectora del 87,5% y una mediana de PEEP de 14 (12, 15) cmH₂O. La tasa de prono de los pacientes intubados fue del 76%. La media de la PaO₂/FiO₂ pre-prono fue 110,2 (86; 134) mmHg y la de la PaO₂/FiO₂ post-prono de 197,2 (142; 247) mmHg. La media de tiempo (t) en la aplicación del prono fue de 4 (2,5; 9,5) horas (desde el diagnóstico de una PaO₂/FiO₂ < 150 mmHg hasta la consecución de la maniobra), aplicando el prono precoz (t de aplicación < 24h) en el 100% de los pacientes, con una media de t de por sesión de 21 (19, 23) horas. El n^o medio de sesiones de P por paciente fue de 2,4 (1;3) siendo respondedores el 96%, con un porcentaje de mejora de la PaO₂/FiO₂ post-prono del 86,5% (28, 128). El 50,8% presentó complicaciones, las más significativas fueron: lesiones dérmicas (45,6%), intubación selectiva (10,5%), plexopatía (10,5%), luxación articular (7%) y salida de SNG con broncoaspiración (8%). La mortalidad intraUCI fue del 12,8% y la hospitalaria del 14,9%.

Conclusiones: En nuestra muestra la tasa de prono en el paciente en VM fue de 76%, que resulta baja, atribuyendo este resultado a la buena respuesta a la presencia de contraindicaciones y a la estrategia de pulmón abierto que se implantó. Los pacientes pronados fueron respondedores en un 96%, con un porcentaje de mejora en la PaO₂/FiO₂ del 86%, con moderadas complicaciones leves y una mortalidad baja (14,9%) realizándose la maniobra siempre de forma protocolizada.

056. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CLÍNICAS MÁS RELEVANTES QUE SE RELACIONAN A MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Rodríguez Vásquez PE, Ruiz Porras M, Aguirre Martínez S, Gómez González Á, Navarro Palma E y Quesada Díaz MDM

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: Analizar que variables clínicamente relevantes se asociaron a mayor mortalidad en pacientes que ingresaron por neumonía SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre una base de datos de pacientes ingresados en UCI por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 desde marzo de 2020 hasta febrero de 2021. En este análisis se buscaron las variables que se relacionaron con la mortalidad intra-UCI (Sí *exitus* vs. No *exitus*) de los pacientes con dicha patología. Variables cualitativas, analizadas con chi-cuadrado y expresadas con odds ratio (OR) e intervalo de confianza (IC95%) y cuantitativas se expresan con media y de IC95% y se analizan con T Student si seguían normalidad o por mediana y rango intercuartílico y con U de Mann Whitney si no la seguían.

Resultados: Se recogieron 264 pacientes (4 pacientes no entraron en el análisis por pérdidas del sistema). La mortalidad global de 87 pacientes, el 33,5%. Los *exitus* tenían una edad más avanzada (No: 56,50 ($\pm 11,18$) vs. Sí: 67,75 ($\pm 7,77$) $p < 0,001$). Los que tenían hipertensión arterial ($p = 0,004$, OR 2,16, IC 1,28-3,66), enfermedades cardíacas ($p = 0,007$, OR 2,45, IC 1,26-4,76), renales ($p = 0,014$, OR 2,86, IC 1,20-6,82), enfermedades oncológicas ($p = 0,002$, OR 3,77, IC 1,57-9,02) y antibioterapia empírica (en UCI o fuera de ella) tuvieron más riesgo de fallecer ($p = 0,045$, OR 2,20, IC 1,00-4,82). Además los que ingresaron con más gravedad (APACHE-II) (Sí 14,38 ($\pm 4,62$) vs. No 11,51 ($\pm 4,19$), $p < 0,001$), con una PaFiO₂ menor al ingreso (Sí: 83,25 (50-179) vs. No: 85,14 (42-200), $p = 0,05$) y a las 24 horas (Sí: 107,50 (57-217) vs. No: 152,80 (49-513), $p = 0,014$) o que requirieron más pronos durante su estancia (Sí: 4,5 (1-10) vs. No: 2,25 (0-9), $p < 0,01$) murieron más. Dentro de la UCI: la neumonía asociada a ventilación mecánica ($p = 0,016$, OR 2,02, IC 1,13-3,63), la necesidad de fármacos vasoactivos ($p < 0,001$, OR 4,42, IC 2,35-8,32) o el desarrollo de neumotórax ($p = 0,001$, OR 2,40, IC 1,20-4,79) fueron las que más se asociaron a mayor mortalidad. La diabetes mellitus ($p = 0,13$), enfermedades pulmonares previas ($p = 0,83$) o ser obeso ($p = 0,34$) no se asociaron a mayor mortalidad en UCI.

Conclusiones: Los pacientes con más edad, con enfermedades cardiovasculares, renales u oncológicas tenían más riesgo de morir. Además, aquellos pacientes que ingresaron con mayor gravedad, con PaFiO₂ menor al ingreso y en las primeras 24 horas o complicaciones en UCI como inestabilidad hemodinámica, neumonía asociada a ventilación mecánica y neumotórax se asociaron a mayor mortalidad. Variables como obesidad o enfermedades pulmonares previas no se asociaron a mayor mortalidad.

057. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES VACUNADOS FRENTE AL SARS-COV2 INGRESADOS EN UCI EN EL AGS SUR DE SEVILLA

López Carranza M, Prieto Mora M, Campanario García A, Vaquero Andreu S, Ongil García B, Vázquez Hernández M, Gutiérrez Morales I, García Ezpeleta L, Loza Vázquez A y Lesmes Serrano A

Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Estudiar las características clínicas y morbimortalidad de los pacientes vacunados frente al SARS-CoV-2 ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo de los pacientes vacunados frente al SARS-CoV-2 ingresados en la UCI del AGS Sur de Sevilla desde el 1/enero/2021-1/enero/2022. Diferenciamos fenotipo A, B y C al ingreso en UCI definido por COVID-19 SEMICYUC Working Group en función de las características clínicas y analíticas. Se analizaron datos demográficos, clínicos, pauta de vacunación completa (2 dosis al menos 7 días antes), medición de anticuerpos vacunales y evolución. Se realizó un análisis descriptivo y analítico con chi-cuadrado (cualitativos) y ANOVA (cuantitativas) mediante SPSS. Nivel de significación estadística ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes con neumonía/SDRA por SARS-CoV-2 vacunados (pauta completa 35%). La mediana de edad fue de 64 \pm 14,7 años. El 39% eran mujeres y el 61% hombres. Media de APACHE II al ingreso 10 (8-12). Media SOFA 4 (4-5). El 64,3% pacientes con fenotipo A, 10,7% fenotipo B y el 25% fenotipo C. El 75% de los pacientes tenía patologías previas (32,1% neoplasias, 17,9% reumáticas, 14,3% hematológicas, 10,7% cirrosis hepática...). El 100% de los pacientes recibió tratamiento con corticoides, el 10,7% recibió inmunomoduladores y el 78,6% precisó VMI. Las complicaciones intraUCI fueron: Fallo renal agudo 57,1%, NAMV 53,6%, BRC 25%, neumotórax 21,4% y TEP 3,6%. La mortalidad en UCI fue del 57,1% (pacientes del fenotipo A 55,6%, pacientes del B 66,7%, y 57,1% pacientes del C) ($p = 0,937$).

Conclusiones: La mayoría de nuestros enfermos tenían patologías previas con cierto grado de inmunodeficiencia. Encontramos un alto porcentaje de complicaciones asociadas y mortalidad en nuestros enfermos a pesar del inicio de la vacunación. No encontramos diferencias entre la mortalidad en UCI y factores de riesgo entre las diferentes clasificaciones de fenotipos.

058. ANÁLISIS DE MORTALIDAD CON RELACIÓN A LA PRESIÓN DE DISTENSIÓN, POTENCIA MECÁNICA, PO2/FIO2 EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Pérez Bastida L, Aray Delpino Z, Villanueva Arias MDG, Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Corbato García Á, Andrés de Llano JM, López Messa JB y Álvarez Ruiz AP

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Objetivos: Analizar la relación de parámetros respiratorios como PaFi, Presión de distensión, Frecuencia respiratoria y potencia mecánica con respecto a la mortalidad, de pacientes ingresados con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y marzo de 2021.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo a partir de base de datos de pacientes ingresados con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Se analizaron: sexo, edad, estancia en UCI, presión de conducción y potencia mecánica, evolución durante ingreso en UCI y en los siguientes 6 meses. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, donde los resultados de las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar. Se calculó el poder mecánico mediante la ecuación de Marini (poder mecánico = 0,098 FR Vt Paw). Se ha realizado análisis descriptivo e inferencial donde se analizó las CURVAS ROC de presión de conducción mayor a 15, Frecuencia respiratoria mayor a 25 y Potencia mecánica superior a 12 J/min, se realizó análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para dichos parámetros, considerando significativo $p < 0,05$.

Figura 1 Póster 058

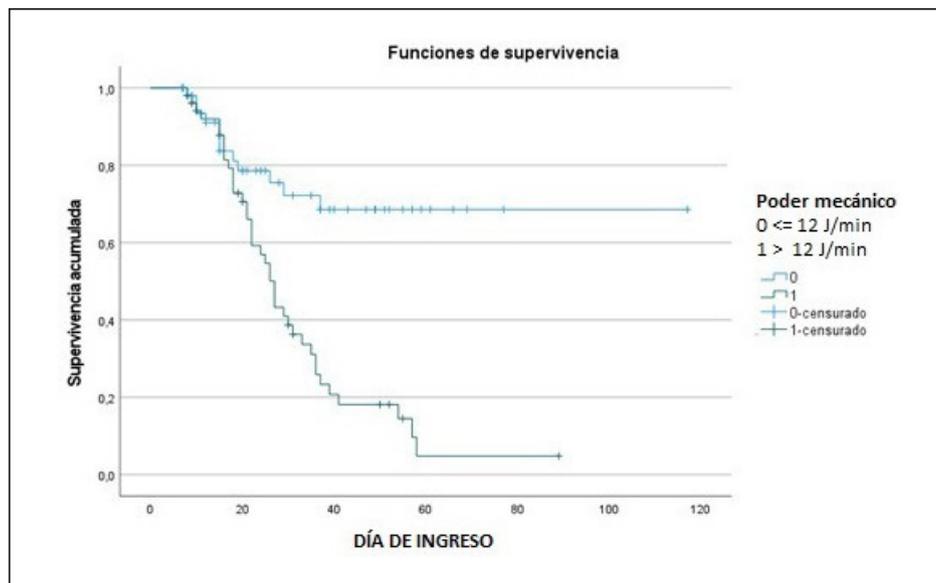
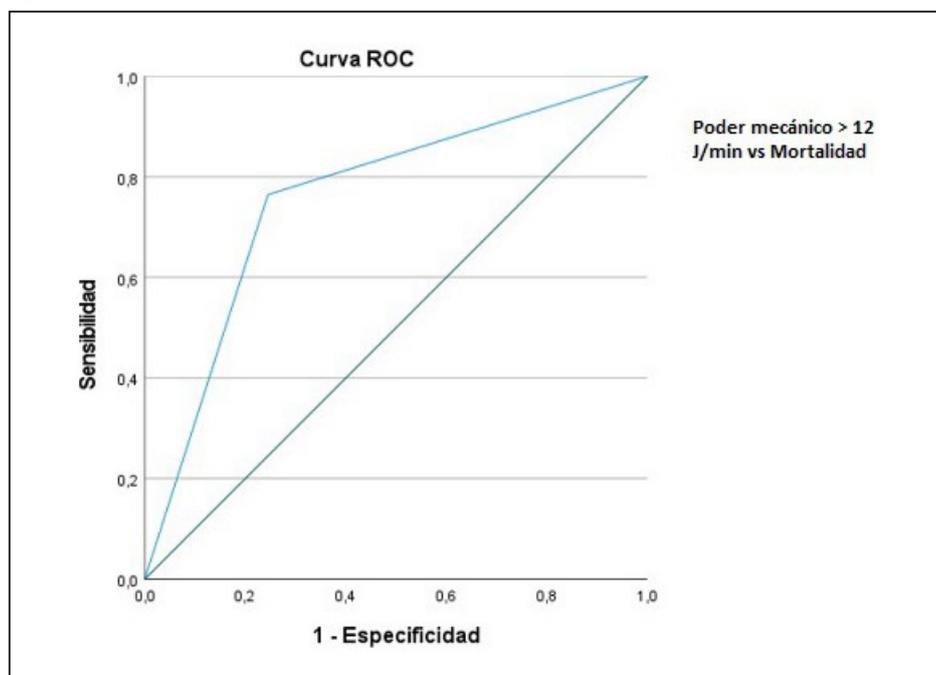


Figura 2 Póster 058



Resultados: De 143 ingresados se excluyó a los pacientes con estadias en UCI inferior a 7 días, se analizó un total de 104 pacientes, 76 hombres (73,08%); 28 mujeres (26,92%); media de edad de 64 años ± 10,08; días de ingreso (media: 29 días, ± 19,71); PO2/FiO2 (media: 121 ± 113), presión de conducción inicial (media: 9 ± 12), mortalidad de 49,03%. Se realizó un análisis de regresión logística binaria para los parámetros de PaFi, presión de conducción, frecuencia respiratoria y poder mecánico siendo significativo para las variables frecuencia respiratoria (p < 0,001) y poder mecánico (p < 0,0062). El análisis de supervivencia en los grupos con Driving Pressure ≤ 15 cmH2O y más elevado no resultó estadísticamente significativo (p > 0,05). En pacientes con presión de conducción menor o igual a 12 J/min con una supervivencia media de 31,57 días y de 86,28 días para valores superiores (p < 0,001). La frecuencia respiratoria menor o igual a 25 se relaciona con supervivencia de 65,10 días y de 22,74 días para el grupo de pacientes con frecuencias más elevadas (p < 0,001). Un área bajo la curva ROC para el parámetro potencia mecánica mayor a 12 J/min de 0,760 (IC95% 0,664-0,855).

Conclusiones: La monitorización del volumen tidal y las presiones de la vía aérea no son suficientes en la estrategia de protección pulmonar. Mantener un PM por debajo de 12 J/min, Frecuencia respiratoria menor a 25 se asocia a una menor mortalidad.

059. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA A LO LARGO DE LAS 3 PRIMERAS OLAS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Barakat Fernández S, Corbato García Á, Pérez Bastida L, Álvarez Torres M, Aray Delpino Z, González Salamanca Á, Ortega Sáez M, Manuel Merino FJ, Prieto González M y Moradillo González S

Hospital Río Carrión, Palencia.

Objetivos: Analizar los factores que han influido en la supervivencia de los pacientes ingresados en la UCI del H. Río Carrión de Palencia con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y 2021.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo a partir de la base de datos de pacientes ingresados en UCI con neumonía por SARS-CoV-2. Se analizaron: sexo, edad, antecedentes médicos, estancia en UCI y hospitalaria, días de ventilación mecánica, SOFA y PaFi al ingreso, uso de noradrenalina y relajantes musculares, traqueostomía, ECMO, coinfecciones y sus patógenos, supervivencia, complicaciones posteriores, mortalidad tras el ingreso y reingresos. Se han realizado: prueba χ^2 de Pearson, regresión logística binaria y posteriormente un análisis de

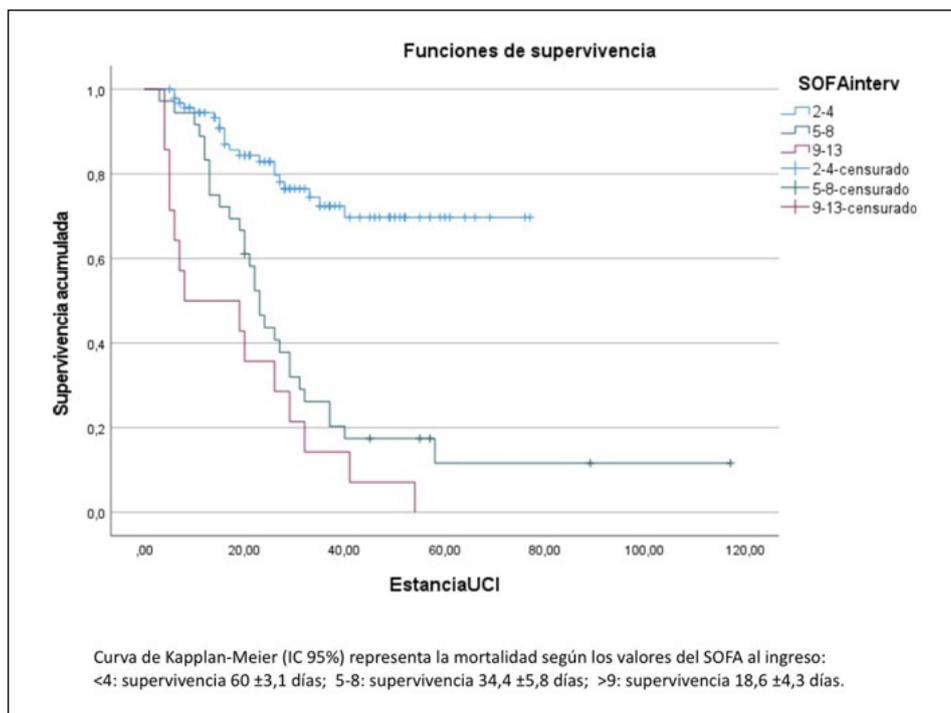
supervivencia en función del SOFA al ingreso mediante una curva de Kaplan-Meier (significativa p < 0,05).

| | Supervivientes | Exitus | Sig. |
|------------------------|----------------|--------|-----------|
| Estancia en UCI (días) | | | |
| < 30 | 40,4% | 59,6% | p < 0,001 |
| 31-70 | 76% | 24% | |
| > 70 | 100% | 0% | |
| Estancia total (días) | | | |
| < 40 | 33,7% | 66,3% | p < 0,001 |
| 41-80 | 85% | 15% | |
| > 80 | 100% | 0% | |
| Edad (años) | | | |
| < 60 | 74,5% | 25,5% | p < 0,001 |
| > 60 | 44,8% | 52,2% | |
| Traqueostomía | 76,5% | 23,5% | p < 0,001 |
| SOFA | | | |
| < 4 | 77,4% | 22,6% | p < 0,001 |
| 5-8 | 16,7% | 83,3% | |
| > 8 | 0% | 100% | |
| Coinfecciones | | | |
| 0 | 15 | 22 | p = 0,03 |
| 1-3 | 40 | 34 | |
| 4-8 | 23 | 9 | |

Resultados: En este periodo ingresaron 143 pacientes (78% varones). La edad media fue de 69,2 años con una estancia media en UCI de 29,3 días. Los antecedentes más frecuentes fueron: HTA (60,1%), DM (33,6%), obesidad (31,5%) y afecciones respiratorias (30,1%). Fallecieron el 45,5%. La primera ola tuvo una mortalidad del 52,9%, la segunda del 48,1% y la tercera del 38,6%. A fecha de 15/01/2022, ningún paciente había fallecido tras el alta. El 12% reingresaron en el hospital por otras patologías. De las complicaciones relacionadas con la enfermedad observamos arritmias, neuropatías, encefalopatía y polineuropatía del paciente crítico. Según la curva de Kaplan-Meier un SOFA al ingreso menor a 4 se asoció a una supervivencia del 77,4% (60,2 ± 3,1 días) con p < 0,001.

Conclusiones: La neumonía por SARS-CoV-2 conlleva asociada una elevada mortalidad, que en la mayoría de los pacientes se produce en los primeros 30 días. No se encontraron diferencias significativas respecto a mortalidad y estancia hospitalaria en las diferentes olas. Un menor SOFA al ingreso y una edad menor de 60 años son determinantes en la supervivencia.

Figura Póster 059



060. ANÁLISIS DEL MICROBIOMA DEL PACIENTE CRÍTICO: ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 VERSUS PACIENTES CRÍTICOS SIN COVID Y GRUPO CONTROL

Cuenca Barrero S^a, Sirvent Calvera J^a, Manichanh C^b y Soler Luque Z^b

^aHospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, Girona. ^bHospital Universitari General Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar el microbioma intestinal y respiratorio de los pacientes críticos y comparar los pacientes con neumonía grave por COVID-19, con los pacientes críticos sin COVID-19 y grupo control.

Métodos: Estudio longitudinal descriptivo en muestras de heces (FR) y aspirado traqueal (AT) en los pacientes que ingresaron en la UCI, de octubre de 2020 y marzo de 2021 con diagnóstico de SDRA grave por COVID-19. Se recogieron durante 3 periodos. La primera muestra al ingreso (N: 53) 2 semanas de ingreso (N: 21) 4 semanas de ingreso (N: 12). Se enviaron al Biobanc IDIBGI y se conservaron a -40 °C. Se compararon con pacientes ingresados en la UCI (NO COVID). Durante 3 periodos. La primera muestra al ingreso (N: 33), 2 semanas de ingreso (N: 30), 4 semanas de ingreso (N: 21). Se analizaron heces de participantes sanos en

2 periodos. (N: 50) y 4 semanas (N 52). Se realizó la extracción de ADN bacteriano en AT y FR mediante el método de Godon. Amplificación ADN mediante PCR. Secuenciación masiva del gen 16S rRNA, Illumina (Mi-seq). Cuantificación de la microbiota (qPCR). Análisis bioestadísticos mediante el software QIIME2. Realiza análisis de diversidad alfa y beta. Recolectión de datos clínicos y demográficos de los pacientes ingresados a la UCI COVID + y No COVID.

Resultados: Al analizar el microbioma a nivel global mediante Unweighted UniFrac-PCoA en FR de pacientes COVID, No COVID y sanos, se observa gran diferencia filogenética entre los grupos COVID y No COVID, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,001$). Así mismo si se comparan las muestras de los pacientes COVID + y No COVID con los sanos se observa una diferencia significativa entre grupos a nivel de la composición global del microbioma intestinal (fig. 1). A analizar la diversidad alfa mediante el índice de Chao 1, se observa una disminución significativa de la diversidad o riqueza de cada grupo (fig. 2). A nivel taxonómico se observó una pérdida de especies del filo *Firmicutes* y *Actinobacteria* y por el contrario hay un predominio de proteobacteria (*Pseudomonas*) al correlacionarlo con los días de ingreso en UCI en AT de pacientes COVID + (fig. 3).

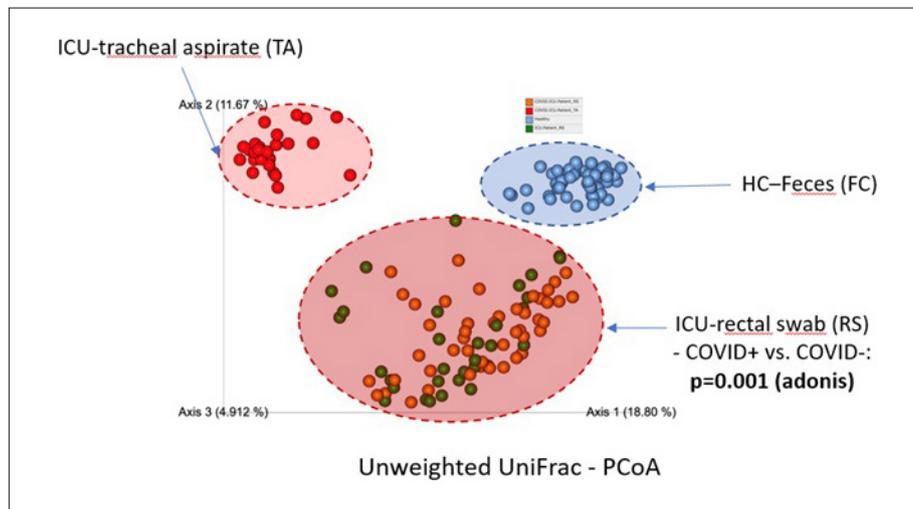


Figura 1

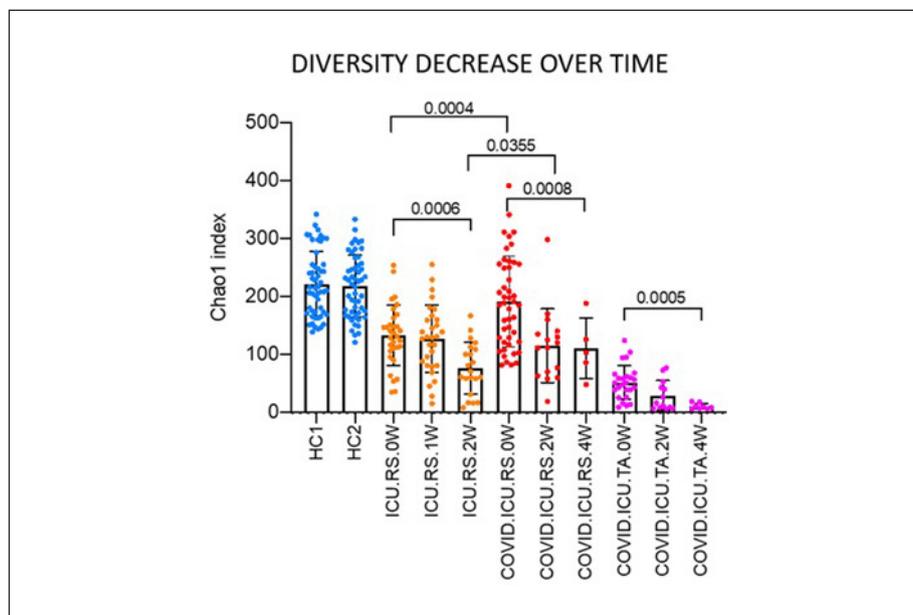


Figura 2

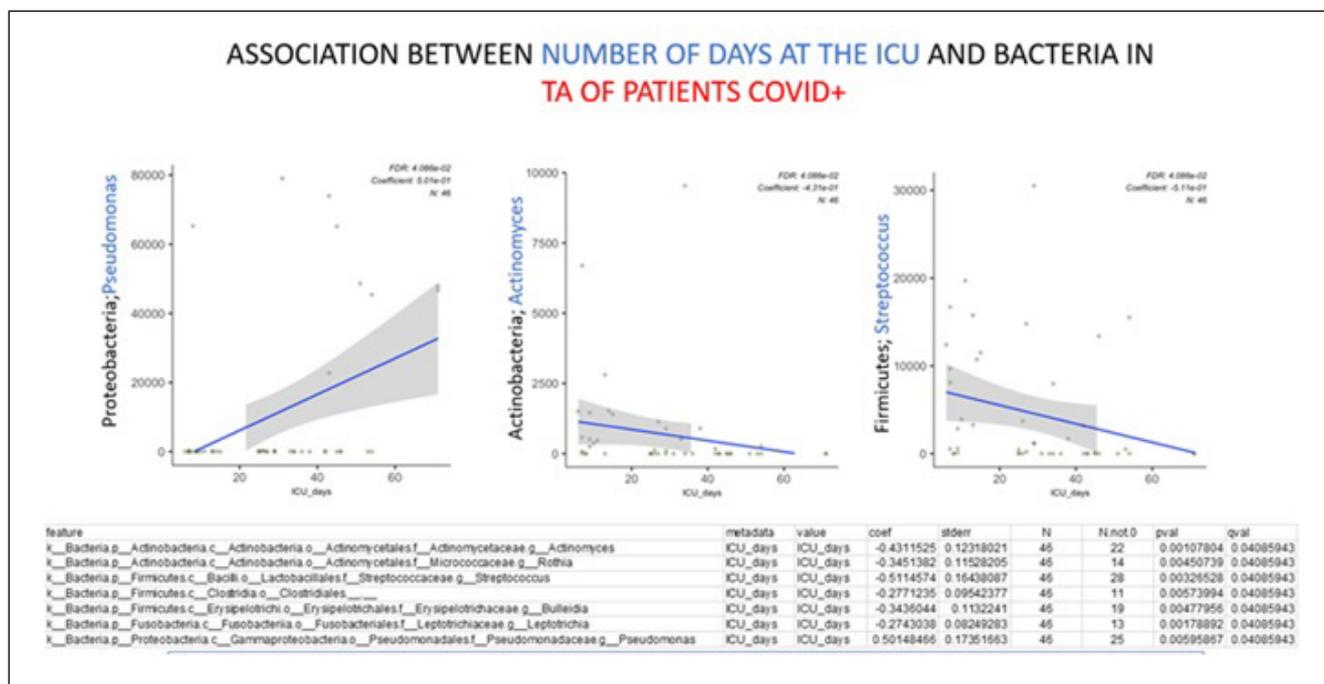


Figura 3

Conclusiones: Los pacientes ingresados en la UCI COVID+, presentan una alteración del microbioma intestinal y respiratorio durante su ingreso. Observándose pérdida significativa de la diversidad, destacando el predominio de patógenos como Pseudomonas sobre todo en aspirado traqueal.

061. ANÁLISIS DEL SOPORTE RESPIRATORIO Y COMPLICACIONES DE PACIENTES EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19

de Mota Dengra E, Fernández Cuervo A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Determinar qué tipo y duración de soporte respiratorio requirieron los pacientes COVID ingresados en UCI así como y sus complicaciones.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo en una cohorte anidada de pacientes en una UCI de 3er nivel desde marzo 2020 a diciembre 2021. Variables analizadas: necesidad distintos soportes respiratorios, aparición de neumonía, de bacteriemia, estudio microbiológico y mortalidad. Estadística: datos en medias con desviación estándar y porcentajes. Análisis univariado mediante SPSS v.25.

Resultados: Ingresaron 142 pacientes, de los cuales el 88,4% precisó ONAF, el 19,4% VMNI. La duración media de la ONAF fue de 5,2 ± 5 días y de VMNI 4,3 ± 4 días. Pese a ello, un 72,4% de los pacientes requirió ventilación mecánica invasiva y de ellos, casi la mitad (48%) precisó IOT al ingreso, con una media de 24 ± 25 días de conexión a VMI y un porcentaje de traqueostomía del 38,5%. Las maniobras de pronó fueron necesarias en el 59,5% de los pacientes durante 4,9 ± 4 días. Únicamente se empleó óxido nítrico, ECCO2-R y ECMO V-A (35 días) en un paciente. Sin embargo, la ECMO VV fue precisa en un 6,5% de los pacientes, con duración media de 32,5 ± 36,8 días y una mortalidad del 75%. La complicación más frecuente fue la neumonía con germen aislado (49,3%), con una mortalidad del 60%; constatando la participación de dos microorganismos en la mitad de los casos, siendo los patógenos más habituales *S. aureus*, *S. maltophilia* y *C. albicans*. Microorganismos multirresistentes causaron un 28% de las neumonías y colonizaron a un 11% de nuestra población. Seguidamente, las complicaciones más frecuentes fueron el fallo renal (38%), precisando TDER el 35%; y la bacteriemia con germen aislado (38%) de los cuales fallecieron el 67%, 46% de ellos con fallo multiorgánico. Su origen fue respiratorio (35,6%), bacteriemia primaria (33,9%), secundaria a infección de catéter (13,6%) y urinaria (10%). Otras complicaciones fueron: neumotórax (13,4%), shock hemorrágico (9,3%), TEP (7,8%), complicaciones hemorrágicas (5,7%), hemorragia alveolar (5%) y TVP (1,4%). La mor-

talidad total fue del 55,5%, elevándose hasta 69,1% en el caso de pacientes intubados y > 75% en los casos de neumotórax, shock y TEP.

Conclusiones: En la mayor parte de los casos se empleó la ONAF. Pese a ello, casi tres cuartos de los pacientes precisó intubación. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciosas, seguidas de la insuficiencia renal y en menor medida las hemorrágicas. Se aprecia un aumento de la mortalidad en aquellos pacientes con necesidad de intubación así como en aquellos que presentan complicaciones.

062. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS NEUMONÍAS Y BACTERIEMIAS COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTES DE UCI INGRESADOS POR COVID-19

Revuelto Rey J, Fernández Cuervo A y de Mota Dengra E

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Describir las principales características y consecuencias de las neumonías y bacteriemias que complican la evolución de las infecciones graves por SARS-CoV-2.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre los pacientes ingresados con COVID-19 en la UCI del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz de marzo de 2020 a diciembre de 2021. Variables analizadas: aparición de neumonía, aparición de bacteriemia, estudio microbiológico, mortalidad y relaciones con antecedentes personales, soporte clínico y tratamientos administrados.

Resultados: De los 142 casos ingresados en nuestra UCI, 73 (51%) presentaron neumonía y 55 (38%) bacteriemia. De todas las bacteriemias, consideramos 20 casos como primarias, 21 como asociados a neumonía y 8 relacionados con catéter. En el caso de las neumonías, en 71 casos se pudo realizar identificación microbiológica, constatándose en 36 casos al menos 2 microorganismos responsables. Los más frecuentes, *S. aureus*, *Stenotrophomonas* y *Candida albicans* (11 aislamientos de cada patógeno). En las bacteriemias, fueron *S. epidermidis* (9 aislamientos), *S. aureus* y *K. pneumoniae* (6 casos cada uno) los más frecuentes. Entre las variables relacionadas con mayor frecuencia de neumonía, la mayor gravedad del caso, ya sea por indicadores de oxigenación inicial o por escalas de gravedad al ingreso en UCI, son los principales predictores de desarrollar complicación infecciosa. No parece que exista una relación directa entre el uso de inmunosupresores frente a COVID-19 y el desarrollo de complicación infecciosa. En cuanto a la mortalidad, el 60% de los pacientes que presentó neumonía fue exitus en UCI, y dos pacientes más fallecieron tras su traslado a planta. Para el caso de las bacteriemias, la mortalidad alcanza el 67%.

Conclusiones: Neumonías y bacteriemias son una complicación frecuente y grave de los pacientes que ingresan en UCI con COVID-19, ya que representan la principal causa de muerte. A mayor gravedad en la forma de presentación de la infección por SARS-CoV-2, mayor riesgo de desarrollo de estas complicaciones.

063. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PATRÓN BIOQUÍMICO DE LA COAGULOPATÍA EN LA INFECCIÓN GRAVE POR SARS-CoV-2 Y DE LAS COMPLICACIONES TROMBÓTICAS Y HEMORRÁGICAS ASOCIADAS A SU TRATAMIENTO

Revuelto Rey J, de Mota Dengra E y Fernández Cuervo A

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Describir las principales alteraciones bioquímicas evolutivas observadas en el sistema de coagulación y analizar las complicaciones asociadas al tratamiento empleado en pacientes graves por COVID-19.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre los pacientes ingresados con COVID-19 en la UCI del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz de marzo de 2020 a diciembre de 2021. Variables analizadas: plaquetas, dímeros-D y fibrinógeno al ingreso, a las 48 h y a los 7 días, tipo de pauta de anticoagulación empleada, aparición de TVP, TEP, hematoma de partes blandas (HPB), hemorragia grave (HG), hemorragia alveolar (HA) y *shock* hemorrágico (SH).

Resultados: En los 142 casos registrados hemos observado una tendencia común, que se caracteriza por un discreto descenso de plaquetas, dímeros D moderadamente elevados, que aumentan en las primeras 48 h, para posteriormente volver a descender al 7º día y valores de fibrinógeno que solo descienden a partir del 7º día. Estos datos apoyan la existencia de un estado de hipercoagulabilidad sin activación de la fibrinólisis, que posteriormente evoluciona a coagulopatía de la sepsis. Siguiendo las guías y recomendaciones vigentes en cada momento, se han aplicado diferentes pautas de anticoagulación en base a los niveles de dímeros D: el 9% de nuestros pacientes recibieron profilaxis, el 26% dosis intermedia y el 15% anticoagulación plena, sin incluir en este porcentaje a 4 pacientes anticoagulados por su enfermedad de base y 9 que recibieron anticoagulación plena por precisar ECMO. A pesar de haber empleado dosis de anticoagulación elevadas, las complicaciones hemorrágicas no han sido numerosas, 8 casos de HG, 7 casos de HA, 16 casos de HPB, desarrollando 13 pacientes SH, sin ser causa directa de fallecimiento en ningún caso. Las complicaciones hemorrágicas no parecen presentar relación con la dosis de anticoagulación empleada, siendo más frecuentes en los pacientes que portaron ECMO, ya que el 75% de pacientes desarrollaron sangrado grave que supuso la suspensión de la anticoagulación. Por otro lado, se diagnosticaron 11 episodios de TEP y 2 de TVP entre nuestros pacientes.

Conclusiones: Los valores de laboratorio recogidos en nuestros pacientes parecen mostrar la existencia de un patrón de hipercoagulabilidad sin activación de fibrinólisis. No parece existir relación entre las dosis de anticoagulación y las complicaciones hemorrágicas, mientras que las complicaciones tromboembólicas han sido llamativamente bajas. El uso de ECMO y la anticoagulación plena que precisa se relaciona con la aparición de complicaciones hemorrágicas importantes.

064. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES COVID-19 QUE REQUIEREN INGRESO EN UCI EN LA 6ª OLA

Corera Cía M, Iglesias Posadilla D, González Redondo A, Panera Martínez E, Mourelle Vázquez L, Hoya González C, Rivas Bilbao A, Iñigo Morrás E, Kadi Ayad S y Rubio Gaztelu M

Hospital de Cruces, Vizcaya.

Objetivos: Identificar las características que presentan los pacientes con neumonía por COVID-19 que necesitan ingreso en UCI por este motivo en la 6ª ola en H.U. Cruces.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con motivo de ingreso en UCI de neumonía por COVID-19 durante la 6ª ola 1/11/2021-20/01/2022 en la UCI polivalente de H.U. Cruces. Variables cuantitativas con medias, modas y IQR según su distribución, y las variables cualitativas como porcentajes.

Resultados: 43 pacientes que ingresan en UCI por este motivo. Edad media 61,3 años, IMC medio 30,1 kg/m². 32 de ellos (74,42%), hom-

bres. 26 pacientes no vacunados (60,47%), frente a 17 que sí (5 Pfizer, 6 A-Z, 5 Moderna, 1 Janssen). 25 (58,14%) procedían de planta, 8 de urgencias, 3 de otro hospital sin UCI (6,98%) y 7 (16,28%) de otro hospital con UCI. APACHE medio de ingreso de 17,28, y un SAPS III de 52,42. El APACHE-II al ingreso de los pacientes que viven (14,63) significativamente menor que aquellos que fallecieron (22,13) ($p = 0,004$). Ocurre lo mismo con el SAPSIII (48,71 vs. 63,75 ($p = 0,0005$)). Como comorbilidades previas, 27,4% (12) presentan DM, 20,93% (9) inmunodepresión, 9,30% (4) TOS, 11,63% (5) EPOC, 9,30% (4) Insuficiencia renal, 2,33% (1) insuficiencia hepática y 4,65% (2) neoplasia. El 79,07% (34) habían recibido tratamiento previo con corticoides (14 Dexa, 11 MTPD, 4 combinación). 18,6% (8) recibieron tocilizumab y 9,3% (4) remdesivir. IL-6 se midió en 11 pacientes (p50 9, IQR 4-22). 18 pacientes (41,8%), recibieron antibiótico previo a ingreso en UCI (12 ceftriaxona). El 16,28% recibió exclusivamente soporte con OAF y el 83,72% ventilación mecánica invasiva, de los cuales un 13,89% (5) recibieron soporte ECMO. Los días de ventilación mecánica fueron de 26,31 (DE 17,45). Se requirió realizar traqueotomía en el 44,4%, con un tiempo de ventilación media de 41 (DE 15,56). APACHE-II OAF 13,43 vs. 18,03 VMI ($p = 0,09$). SAPS-III OAF 49,29 vs. 53,03 VMI ($p = 0,39$). El 25,8% (8) de los pacientes dados de alta en el momento del estudio, fallecieron. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a mortalidad en pacientes vacunados (27,27%) frente a no vacunados (23,81%) ($p = 0,84$).

Conclusiones: El perfil de paciente más común es un varón en torno a 60 años y obeso. El 60,47% sin vacunar, no siendo esto significativo en la mortalidad. Las principales comorbilidades son la diabetes y la inmunodepresión. La mayoría (83,72%) requirió ventilación mecánica. La mortalidad en el momento del estudio es de 25,8%. Este estudio tiene limitaciones como una *n* pequeña y algunos parámetros medidos en los pacientes todavía no han tenido lugar (mortalidad, días VMI).

065. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19

de Mota Dengra E, Fernández Cuervo A y Revuelto Rey J

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Determinar las características epidemiológicas de los pacientes COVID ingresados en UCI así como su manejo durante su estancia.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo en una cohorte anidada de pacientes en una UCI de 3^{ER} nivel desde marzo 2020 a diciembre 2021. Se han analizado variables sociodemográficas, de gravedad, comorbilidades, necesidad de soporte artificial, variables evolutivas y mortalidad. Estadística: Datos en medianas y porcentajes, análisis univariado mediante SPSS v.25.

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes, ingresando en su mayoría (49,3%) durante la tercera ola, y seguidamente durante la segunda (28,9%), primera (9,2%), quinta (8,5%), cuarta (2,8%) y sexta (1,4%). La procedencia habitual de estos pacientes fue de planta de hospitalización (67%), trasladados de otros hospitales (20,4%), urgencias (11,3%) y en menor medida de domicilio (0,7%). El 62% fueron varones incluidos en un rango de edad entre los 31 y 80 años, con una edad media de 62 ± 11 años. Solo el 4,9% era profesional sanitario. El 86% de los pacientes presentaba uno o más factores de riesgo cardiovascular siendo el más frecuente la hipertensión (59,2%), obesidad (49,3%), dislipemia (42,3%), diabetes (37,3%) y ser fumador activo (9,9%). En cuanto a otras comorbilidades, las más habituales fueron inmunodepresión (14,8%), cardiopatía isquémica (10,6%), EPOC (8,5%), enfermedad renal crónica (6,3%), enfermedad hematológica (5,6%), asma (4,9%), trasplante renal (4,9%) e insuficiencia cardíaca (3,5%). Únicamente el 7,7% estaba vacunado; un 2,8% con pauta incompleta y un 4,9% con pauta completa. Todos los pacientes vacunados con pauta completa presentaban al menos un factor de riesgo cardiovascular. Si bien la presencia de factores de riesgo cardiovascular entre no vacunados es similar a la de nuestra población total, el 58% de ellos no presentaba otras comorbilidades asociadas. Un 21,1% de los pacientes se encontraba antiagregado y un 6,2% tomaba tratamiento anticoagulante. El APACHE II al ingreso fue de 16,26 ± 7,8 y el SOFA 5,73 ± 2,8.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes presentaban múltiples factores de riesgo cardiovascular, no estaban vacunados y procedían de planta de hospitalización. Más de la mitad de los pacientes no vacunados no presentaba comorbilidades más allá de los factores de riesgo cardiovascular.

066. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CRONOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD COVID EN NUESTRO MEDIO

Montes Aranguren M, Isern de Val I, Arche Banzo MJ, Abansés Moreno P, Mayordomo García C, Herrero García S, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Malingre M y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Conocer las características clínicas y demográficas del paciente crítico COVID en nuestro medio, así como la cronología de la enfermedad previa al ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Posteriormente analizar la influencia de estos factores sobre la mortalidad.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria secundaria a la infección por SARS-CoV-2 en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre el 1 de marzo de 2020 y el 1 de marzo de 2021. Se realizó el análisis estadístico con SPSS 25.0.

Resultados: Se registraron un total de 291 pacientes, en su mayoría varones (71,5%) y con una edad media de 65,84 años. Los antecedentes personales más prevalentes fueron la hipertensión arterial (57%) y la obesidad (55,7%). Un 30,2% eran diabéticos, un 20,3% presentaban antecedentes de patología cardiovascular y un 18,9% de patología respiratoria. 30 pacientes tenían un diagnóstico de enfermedad renal crónica (10,3%) al ingreso y un 6,9% y 9,6% de neoplasia e inmunosupresión, respectivamente. El ingreso en UCI se producía en torno al décimo día desde el inicio de síntomas (9,77 días) y alrededor del tercer día de ingreso hospitalario, agotando rápidamente las terapias de soporte ventilatorio que se podían ofrecer fuera de la unidad de cuidados intensivos. La estancia media en la unidad de cuidados intensivos fue de 21,92 días y la mortalidad del 47,1% con 137 pacientes fallecidos. En nuestra población observamos un aumento de la mortalidad proporcional a la edad del paciente. Por el contrario, ni el sexo ni las comorbilidades previas del paciente demostraron relación. Por otro lado, el tiempo de evolución clínica hasta el ingreso en UCI no mostró relación con la mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en UCI por infección COVID fueron en su mayoría hombres con una edad media en torno a 65 años, hipertensos y obesos. El ingreso en UCI se produce en torno al 10 día desde el inicio de los síntomas. Los casos graves que requieren UCI presentan una evolución en planta rápidamente progresiva, siendo ingresados en UCI en torno al tercer día de ingreso hospitalario. La mortalidad fue superior en grupos etarios mayores, sin existir distinción entre sexos ni con la comorbilidad previa del paciente. El tiempo de evolución de la clínica hasta el ingreso en UCI, no mostró asociación con la mortalidad.

067. COMPARACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD ENTRE PACIENTES VACUNADOS Y NO VACUNADOS CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 EN UCI

Beltrán Hernández DR, Oñoro Morales AB, Ruiz García AL, Serrano Ferrer C, Rubio Uriarte V, Lujan Varas J, Martínez Díaz C, Serrano Rodríguez DA, Navarro JL y Nevado Losada E

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: Determinar si hay diferencias en la morbimortalidad entre los pacientes vacunados y no vacunados por COVID-19 que ingresaron en UCI por insuficiencia respiratoria grave.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una UCI polivalente de los pacientes que ingresaron por neumonía grave por COVID-19 entre julio y diciembre del 2021.

Se recogieron datos demográficos, estado de vacunación, APACHE, comorbilidades, días de estancia en UCI, días de IOT, bloqueo neuromuscular, maniobras de pronó y mortalidad. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación típica o con mediana y rango intercuartílico utilizando el test U-Mann-Whitney para su análisis. Para las variables categóricas se han calculado porcentajes y se compararon mediante el test exacto de Fisher. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: De los 72 pacientes aceptados en UCI durante el período elegido, 14 fueron trasladados por presión hospitalaria. Se incluyeron finalmente 58 pacientes, de los cuales el 48,3% tenía la vacunación completa y el 21,4% de estos estaba inmunodeprimido. El 68% del total fueron hombres, la edad media fue de 57,1 ± 13,4 años y el APACHE medio fue de 11,1 ± 4,8 siendo significativamente mayor en los vacunados (12,4 ± 4,5 vs. 9,9 ± 4,8). No se encontraron diferencias significativas en la edad, las comorbilidades, la necesidad de VM, bloqueo neuromuscular y maniobra de pronó entre los vacunados y no vacunados. Tampoco se encontraron diferencias significativas en las complicaciones infecciosas, trombóticas, necesidad de aminas ni TDER. La mortalidad en UCI fue del 6,8% no habiendo diferencias significativas entre vacunados y no vacunados.

| Complicaciones y mortalidad | n | Vacunación completa | | Total | p (test exacto de Fisher) |
|-----------------------------|-----------|---------------------|-------------|-------------|---------------------------|
| | | No (n 30) | Sí (n 28) | | |
| Complicaciones infecciosas | n 14 % | 14 46,7% | 11 39,3% | 25 43,1% | p = 0,61 |
| Bacteriemia | n 3 % | 3 10,0% | 1 3,6% | 4 6,9% | p = 0,61 |
| NAVM | n 11 % | 11 36,7% | 7 25,0% | 18 31,0% | p = 0,40 |
| Traqueobronquitis | n 7 % | 7 23,3% | 7 25,0% | 14 24,1% | p > 0,999 |
| ITU | n 5 % | 5 16,7% | 3 10,7% | 8 13,8% | p = 0,71 |
| Capa | n 1 % | 1 3,3% | 1 3,6% | 2 3,4% | p > 0,999 |
| Complicaciones trombóticas | n 4 % | 4 10,0% | 1 3,6% | 5 8,6% | p = 0,61 |
| TEP | n 4 % | 4 13,3% | 1 3,6% | 5 8,6% | p = 0,35 |
| Prono | n 15 % | 15 50,0% | 8 28,6% | 23 39,7% | p = 0,11 |
| BMN > 48 | n 15 % | 15 50,0% | 9 32,1% | 24 41,4% | p = 0,19 |
| NOi | n 5 % | 5 16,7% | 4 14,3% | 9 15,5% | p > 0,999 |

Tabla 2 Póster 67

| Mortalidad total | No (n = 53) | | | | Sí (n = 5) | | | | P (U-Mann-Whitney) |
|------------------|-------------|------|---------|---------------|------------|------|---------|---------------|--|
| | Media | DE | Mediana | RIC (p75-p25) | Media | DE | Mediana | RIC (p75-p25) | |
| Edad | 55,7 | 13,1 | 59,0 | 19,0 | 72,0 | 3,1 | 72,0 | 5,0 | p < 0,001 Diferencia de medias [IC95] = 16,3 [11,6-21,0] |
| APACHE | 10,6 | 4,6 | 11,0 | 6,0 | 16,6 | 3,2 | 18,0 | 5,0 | p = 0,009 Diferencia de medianas [IC95] = 6,0 [2,0-11,0] |
| Charlson | 2,2 | 1,9 | 2,0 | 2,0 | 4,2 | 1,1 | 4,0 | 2,0 | p = 0,01 Diferencia de medianas [IC95] = 2,0 [1,0-4,0] |
| IMC | 33,1 | 8,0 | 29,9 | 9,5 | 38,2 | 7,5 | 35,7 | 14,5 | p = 0,18 |
| Días VMI | 11,7 | 13,7 | 7,0 | 21,0 | 15,0 | 7,2 | 15,0 | 14,0 | p = 0,21 |
| Días VMNI | 0,5 | 1,2 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 1,8 | 0,0 | 2,0 | p = 0,95 |
| Días VM total | 12,6 | 14,8 | 6,0 | 22,0 | 16,2 | 5,6 | 15,0 | 11,0 | p = 0,15 |
| Días UCI | 17,4 | 14,8 | 11,0 | 18,0 | 21,6 | 17,3 | 15,0 | 26,0 | p = 0,47 |
| Días hospital | 25,2 | 16,5 | 18,5 | 26,0 | 27,4 | 21,9 | 18,0 | 31,0 | p = 0,62 |

| DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y ESTANCIA HOSPITALARIA | VACUNACIÓN COMPLETA | | | | P (U-Mann-Whitney) |
|--|---------------------|------|-----------|------|--------------------|
| | No (n=30) | | Sí (n=28) | | |
| | Media | DE | Media | DE | |
| Días VMI | 11,9 | 13,0 | 12,1 | 13,7 | p=0,98 |
| Días VMNI | 0,6 | 1,3 | 0,5 | 1,2 | p=0,64 |
| Días VM total | 13,5 | 14,6 | 12,2 | 14,1 | p=0,61 |
| Días UCI | 18,1 | 15,6 | 17,5 | 14,4 | p=0,83 |
| Días Hospital | 24,9 | 16,3 | 26,0 | 17,5 | p=0,82 |

Conclusiones: La vacunación en los pacientes de nuestra muestra no determinó una diferencia significativa en la morbimortalidad. La mortalidad de nuestra muestra se asoció significativamente a mayor edad, mayor APACHE y mayor índice de Charlson.

Ventilación mecánica

Moderadoras: María del Mar Fernández Fernández y Ana Abella Álvarez

068. ANÁLISIS DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS UNICÉNTRICOS VS. MULTICÉNTRICOS PUBLICADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA

Bayoumy Delis PS, Ruiz Rodríguez A, López Gómez I, Higón Cañigral A, Tornero Yépez P, Carrasco González E, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Torrano Ferrández M y Carrillo Alcaraz A

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados sobre ventilación no invasiva (VNI) según si estos fueron unicéntricos o multicéntricos.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, en el que se revisaron los ECAs publicados en Medline, Embase y Cochrane desde 1980 hasta 2019 sobre VNI en el paciente agudo. Se excluyeron ECAs en pacientes estables, estudios *post hoc*, protocolos, ECAs en niños, ECAs publicados en un idioma distinto al español, inglés o portugués o no publicados en una revista científica. Se evaluaron 85 variables sociodemográficas, metodológicas, clínicas y relacionadas con las características de la VNI. La extracción de las variables fue llevada a cabo por dos miembros del equipo investigador, de forma independiente, previamente formados en metodología de la investigación. Ante la discrepancia en un resultado, un tercer investigador era consultado. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Se analizaron 231 estudios, 164 (70,9%) realizados en un solo centro y 67 (29,1%) multicéntricos. Los estudios multicéntricos fueron internacionales con mayor frecuencia (12 vs. 0%, $p < 0,001$), presentaron grupo colaborador entre sus participantes (25,4 vs. 1,2%, $p < 0,001$) y se publicaron con mayor frecuencia en revistas de primer cuartil (79,4 vs. 48,4%, $p < 0,001$). Los estudios multicéntricos especificaron de forma adecuada el diseño con mayor frecuencia (37,3 vs. 10,4%, $p < 0,001$), presentaron con mayor frecuencia un cálculo del tamaño muestral (85,1 vs. 46,3%, $p < 0,001$), realizaron análisis intermedios (22,4 vs. 5,5%, $p < 0,001$), especificaron el método de generación de la secuencia de aleatorización (70,1 vs. 47,6%, $p = 0,002$), el tipo de aleatorización (65,7 vs. 19,5%, $p < 0,001$), la ocultación de la asignación (80,6 vs. 47,6%, $p < 0,001$) y número de registro (49,3 vs. 26,2%, $p < 0,001$). Un mayor porcentaje de estudios multicéntricos presentaron estadística adicional (73,1 vs. 25%, $p < 0,001$), presentaron los resultados con estimaciones con valor de p e IC95% (4,3 vs. 6,7%, $p < 0,001$) y medidas de magnitud (53,7 vs. 18,3%, $p < 0,001$), notificaron la existencia de conflicto de intereses (70,1 vs. 43,9%, $p < 0,001$) y especificaron el objetivo primario (95,5 vs. 70,1%, $p < 0,001$) y secundarios (91 vs. 54,9%, $p < 0,001$).

Conclusiones: Los ECA publicados sobre VNI presentan frecuentes deficiencias metodológicas y formales, si bien se presentan con menor frecuencia en ECA multicéntricos.

069. ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL USO DE LA OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cordón Álvarez S, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R, Peregrina Caño E, **Nuevo Ortega P** y Zamboschi N

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos que han precisado oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y evaluar la necesidad posterior de ventilación mecánica invasiva, así como la estancia en UCI y la mortalidad de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se analizaron un total de 256 pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 durante un año (del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021).

Resultados: De 256 pacientes, en el 94,5% se inició como primera medida de soporte respiratorio la OAF, de los cuales el 73% eran hombres y el 26,8% mujeres. De estos pacientes, el 94,5% habían recibido alguna dosis de vacuna para el COVID-19 y el 47% no precisó intubación orotraqueal. El 52,8% de los pacientes con OAF precisó ventilación mecánica invasiva (VMI) durante su estancia en UCI. En el grupo que solo requirió OAF, la mediana de días de estancia en UCI fue de 8. En los pacientes con OAF inicial y que precisaron VMI, tuvieron una mediana de 16,5 días de ventilación mecánica con una estancia de 20 días en UCI. En los pacientes intubados como primera medida, precisaron una mediana de 19 días de VM y 19 días de UCI. La mortalidad de los pacientes que se intubaron desde el principio fue del 50% y de los que se intubaron tras OAF fue del 56%. En los pacientes que solo requirió OAF la mortalidad fue del 6%.

Conclusiones: La oxigenoterapia de alto flujo ha sido una medida de soporte respiratorio inicial muy importante, siendo la primera medida en el 94,5% de nuestros pacientes, de los cuales casi la mitad (47%) no precisó de intubación orotraqueal. Y en los pacientes que precisaron VMI, se observó que requirieron una mediana de 3 días menos de ventilación mecánica en comparación con los intubados desde el ingreso, aunque la mortalidad en este grupo fue mayor que en el segundo grupo. No se han observado diferencias en los días de estancia en UCI los dos grupos de pacientes ventilados. Existe una diferencia importante en la mortalidad entre los pacientes que requirieron en algún momento VMI frente a los que no, lo cual nos parece que esté en relación con la gravedad del paciente.

070. ANÁLISIS DEL PRONO DESPIERTO EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19 TRATADOS CON OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Nuevo Ortega P, Cordón Álvarez S, Peregrina Caño E, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R y Zamboschi N

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Análisis del impacto del prono despierto en los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos por neumonía por COVID y con soporte respiratorio de oxigenoterapia de alto flujo.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se analizaron un total de 256 pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 durante un año (del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021), de ellos cuántos pacientes requirieron solo oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y qué repercusión tuvo el uso del prono despierto en los días de OAF, días de estancia en UCI y mortalidad. Describimos las variables categóricas con frecuencias absolutas y relativas por categorías; y los tiempos con mediana y rango intercuartílico (RIC). Calculamos la significación estadística con la U de Mann-Whitney.

Resultados: De 256 pacientes analizados, en el 94,5% se inició como primera medida de soporte respiratorio la OAF, de los cuales el 47,5% no precisó ventilación mecánica invasiva. En los pacientes que solo precisaron OAF (114), en el 17,5% se realizó prono despierto. En los pacientes en los que se realizó prono despierto (20), la mediana de días de OAF fue de 6 (RIC 3,75-9), sin cambios respecto a los pacientes en los que no se rea-

lizó prono despierto (94), donde la mediana de días de OAF fue también de 6 (RIC 5-8); $p = 0,98$. En relación con la estancia en UCI, en el grupo de pacientes de prono despierto, la mediana de días fue de 8 (RIC 4,25-9), al igual que en los pacientes en los que no se realizó prono despierto, con una mediana de días de estancia en UCI de 8 (RIC 4,25-9); $p = 0,96$. Por último, la mortalidad de los pacientes que solo precisó OAF fue del 6%. Si diferenciamos entre los dos grupos, observamos una mortalidad del 6% en el grupo en los que no se hizo prono y del 5% de los que sí se realizó.

Conclusiones: No vemos diferencias significativas entre los dos grupos ni en días de OAF, ni en días de estancia en UCI, ni en mortalidad. Estos resultados pueden deberse a que la muestra utilizada de prono despierto es pequeña, ya que en nuestra Unidad hemos usado el prono despierto como última medida no invasiva en casos de mala respuesta a la OAF y no como medida complementaria.

071. ASOCIACIÓN ENTRE ATROFIA DIAFRAGMÁTICA HISTOLÓGICA Y EL GROSOR DIAFRAGMÁTICO VALORADO POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES VENTILADOS

Gomariz-Viladach Martínez G, Dot I, Picornell M, Bigas J, Díaz Y, Gracia MP, Zapatero A, Masclans J, Pérez-Terán P y Marín-Corral J

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la capacidad del grosor diafragmático (Gdi) medido por ecografía como herramienta para el diagnóstico de la atrofia diafragmática en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM), entendida como la disminución del tamaño fibrilar (TF) por histología. Evaluar la capacidad del grosor diafragmático (Gdi) medido por ecografía como herramienta para el diagnóstico de la atrofia diafragmática en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM), entendida como la disminución del tamaño fibrilar (TF) por histología.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes ventilados donantes de órganos admitidos en UCI y un grupo control de pacientes sujetos a cirugía torácica. En todos los pacientes se realizó estudio ecográfico para medición del Gdi y posterior obtención de una biopsia diafragmática para su análisis histológico (TF). Los puntos de corte de las variables TF y Gdi fueron definidos por la mediana obtenida en cada una de ellas en el grupo control. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E) y valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) del Gdi para detectar la atrofia histológica definida por el TF, así como el grado de concordancia inter-observador de los expertos que realizaron los estudios ecográficos.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes en el grupo de estudio (donantes) y 5 en un grupo control. Ambas variables principales, TF y Gdi, estaban disminuidas en los donantes en comparación con los controles (1.513 (1.150-1.807) vs. 2.851 (1.743-3.587), $p < 0,001$ y 1,4 (1,3-1,7) vs. 1,7 (1,3-1,8), $p > 0,05$). En el 100% de los donantes se observó atrofia histológica, mientras que solo en el 74% se objetivó un Gdi disminuido. El Gdi demostró una S del 73%, una E del 67%, un VPP del 96% y un VPN del 17% para el diagnóstico de atrofia comparado con el diagnóstico histológico. Se objetivó una buena concordancia inter-observador [Rho 0,89, $p < 0,001$].

Conclusiones: El Gdi es un parámetro útil para la detección de atrofia diafragmática, si bien un grosor diafragmático normal o aumentado no permite descartarla. La ecografía diafragmática debe considerarse de elección para el diagnóstico de atrofia diafragmática a pie de cama en el paciente ventilado. Estrategias de VM protectora para el diafragma deben aplicarse en todos los pacientes ventilados.

072. EFECTO DE LA PRESENTACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES EN LAS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS Y RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS PUBLICADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA

Bayoumy Delis PS, Ruiz Rodríguez A, López Gómez L, Higón Cañigral A, Carrasco González E, Tornero Yépez P, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Maíquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar si los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados sobre ventilación no invasiva (VNI) variaron según si estos notificaron o no algún conflicto de interés.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, en el que se revisaron los ECA publicados en Medline, Embase y Cochrane desde 1980

hasta 2019 sobre VNI en el paciente agudo, de diseño paralelo, que tuvieran como objetivo primario mortalidad, duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria o fracaso de la VNI, definido como IOT o cumplir criterios de IOT. Se excluyeron ECA en pacientes estables, estudios *post hoc*, protocolos, ECA en niños, ECA publicados en un idioma distinto al español, inglés o portugués o no publicados en una revista científica. Se evaluaron variables sociodemográficas, metodológicas, clínicas y relacionadas con las características de la VNI. La extracción de las variables fue llevada a cabo por dos miembros del equipo investigador, de forma independiente, previamente formados en metodología de la investigación. Ante la discrepancia en un resultado, un tercer investigador era consultado. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Se analizaron 119 estudios, en los que 61 (51,3%) se notificó que había existido conflicto de interés. Los artículos en los que se notificó la presencia o ausencia de conflicto de interés con mayor frecuencia definieron de forma adecuada el tipo de estudio (31,1 vs. 5,2%, $p < 0,001$), especificaron el método de generación de la secuencia de aleatorización (67,2 vs. 44,8%, $p = 0,014$), presentaron los resultados con valor de p e IC95% (29,5 vs. 10,3%, $p = 0,009$) y notificaron el número de registro del ensayo (52,5 vs. 1,7%, $p < 0,001$). No existieron diferencias en cuanto al cálculo del tamaño muestral (68,9 vs. 53,4%, $p = 0,085$), la ocultación de la secuencia (63,9 vs. 55,2%, $p = 0,330$). Un total de 71 (59,6%) artículos mostraron resultados a favor de la VNI en cuanto a mortalidad, duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria o fracaso de la VNI. No hubo diferencias en cuanto al resultado positivo para VNI entre estudios en los que se notificó la presencia o ausencia de conflicto de interés y aquellos en los que no (50,7 vs. 49,3%, $p = 0,883$).

Conclusiones: Los artículos analizados no mostraron mayor tendencia a mostrar resultados positivos para la VNI dependiendo de si se notificó o no la presencia o ausencia de conflicto de interés, presentando diferencias en cuanto a la calidad metodológica entre ambos grupos.

073. EFECTO DE LA PRESENTACIÓN DE FINANCIACIÓN EN LAS CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS Y RESULTADOS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS PUBLICADOS SOBRE VENTILACIÓN NO INVASIVA

Bayoumy Delis PS, Ruiz Rodríguez A, Higón Cañigral A, Carrasco González E, López Gómez L, Tornero Yépez P, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Maíquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar si los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados sobre ventilación no invasiva (VNI) variaron según si estos notificaron o no alguna fuente de financiación.

Métodos: Se realizó un estudio transversal analítico, en el que se revisaron los ensayos clínicos aleatorizados publicados en Medline, Embase y Cochrane desde 1980 hasta 2019 sobre VNI en el paciente agudo, de diseño paralelo, que tuvieran como objetivo primario mortalidad, duración de la ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria o fracaso de la VNI, definido como IOT o cumplir criterios de IOT. Se excluyeron ECA en pacientes estables, estudios *post hoc*, protocolos, ECA en niños, ECA publicados en un idioma distinto al español, inglés o portugués o no publicados en una revista científica. Se evaluaron variables sociodemográficas, metodológicas, clínicas y relacionadas con las características de la VNI. La extracción de las variables fue llevada a cabo por dos miembros del equipo investigador, de forma independiente, previamente formados en metodología de la investigación. Ante la discrepancia en un resultado, un tercer investigador era consultado. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Se analizaron 119 estudios, en los que 65 (54,6%) se notificó alguna fuente de financiación. Los artículos que notificaron financiación definieron de forma adecuada el tipo de estudio con mayor frecuencia (27,71 vs. 7,4%, $p = 0,005$), calcularon con mayor frecuencia el tamaño muestral (75,4 vs. 44,4%, $p = 0,001$), especificaron con mayor frecuencia el método de generación de la secuencia de aleatorización (66,2 vs. 44,4%, $p = 0,017$), el método de ocultación de la secuencia de aleatorización (72,3 vs. 44,4%, $p = 0,002$), con mayor frecuencia presentaron los resultados con valor de p e IC95% (27,7 vs. 11,1%, $p = 0,025$) y notificaron el número de registro del ensayo (41,5 vs. 11,1%, $p < 0,001$). Un total de 71 (59,6%) artículos mostraron resultados a favor de la VNI

en cuanto a mortalidad, duración de la ventilación, estancia en UCI y hospitalaria o fracaso de la VNI. No hubo diferencias en cuanto al resultado positivo para VNI entre estudios en los que se notificó alguna fuente de financiación y aquellos en los que no se notificó (52,1 vs. 47,9%, $p = 0,504$).

Conclusiones: Los artículos analizados no mostraron mayor tendencia a mostrar resultados positivos para la VNI dependiendo de si se notificó algún tipo de financiación, presentando diferencias en cuanto a la calidad metodológica entre ambos grupos.

074. ESTUDIO DE LOS PARÁMETROS DE MECÁNICA RESPIRATORIA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO (SDRA) CON NEUMONÍA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Herreros Gonzalo M, Gómez Romero C, Cerezo Mejías AE, Serrano Castañeda J y Cebrián Salé LE

Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar los parámetros de mecánica respiratoria de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2, así como las complicaciones derivadas de la ventilación mecánica invasiva (VMI)

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los parámetros respiratorios de los pacientes con SDRA 2º a neumonía covid-19 desde el 1 de marzo del 2020 hasta el 31/01/2022; ventilados en VCRP, con Vt 6 ml/kg. Se analizó Nº de días con $FiO_2 \geq 0,6$, PEEP máxima durante el ingreso, P pico, P meseta, *compliance*, día de inicio de destete, necesidad de pronó, Nº de pronos, fracaso de la extubación, necesidad de CNHF tras extubación, traqueotomía, Nº de días de relajación muscular, necesidad de doble sedación (propofol + fentanilo + midazolam), retroceso respiratorio, mal despertar, necesidad de dexmedetomidina y las complicaciones derivadas de la VMI por barotrauma (enfisema ± neumotórax) Los datos se analizaron con el programa estadístico spss versión 18.

Resultados: Se presentan en la tabla-

| | N (%) |
|-------------------------------|--|
| Edad media ± DE (rango) | 61,4 ± 11,4 (25-80) |
| Genero | Hombre 110 (65,5%) Mujer 58 (34,5%) |
| Días VMI ± DE (rango) n = 151 | 22,3 ± 18,5 (1-98) |
| Complicaciones | 23 (13,7%) |
| Días $FiO_2 \geq 0,6$ | 11,1 ± 9,1 (1-44) |
| PEEP máxima | 14 ± 3,4 (0-20) |
| P pico (n = 137) | 15 -20 6 (4,4%) 20-25 22 (16,1%) 25-30 63 (46%) > 30 46 (33,6%) |
| P meseta (n = 144) | 15 -20 14 (9,7%) 20-25 58 (40,3%) 25-30 55 (38,2%) > 30 17 (11,8%) |
| Compliance (n = 143) | < 20 17 (10,1%) 20-30 33 (19,6%) 30-40 37 (22%) 40-50 30 (17,9%) > 50 26 (15,5%) |
| Días inicio destete | 8,5 ± 7,6 (0-39) |
| Prono | 118 (70,2%) |
| N pronó | 3,1 ± 2,7 (1-15) |

| | |
|---------------------------------|--|
| Fracaso extubación/decanulación | 15 (8,9%) |
| CNHF | 13 (7,7%) |
| Traqueo | 75 (44,6%) |
| Días relajación muscular | 8,8 ± 8,6 (0-44) |
| Sedación | Propofol + fentanilo 11 (6,8%) Fentanilo + MDZ 30 (18,6%) Propofol + fentanilo + MDZ 120 (74,5%) |
| Retroceso respiratorio | 63 (40,9%) |
| Mal despertar | 45 (28,7%) |
| Necesidad de dexmedetomidina | 51 (32,3%) |

Conclusiones: El 46% de los pacientes presentaron una P pico 25-30 cmH₂O, P meseta 20-25 cmH₂O (40,3%) y *compliance* 30-40 ml/cmH₂O (22%). Necesidad de $FiO_2 \geq 0,6$ durante 11,1 ± 9,1(1-44) días. Días de VMI 22,3 ± 18,5(1-98) días y relajación muscular 8,8 ± 8,6 (0-44)

días. Inicio del destete al 8,5 ± 7,6 (0-39) día de iniciada la VMI, necesitando doble sedación en el 74,5% con propofol y midazolam. El 28,7% tuvieron mal despertar y retroceso respiratorio el 40,9%, con traqueotomía (44,6%), complicaciones derivadas de la VMI en un 13,7% y necesidad de dexmedetomidina en el 32,3%.

075. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE: NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

Soriano Ruiz L, Courgeon García C, García Cuenca C, Llamas Fernández N, Guerrero Lozano IM, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Serrano Navarro J, Pardo Talavera JC y Martínez Bernhard A

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: El presente estudio tiene por objeto describir la incidencia de las neumonías asociadas a la ventilación mecánica, la tasa de neumonías por cada 1.000 días de ventilación y los factores relacionados con la patología en cuestión. Asimismo, se cotejan los resultados microbiológicos y la procedencia de los mismos.

Métodos: Para alcanzar los objetivos planteados se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional seleccionando los pacientes SARS-CoV-2 positivos que ingresaron entre el 01/01/21 y el 31/05/21. Han sido documentados los datos demográficos de los pacientes, la necesidad de dispositivos de oxigenación (VMNI, ONAF, IOT, TQ), los días de estancia en UCI, periodo de ventilación (invasiva y no invasiva), tratamiento antibiótico empírico, el desarrollo de NAVM, los microorganismos aislados y tipo de muestra, así como el tratamiento dirigido. Se usaron como índices de gravedad el APACHE II, SAPS II y SOFA.

Resultados: En relación con los resultados, se han analizados un total de 98 pacientes, entre las fechas indicadas, de los cuales 19 presentaron NAVM con una tasa de 30,84 NAVM por cada 1.000 días de ventilación mecánica. En su mayoría, se trató de varones (78,9%), entre los que se hallaron altas tasas de no fumadores (94,7%) y sin patología respiratoria previa (89,5%). La totalidad de pacientes precisó de intubación orotraqueal y la mitad de ventilación prolongada por traqueostomía (57,9%), con una media de días de VMI de 29,24 (5;60). Se ha percibido un aumento de la mortalidad en los pacientes con NAVM frente a la del grupo completo (42,1 vs. 20,4% $p < 0,009$). La rentabilidad de los cultivos fue de 73,7%, siendo el aspirado bronquial el más efectivo (85,7%). En su mayoría, se aislaron cocos gram positivos, resultando un 31,5% (SAMS y SAMR 10,5%, *Enterococo faecalis* 15,8%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* (10,5%), *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter aerogenes* (5,3%). Recibieron tratamiento empírico el 89,5% de los pacientes, siendo la cobertura más empleada linezolid (63,2%), piperacilina-tazobactam (47,3%) o meropenem (42,1%). El 26,3% se cubrió *Aspergillus*. Se desescaló a ampicilina y fue necesario cambiar a ceftazidima/avibactam en 3 ocasiones (23,1%) en ambos casos. El APACHE II medio fue de 15,16 (7;34), SAPS II 34,26 (22;101) y SOFA medio 9,21 (3;16).

Conclusiones: A modo de conclusión, es preciso indicar que se ha obtenido una alta tasa de neumonías asociadas a ventilación mecánica con un exceso de mortalidad significativo. Cabe destacar el aumento de infecciones por gram + y llama la atención la poca patología respiratoria o consumo de tabaco en estos pacientes.

076. EVOLUCIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN 25 AÑOS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA

Álvarez Torres M, Pérez Bastida L, Barakat Fernández S, Corbato García A, Villanueva Arias MDG, **Aray Delpino Z**, Ortega Sáez M, González Salamanca A, Francisco José MM y López Pérez AB

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Objetivos: Analizar la casuística de pacientes ventilados en ingresados en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA) en un periodo de 25 años (1993-2017).

Métodos: Análisis observacional, retrospectivo y descriptivo, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las altas hospitalarias del CAUPA con códigos ventilación mecánica invasiva. Se analizaron variables como el sexo, edad, ámbito de residencia, tipo de ingreso y alta, servicio de alta, estancia y mortalidad, duración de ventilación mecánica. Posteriormente se realizó un análisis de regresión *joinpoint* para determinar las tendencias y los cambios de la misma.

Resultados: De un total de 405.048 altas hospitalarias entre 1993 y 2017, se registró uso de ventilación mecánica en un total de 4.868 pa-

cientes que corresponde a 1,2% de los pacientes ingresados. Unos 5.170 (1,26%) pacientes recibieron ventilación mecánica, 51,01% menos de 96 h, 43,15% más de 96 h y un 4,87% no especificado. Han recibido VMNI el 0,96% de los pacientes con algún tipo de asistencia ventilatoria. Con respecto a la ventilación mecánica se ve la tendencia por 1.000 altas, el porcentaje anual de cambio (APC) en el periodo 1994-2008 fue de un 52,17%, entre los años 1998 y 2007 fue de un -6,34% y entre los años 2007 y 2017 la tasa de aumento fue de un 2,79% con una $p < 0,01$. Han recibido ventilación mecánica 3.358 hombres (65%) y las mujeres corresponde al 35,0%. La media de edad en pacientes ventilados más de 96 h fue de 65,68 \pm 15,40 años. Del total de los 5.120 pacientes que recibieron VMI, un 85,88% ingresaron por patología urgente y el resto 723 (14,12%) de modo programado. Se aplica un análisis de regresión logística y se obtiene que ser Mujer corresponde a un OR 0,617 (IC95% 0,569-0,670), ingresos programados OR 0,405 (IC95% 0,356-0,460), Edad OR 1,006 (IC95% 1,004-1,008), estancia en días OR 1,007 (IC95% 1,006 a 1,009).

Conclusiones: Los pacientes que han requerido ventilación mecánica invasiva corresponde a un 1,2% de los pacientes ingresados. Se relaciona con elevados gastos de hospitalización (32.483 euros en pacientes que han requerido ventilación mecánica más de 96 h). El uso de VMNI en nuestra serie es solo de un 0,96% siendo bajo comparado con registros nacionales. Aunque el uso de ventilación mecánica se relaciona con una menor mortalidad de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, no está exenta de complicaciones tales como la lesión inducida por el ventilador, que puede mantener o empeorar la disfunción pulmonar.

077. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE BAROTRAUMA EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19

Higón Cañigral Á, López Gómez L, Carrasco González E, Tornero Yépez P, Ruiz Rodríguez A, Bayoumy Delis PS, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, Maiquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Determinar la prevalencia y la densidad de incidencia de barotrauma en pacientes ingresados por neumonía COVID-19 durante la aplicación de ventilación mecánica invasiva (VMI) y no invasiva (VNI). Como objetivos secundarios, establecer los factores de riesgo para el desarrollo de barotrauma y analizar la relación entre desarrollo de barotrauma y peor pronóstico.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva, de todos los pacientes que, de forma consecutiva, ingresaron en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía COVID-19 entre el 11 de marzo 2020 y 14 de octubre 2021. Se incluyeron pacientes que precisaban soporte ventilatorio con VNI (modo CPAP o doble nivel de presión) o intubación endotraqueal y VMI. Únicamente se consideró un criterio de exclusión, la necesidad de traslado a otro centro sanitario en las primeras 24 horas de estancia en UCI. El diagnóstico de barotrauma requirió la presencia de enfisema subcutáneo, neumomediastino o neumotórax en la radiografía o tomografía computarizada de tórax. La densidad de incidencia fue calculada como el número de casos por 100 días de VNI o VMI.

Resultados: Se analizaron un total de 332 pacientes. La edad media fue de 59 \pm 13,5 años y 225 (67,8%) eran hombres. Hubo 46 (13,9%) casos de barotrauma, siendo más frecuente en pacientes tratados con VMI (23,5%) comparado con VNI modo CPAP (3,7%) y doble nivel de presión (10,5%). Treinta pacientes desarrollaron enfisema subcutáneo, 37 neumomediastino y 31 neumotórax. La densidad de incidencia fue de 1,09 casos por 100 días de ventilación con CPAP, 1,89 casos por 100 días de ventilación con doble nivel de presión y 1,32 casos por 100 días en VMI. La densidad de incidencia en el grupo VNI (CPAP más doble nivel de presión) fue de 1,72 casos (IC95% = 0,77 a 4,11) y de 1,43 casos en VMI (IC95% = 0,73 a 2,81). Los factores predictivos independientes para barotrauma fueron la presencia de obesidad (OR = 0,71, IC95% = 0,63 a 0,94), empeoramiento radiográfico a las 24 horas de ingresar en UCI (OR = 5,46, IC95% = 1,46 a 20,41), necesidad de VMI (OR = 13,22, IC95% = 4,86 a 35,86) y nivel de presión positiva espiratoria (OR 2,46, IC95% = 1,74 a 3,47). Hubo 20 (43,5%) fallecidos durante la estancia hospitalaria en el grupo con barotrauma y 32 (11,2%) sin barotrauma ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 que precisan soporte ventilatorio, con frecuencia presentan barotrauma. La mortalidad hospitalaria claramente se ve influida por la presencia de esta complicación.

078. FACTORES DE RIESGO PARA FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON NEUMONÍA COVID-19

Higón Cañigral Á, López Gómez L, Carrasco González E, Tornero Yépez P, Ruiz Rodríguez A, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, Bayoumy Delis PS, Torrano Ferrández M y Carrillo Alcaraz A

Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo que se asocian con fracaso de la ventilación no invasiva en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía COVID-19.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva, de los pacientes que, de forma consecutiva, ingresaron en UCI con diagnóstico de COVID-19 entre 11/03/2020 y 09/11/2021. Se incluyeron todos aquellos pacientes tratados con VNI como primera línea o tras fracaso de la oxigenoterapia de alto flujo. Se define fracaso de VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas (variables cualitativas) o como media \pm desviación estándar (variables cuantitativas). Las comparaciones bivariadas se realizaron mediante las pruebas χ^2 de Pearson y t de Student y análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 321 pacientes, de los cuales 85 (26,5%) presentaron fracaso de VNI. La edad media fue mayor en los pacientes con fracaso (64,5 \pm 11,6 años vs. 57,2 \pm 13,1 años) [$p < 0,001$]. La frecuencia respiratoria al ingreso en el grupo de éxito y fracaso era 31 \pm 8,6 y 30 \pm 6,1 rpm ($p = 0,892$) y PaO₂/FiO₂ 121,8 \pm 26,8 y 111 \pm 25 ($p = 0,002$). El SAPS II fue más elevado en los enfermos con fracaso (33,4 \pm 9 y 28,4 \pm 7,6) [$p < 0,001$], del mismo modo que SOFA al ingreso y máximo durante VNI, también eran más altos en los que fracasaron (5,7 \pm 2,8 y 3,6 \pm 1,1) [$p < 0,001$] y (10,1 \pm 3,2 y 3,95 \pm 1,4) [$p < 0,001$]. La orden de no intubación fue más frecuente en los pacientes con fracaso (15,3% y 0,8%, $p < 0,001$). Las complicaciones relacionadas con la VNI fueron más elevadas en los pacientes con fracaso (57,6% y 17,4%, $p < 0,001$). Mediante análisis multivariante, los factores predictivos independientes para fracaso de VNI son el SOFA máximo durante VNI (OR 1,65, IC95% 1,32-2,06) ($p < 0,001$), la frecuencia respiratoria a la hora de VNI (OR 1,08, IC95% 1,01-1,16) [$p = 0,01$] y el desarrollo de complicaciones (OR 3,80, IC95% 2,00-7,25) [$p < 0,001$]. Sin embargo, la mejoría de la PaO₂/FiO₂ a la hora de la VNI se comporta como factor protector para fracaso (OR 0,98, IC95% 0,97-0,99) [$p = 0,01$]. La mediana de estancia en días tanto en UCI como hospital fue más alta en los que fracasaron 23 (RIC 11,37) y 8 (RIC 6,11) [$p < 0,001$] y 29 (RIC 15,47) y 15 (RIC 11,19) [$p < 0,001$]. La mortalidad en UCI y hospital también fue mayor en estos pacientes (58,8% y 0,4%) [$p < 0,001$] y (58,8% y 1,7%) [$p < 0,001$].

Conclusiones: Los factores de riesgo relacionados con fracaso de la ventilación no invasiva en la neumonía por COVID-19 son múltiples. Existe una relación entre fracaso de la VNI y el pronóstico de los pacientes.

079. FACTORES PREDICTORES DE FRACASO DE CPAP CON INTERFACE HELMET EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POR NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Camañez Fortanet J^a, Rodríguez Martínez EA^a, Altaba Tena S^a, Galarza Barrachina L^b, Gil Tomás A^b, Díaz Tormo C^a y Bosca Martínez B^a

^aHospital General de Castelló, Castellón. ^bHospital de la Plana, Castellón.

Objetivos: Determinar aquellos factores que predicen una mayor probabilidad de fracaso del uso de CPAP con interface Helmet en la IRA (Insuficiencia respiratoria aguda) por SARS-CoV-2 al ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo y observacional en el que se analizó una cohorte de pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel por IRA secundaria a neumonía por SARS-CoV-2, y en los que se inició al ingreso VMNI con CPAP e interface tipo Helmet, en el período comprendido entre marzo de 2020 y enero de 2021. Se recogieron variables demográficas y del ingreso, así como estancia y estado al alta, tanto de UCI como hospitalaria. Se consideró fracaso del Helmet la necesidad de IOT y conexión a VMI. Los criterios de exclusión fueron: < 18 años, LTSV al ingreso en UCI con orden de no intubación. El análisis estadístico se realizó con Stata para Mac, versión 14.2.

Resultados: La CPAP con interface Helmet fracasó en 39 de los 162 pacientes incluidos (24,1%). En el grupo de fracaso la mortalidad fue del 59% tanto en UCI como hospitalaria. El tiempo de estancia fue significativamente mayor en el grupo de fracaso (17 vs. 5 días en UCI, y 24 vs. 17 días de estancia hospitalaria). Las variables que se asociaron al fracaso fueron: edad (OR 1,07), índice de Charlson (OR 1,48), SatO₂, pO₂ y pO₂/FiO₂ al ingreso (OR 0,94, 0,96 y 0,94), antecedentes de HTA

Figura 1 Póster 079

Tabla 1:

| Variables | Fracaso del Helmet. N=39 | No fracaso del Helmet. N=123 | P | OR (IC:95%) |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------|-------------------|
| Edad* | 68(60-72) | 59 (52-66) | 0,001 | 1,07(1,0-1,11) |
| IMC* | 31 (28-36) | 28,7 (26-32,4) | 0,027 | 1,07(1,01-1,14) |
| Índice de Charlson* | 2 (2-2-4) | 2 (1-2) | 0,001 | 1,48(1,16-1,88) |
| Sexo (varón)** | 30 (76,9%) | 94 (76,4%) | | |
| HTA** | 26 (66,7%) | 58(47,2%) | 0,03 | 2,24(1,05-4,76) |
| Cardiopatía isquémica** | 5 (12,8%) | 11(8,9%) | 0,49 | 1,50(0,49-4,61) |
| DM tipo 2** | 10 (25,6%) | 27 (22%) | 0,64 | 1,23(0,53-2,83) |
| EPOC** | 6 (15,4%) | 5 (4,1%) | 0,02 | 4,29 (1,23-14,95) |
| Inmunosupresión** | 1 (2,6%) | 3 (2,4%) | 0,97 | 1,05(0,11-10,42) |
| Nefropatía** | 2 (5,1%) | 5 (4,1%) | 0,78 | 1,28(0,24-6,85) |
| Frecuencia Respiratoria* | 30 (25-33) | 30 (25-33) | 0,97 | 1,00(0,94-1,06) |
| Presión arterial media* | 90 (81-102) | 95 (85-110) | 0,06 | 0,98(0,95-1,00) |
| Frecuencia cardíaca* | 95 (76-106) | 95 (81-105) | 0,76 | 0,99(0,98-1,02) |
| Saturación de oxígeno*(satO2) | 87 (82-92) | 89 (86-92) | 0,001 | 0,94(0,90-0,98) |
| pO2* (mmHg) | 58 (49-71) | 66 (59-76) | 0,001 | 0,96(0,93-0,98) |
| pCO2* (mmHg) | 36 (30-38) | 37 (32-40) | 0,32 | 0,97(0,91-1,03) |
| pH* | 7,48 (7,46-7,52) | 7,48 (7,45-7,50) | No calculable | No calculable |
| Láctico* | 1,6 (1,1-2,5) | 1,5 (1,1-2,0) | 0,13 | 1,47(0,89-2,43) |
| PaFI* (mmHg) | 113 (80-137) | 121 (100-148) | 0,02 | 0,99(0,98-0,99) |

*Variables cuantitativas en mediana e IQR.
**Variables dicotómicas en porcentaje.

Figura 2 Póster 079

Tabla 2:

| Variables | Fracaso del Helmet. N=39 | No fracaso del Helmet. N=123 | P | OR (IC:95%) |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------|-----------------|
| Días de Helmet | 3(1-6) | 4(3-7) | 0,23 | 0,98(0,90-1,06) |
| Mortalidad UCI | 23 (59%) | 0 | | |
| Mortalidad hospitalaria | 23 (59%) | 2 (1,6%) | 0,0000 | |
| LOS UCI | 17(12-24) | 5(4-8) | 0,0000 | 1,36(1,23-1,51) |
| LOS hospitalaria | 24(16-33) | 17(14-23) | 0,002 | 1,05(1,02-1,08) |
| Días de Helmet | 3(1-6) | 4(3-7) | ND | |
| PEEP al inicio | 14 (12,5-15) | 12 (10-14) | 0,0000 | 1,56(1,26-1,93) |
| FiO2 al inicio | 70(60-90) | 60(50-65) | 0,0009 | 1,07(1,04-1,10) |
| PaFI tras 2h | 131(109-157) | 173(135-216) | 0,0000 | 0,98(0,97-0,99) |
| SatO2 tras 2h | 96(95-97) | 96,5(95-98) | 0,08 | 0,86(0,73-1,02) |
| FR tras 2h | 27(23-31) | 25(22-28) | 0,16 | 1,05(0,98-1,13) |
| PaFI tras 24h | 136(106-168) | 191(160-250) | 0,0000 | 0,98(0,97-0,99) |
| SatO2 tras 24h | 95(92-97) | 96(94-98) | 0,02 | 0,83(0,70-0,98) |
| FR tras 24h | 23(20-27) | 23(20-25) | 0,15 | 1,07(0,98-1,17) |
| PaFI tras 48h | 145(116-180) | 219(177-260) | 0,0000 | 0,97(0,96-0,98) |
| SatO2 tras 48h | 95(93-97) | 96(95-98) | 0,16 | 0,97(0,94-1,01) |
| FR tras 48h | 23(19-28) | 21(19-23) | 0,17 | 1,04(0,98-1,10) |

y EPOC (OR 2,24 y 4,29), PEEP y FiO₂ pautadas al ingreso (OR 1,56 y 1,07), y pO₂/FiO₂ a las 2, 24 y 48 h de ingreso (OR 0,98, 0,98 y 0,97) así como SatO₂ a las 24 h (OR 0,83).

Conclusiones: La CPAP con interface Helmet se asoció con un porcentaje bajo de fracaso (24,1%), reduciendo la necesidad de IOT y los tiempos de estancia hospitalaria. Se han identificado como factores predictores de fracaso del Helmet la edad, índice de Charlson, SatO₂, pO₂ y pO₂/FiO₂ al ingreso, antecedentes de HTA y EPOC, PEEP y FiO₂ iniciales, y pO₂/FiO₂ a las 2, 24 y 48 h de ingreso, así como SatO₂ a las 24 h.

080. IMPACTO DE LAS DIFERENTES OLAS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 SOBRE LA TASA DE TRAQUEOSTOMÍA

Prieto Jiménez E, Navas Pérez AM, Marco Continente S, Gomà Fernández G, Barcons Vilaplana S, Guirao Garriga FJ, Rosell Ferrer R, Escuder de la Torre O y Díaz Santos E

Hospital de Sabadell, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto de las diferentes olas de la pandemia sobre la realización de traqueostomía en pacientes críticos con COVID-19.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo en pacientes críticos con COVID-19 ingresados en UCI (marzo 2020 a octubre 2021). Se incluyeron adultos con COVID-19 confirmado por PCR. Se registraron características demográficas, soporte respiratorio, día de intubación/ex-tubación/traqueostomía y método de traqueostomía. En la primera ola se organizó un equipo multidisciplinar para la realización de traqueostomía con los servicios de Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Anestesiología y Medicina Intensiva. Se han definido los tiempos de inicio y final de las diferentes olas en base a los datos reportados de seguimiento a nivel nacional (1ª ola-marzo 2020, 2ª ola-oct 2020, 3ª ola-dic 2020, 4ª ola-febrero 2021, 5ª ola-junio 2021). El seguimiento fue hasta la muerte o alta de la UCI. Los datos se expresan en números absolutos o porcentajes según corresponda. Las diferencias se evaluaron mediante chi cuadrado. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron un total de 618 pacientes, 67% fueron hombres, con una edad de 59 años (± 12). Del total de pacientes ingresados, 279 (45%) precisaron VMI objetivando un descenso significativo de necesidad de VMI en las respectivas olas (72,5%-51,3%-38%-26,9%-37%), $p < 0,001$. El porcentaje de traqueostomía de los pacientes que fueron tratados con ventilación mecánica fue de 13% (85 pac), y también se objetivó un descenso significativo en las diferentes olas (38%-27,5%-26%-24%-22%), $p < 0,001$. El tiempo medio de ventilación mecánica hasta la realización de la traqueostomía fue de 17 días. Del total de traqueostomías realizadas, el 61% (52 pacientes) fueron quirúrgicas. En la primera ola un 83% de las traqueostomías realizadas fueron con técnica quirúrgica objetivando un descenso progresivo en las siguientes olas.

Conclusiones: La necesidad de ventilación mecánica invasiva fue más elevada en la primera ola, así como la indicación de traqueostomía (principalmente quirúrgica). En el resto de olas de la pandemia tanto la

ventilación mecánica invasiva como la traqueostomía se mantuvieron estables.

081. MANEJO DE LA VÍA AÉREA DIFÍCIL EN UCI POLIVALENTE

Jiménez del Valle JR^a, López Martin C^b y Garnacho Montero J^a

^aHospital Virgen Macarena, Sevilla. ^bHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: Identificar la vía aérea difícil prevista en UCI Manejo de la vía aérea difícil en UCI polivalente resultado de la aplicación de *checklist* de vía aérea.

Métodos: Análisis descriptivo de una base de datos sobre intubación orotraqueal en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de 30 camas durante el año 2020, centrada en la identificación y manejo de pacientes con escalas pronosticas de vía aérea difícil.

Resultados: 380 pacientes en ventilación mecánica durante el año 2020, de los cuales 214 son intubados en la Unidad. 23 casos de reintubaciones (16 por hipoxemia, 7 por reintervención quirúrgica). En todos los casos se consigue llegar al aislamiento de vía aérea mediante tubo endotraqueal, no precisando progresar según algoritmo de intubación (dispositivos supraglóticos o intubación mediante fibrobroncoscopia). Ninguna situación de paciente "no intubable, no oxigenable". Se realiza *checklist* de "vía aérea difícil" (VAD) al ingreso en 201 pacientes, siendo diagnosticados de potencial VAD 41 de ellos. Se identifican todos ellos con cartel específico de VAD. De estos 41 casos de VAD prevista, se intuban en primer intento 37 mediante videolaringoscopia, de los cuales 2 casos precisan ayuda mediante guía de intubación. 4 pacientes intubados en segundo intento con videolaringoscopia tras primer intento fallido con laringoscopia directa. En total, 3 eventos mayores (hipoxemia grave, bradicardia extrema).

Conclusiones: Importancia en la prevención de vía aérea difícil, *checklist* específico al ingreso. Ampliación de material facilitador de intubación. Creación de carros específicos de vía aérea difícil.

082. MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES COVID-19. UTILIDAD DE LA SEÑAL DE PRESIÓN MUSCULAR EN IDENTIFICACIÓN DE ASINCRONÍAS

Delgado Amaya MJ^a, Martínez Carmona JF^a, Pineda Capitán JJ^b, Quesada García G^a, Rodríguez Delgado M^c, Molina Cantero JM^c, Benítez Lozano JA^a y Serrano Simón JM^b

^aComplejo Hospitalario Regional Carlos Haya, Málaga. ^bComplejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. ^cHospital Comarcal de la Merced, Sevilla.

Objetivos: En pacientes COVID-19 ventilados mecánicamente es de especial interés la monitorización respiratoria sin intrusión. La señal de presión muscular (Pmus) puede ser obtenida por método no invasivo

Figura 1 Póster 082

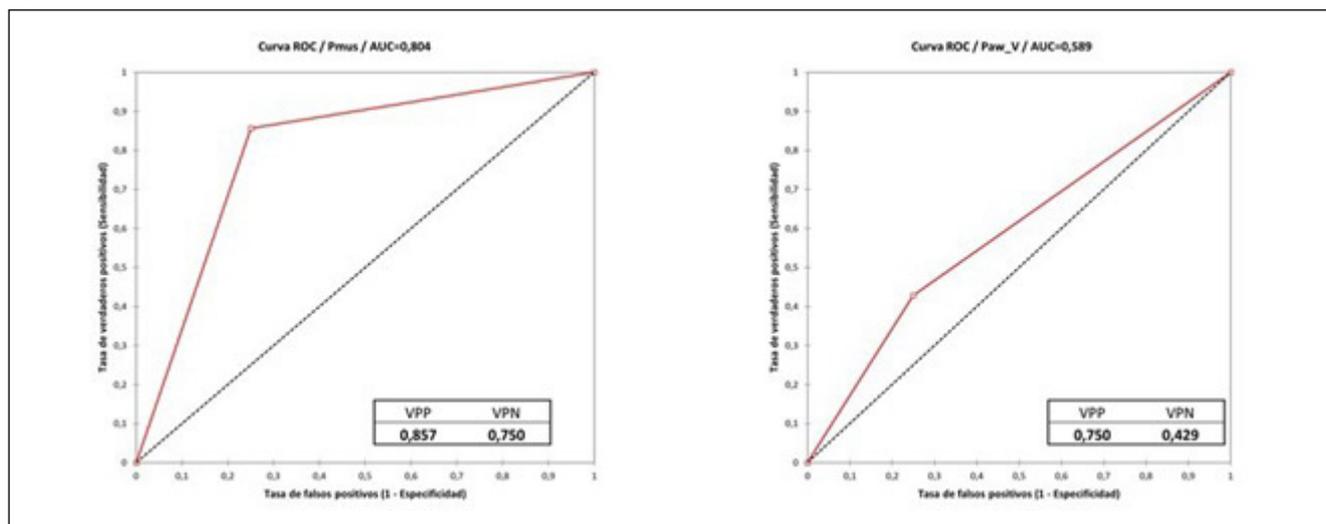


Figura 1. Sensibilidad y especificidad. Identificación total asincronías Pmus vs. Paw-V.

Figura 2 Póster 082

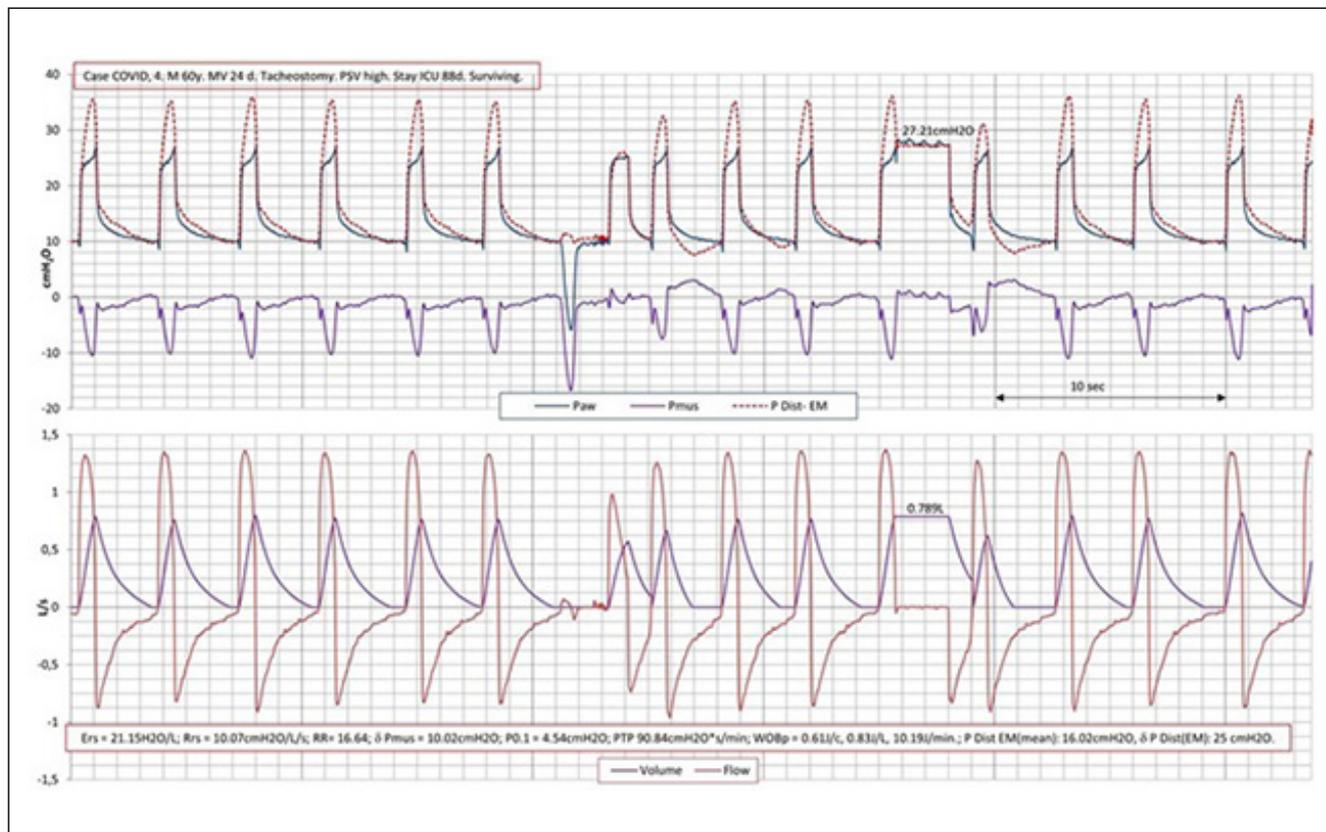


Figura 2. Caso representativo de retraso trigger identificado por Pmus.

(ecuación de movimiento, Em) y proporcionar información precisa de los tiempos respiratorios. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de Pmus en identificar asincronías en estos pacientes comparada con la de flujo (V') o Presión en vía aérea (Paw).

Métodos: Estudiamos un grupo de pacientes COVID-19, ingreso marzo-abril 2020, durante período de inicio de esfuerzo durante ventilación asistida por volumen (ACV) y Presión de soporte (PSV) con diferentes asistencias. Mediante protocolo Medibus de ventilador Evita Dräger fueron adquiridas Paw, V' y volumen (V), muestreo 125Hz durante 60 min en cada modo ventilatorio tolerado. 510 ciclos en total fueron analizados. Para obtener Pmus se calcularon elastance del sistema respiratorio (Ers) y resistencias totales (Rrs) en modo pasivo mediante regresión lineal múltiple, necesarios para aplicar Em. Dos observadores independientes identificaban visualmente asincronías mediante señal Pmus vs. V' o Paw. Cada hallazgo era considerado positivo independientemente de su incidencia. Los datos clínicos-demográficos fueron recogidos. Los datos se expresan como medianas (RIQ), o porcentajes. Se realizó estudio de sensibilidad- especificidad. Tiempos Pmus: T1: inicio ciclo por incremento en 50% umbral de ruido. T2: final inspiración ("cycling off") por reducción en 50% en umbral ruido en la señal. Fase angular de retardo entre tiempo neuronal y mecánico fue calculado para asincronías por reverse triggering (RT) y doble ciclado (DC).

Resultados: N 11 pacientes. De los que 7 presentaron asincronías (63,63%). 7 varones. Edad 61 (53-69 años). APACHE II 19 (18-21). IMC 30 (27-32) Kg/m². Dias con vm 14 (6-22). PaO₂/FiO₂ 193 (164-248) mmHg. PCO₂ 54 (40-62) mmHg. ECMOv 1. Total 40 episodios asincronías (5,71/paciente): RT 9, Esfuerzo ineficaz 7, Retardo inspiratorio 2, Retardo espiratorio 1, DC 4, pseudo-DC 3, término precoz inspiración 2, autotriggering 12. Exitus asincronías 3/5 (60%).

Conclusiones: La señal Pmus identifica sin intrusión asincronías con alta sensibilidad y especificidad frente a señal de Paw y V' , particularmente útil en pacientes COVID-19 y mejorar interacción paciente-respirador. En la práctica clínica general podría evitar imprecisiones inherentes a catéter esofágico.

Simulación/Urgencias/Emergencias

Moderadores: Alberto Hernández Tejedor
y David Iglesias Posadilla

083. IMPACTO DE SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD EN PREGRADO CON CARÁCTER MULTIDISCIPLINAR

Catalán Monzón I^a, Bernat Adell MD^a, Belenguier Muncharaz A^b, Llombart Sanchis J^c, Mateu Campos ML^a, Melgarejo Uréndez A^a, González Miño CV^a, Centelles Sales MI^a, Torres González Adlá^a y Aniorte Sánchez JV^d

^aHospital General de Castelló, Castellón. ^bHospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ^cServicio de Emergencias Sanitarias, Castellón. ^dZona Básica Puerto de Sagunto, Valencia.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de un ejercicio de simulación integrada en pregrado de ciencias de la salud.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado tras dos sesiones prácticas de simulación en el manejo de dos escenarios clínicos: disnea por fibrilación auricular valvular y hemorragia subaracnoidea aneurismática con hidrocefalia. Se diseñaron grupos mixtos de alumnado de último año de grado en Medicina y Enfermería. Posterior a la simulación se efectuó un análisis reflexivo (debriefing) por profesorado de ambos grados. Tras el ejercicio, realizaron un examen de adquisición de competencia clínica compuesto por 6 preguntas de respuesta múltiple y una encuesta de satisfacción validada (Debriefing Assessment for simulation in Healthcare-DASH) versión abreviada; con una pregunta extra sobre si consideraba la simulación clínica avanzada como una herramienta eficiente para adquirir habilidades técnicas y no técnicas. Datos analizados mediante Stata/IC 14.2.

Resultados: Participaron 129 estudiantes, 74 de medicina y 55 de enfermería. La nota media del examen fue de $9,81 \pm 0,63$ y $6,35 \pm$

2,94 respectivamente ($p < 0,001$). La tasa de respuesta de la encuesta de calidad fue 63,5% en medicina y 56,36% en enfermería. El análisis individual de las preguntas destacó por un peor resultado en ambos grupos: la pregunta 3 con $5,44 \pm 1,21$ y $5 \pm 1,73$, la pregunta 6 con $6,11 \pm 0,87$ y $6,1 \pm 1,12$ y la pregunta 17 con $5,57 \pm 1,43$ y $5,58 \pm 1,52$. Los resultados de esta agrupados por los diferentes elementos y la comparación entre los dos grupos se muestran en la tabla. Sobre la pregunta relativa a la simulación clínica avanzada como herramienta eficiente para la adquisición de competencias se obtuvo un valor de 7 en un 82,05% y un valor 6 en un 11,54% siguiendo la escala Likert de la DASH.

| Medias y desviación estándar por subgrupos de los elementos de la escala DASH | | | |
|---|-----------------|-------------------|---------|
| | Medicina N = 47 | Enfermería N = 31 | Valor p |
| Elemento 1 | 6,12 ± 1 | 6,14 ± 1,25 | 0,30 |
| Elemento 2 | 6,43 ± 0,82 | 6,52 ± 0,80 | 0,14 |
| Elemento 3 | 6,29 ± 0,89 | 6,47 ± 0,80 | 0,05 |
| Elemento 4 | 6,18 ± 1,01 | 6,31 ± 1 | 0,13 |
| Elemento 5 | 6,22 ± 0,88 | 6,39 ± 0,80 | 0,23 |
| Elemento 6 | 6,35 ± 0,89 | 6,63 ± 0,70 | 0,01 |

Conclusiones: La satisfacción y valoración por el alumnado fue muy positiva, aunque deja espacio para mejora. Intervenciones con un *debriefing* estructurado mejoran el grado de competencia profesional y habilidad clínica tanto técnica como no técnica del alumnado.

084. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES EN UCI Y FACTORES RELACIONADOS CON SU MORTALIDAD

Alvargonzález Riera C^a, Miguélez Tato EM^a, García Vadillo JA^a y Rodríguez Serrano DA^b

^aHospital Universitario de la Princesa, Madrid. ^bHospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: El objetivo primario del estudio es conocer la mortalidad y las características relacionadas con este evento de los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) ingresados en UCI en los últimos 5 años. El objetivo secundario es comparar las características de nuestra serie con la serie de nuestros pacientes ingresados en la UCI en la década anterior.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo trasversal utilizando las historias clínicas informatizadas. Se elaboró una base de datos con los pacientes con ERA admitidos en la UCI del Hospital Universitario de la Princesa entre el 1 de octubre de 2015 y el 30 de septiembre de 2020, excluyendo a aquellos con una estancia inferior a 24 horas. Se recogió información acerca de las características y tratamientos de la enfermedad previamente a su ingreso en la UCI así como las características clínicas y medidas terapéuticas instauradas en la UCI durante su estancia. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados: Tras descartar los ingresos inferiores a 24 horas de estancia. Se incluyó una población de 45 pacientes con una media de edad de $65,3 \pm 12,2$ años y un 69% de mujeres. Las conectivopatías (40%) y la artritis reumatoide (37,8%) fueron las ERA más prevalentes que precisaron ingreso en UCI. Los eventos cardiovasculares (51%) constituyeron el principal motivo de admisión en la UCI seguidos de los procesos infecciosos (27%). La mediana de la estancia en UCI fue de 5 días. El 77% de los pacientes había recibido glucocorticoides previos a su ingreso a lo largo de su enfermedad. Las puntuaciones medias de SAPS II fue de 34

puntos y de APACHE II 17 puntos. La mortalidad durante la estancia en la UCI fue del 30,4% y en el análisis multivariante se asociaba a la administración previa de bolos de glucocorticoides y la puntuación en la escala APACHE II. En el estudio comparativo con el periodo anterior se observan unas tasas de mortalidad similares, un incremento de la edad media de los ingresados en 7 años, una disminución de los pacientes con vasculitis y un incremento de los pacientes con artritis reumatoide. Así mismo se observa un aumento de los eventos cardiovasculares como motivo fundamental del ingreso en la UCI.

Conclusiones: Las conectivopatías y la artritis reumatoide son las ERA que más frecuentemente ingresan en UCI y los motivos fundamentales son los eventos cardiovasculares e infecciones. La mortalidad de los enfermos con ERA en el último quinquenio es similar a la de la década anterior, y está relacionada con la administración previa de bolos de glucocorticoides.

085. DISMINUCIÓN DE LOS AVISOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO DE DETECCIÓN DE DETERIORO AGUDO

González Martínez E, Campos Gómez A, Misis del Campo M, Cadenas González S, Ruiz Artola V, Blasco Torres C y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Evaluar el impacto en los avisos por PCR y disminución de la mortalidad tras la implantación del proyecto VIDA (Vigilancia e Identificación del Deterioro Agudo) mediante la monitorización de los pacientes ingresados en planta de hospitalización utilizando la escala MEWS (Modified Early Warning Score).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Germans Trias i Pujol tras la implantación del proyecto VIDA a finales del año 2017. La escala utilizada es la MEWS que incluye la medición de 5 parámetros: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial sistólica, saturación de oxígeno y estado mental. El VIDA genera un mapa de camas de cada planta, con 5 niveles de gravedad. El nivel 0 corresponde a un paciente sin riesgo, 3 y 4 a los más graves. El objetivo es la detección precoz del deterioro agudo por parte de enfermería de cara a llevar a cabo diferentes acciones en relación la frecuencia de monitorización de constantes y alerta a su médico responsable o a UCI, con el objetivo de aumento de la supervivencia.

Resultados: De un total de 8.356 pacientes analizados de nivel 3 y 4, 111 han requerido ingreso en UCI. Ha habido 28 activaciones por PCR en 2018 y 16 en 2019, en los pacientes descritos. El porcentaje de mortalidad hospitalaria disminuye anualmente tras la implantación del vida, siendo del 9,8% en 2018 y 8,2% en 2019. Destaca un incremento de alertas de nivel 3 y 4 con un descenso de las PCR y de la mortalidad global.

Conclusiones: La implantación del proyecto VIDA ayuda a la identificación precoz del paciente con deterioro agudo y esto conlleva una disminución en el número de PCR y de la mortalidad.

086. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD REALIZADA FUERA DE LA UCI DURANTE LAS GUARDIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Marcote Denis B, Fortet Cortés D, Pérez Ruiz M y Rivas Gómez-Plana F

Hospital de Especialidades de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Estudio descriptivo de la actividad realizada fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital comarcal.

Figura Póster 085

| | NIVEL 3 | | | NIVEL 4 | | | MORTALIDAD |
|-------|---------|-------------|-----|---------|-------------|-----|------------|
| | Alertas | Ingreso UCI | PCR | Alertas | Ingreso UCI | PCR | |
| 2018 | 1440 | 9 | 7 | 1515 | 34 | 21 | 9.8% (289) |
| 2019 | 2647 | 16 | 7 | 2754 | 52 | 9 | 8.2% (447) |
| TOTAL | 4087 | 25 | 14 | 4269 | 86 | 30 | 736 |

Métodos: Estudio descriptivo. Periodo: julio a diciembre de 2021. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta con el equipo de guardia de UCI, decisión y tiempo necesario para resolver el caso. Se incluyen pacientes valorados que no ingresan en la unidad.

Resultados: Se realizaron 357 consultas. El 65,8% de los pacientes eran hombres y 34,2% mujeres, con edad mediana de 64 años (rango intercuartílico 23) y media 61,47 (desviación estándar 16,6). La causa de consulta más frecuente (26,6%) fue para solicitar técnicas (vía venosa central, drenaje pleural, pericardiocentesis, marcapasos transitorio, revisión de Port-a-Cath y ecocardiografía). En el 84,2% se realizó la técnica y el 16% se desestimó. El 2º motivo de consulta (15,7%) fue el código ictus, de los cuales el 71,4% se desactivaron; en el 12,5% se descartó tratamiento por limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y el 16,1% se trasladaron para trombectomía mecánica. Un 11,8% fueron por cardiopatía isquémica de los que 83,4% no tenían criterio médico de ingreso; 14,3% se decidió LET y un paciente falleció en Urgencias. Se consultó por sepsis en 10,1% de casos, de los que 69,4% no precisaban ingreso, 27,8% no eran subsidiarios y en un caso se indicó cirugía. Un 8,4% fueron consultados por insuficiencia respiratoria de los que 56,7% no precisaban UCI y 43,3% no eran candidatos. En un 7% se activó código trauma si bien el 87% se desactivaron y los restantes se trasladaron al centro de referencia. Otros motivos menos frecuentes fueron arritmias (5,6%), bajo nivel de conciencia (3,6%), parada cardiorrespiratoria (2,5%), COVID (2,2%), crisis comiciales (1,7%), hemorragia digestiva (1,7%), patología abdominal aguda (1,7%) y hemorragia cerebral (1,4%). El 64,1% de las consultas fueron desde Urgencias y el 17,1% de Medicina Interna. El tiempo necesario fue de mediana 30 minutos por caso (rango intercuartílico 25) y media 36,7 (desviación estándar 30), con un total de 218,33 horas equivalente a 1,18h al día.

Conclusiones: Los intensivistas realizan una destacable labor fuera de la UCI que es necesario analizar dada la importante carga laboral e inversión de tiempo y recursos que requiere.

087. LA GASOMETRÍA VENOSA DURANTE LA PCEH PODRÍA NO ESTIMAR LA SITUACIÓN VENTILATORIA

Rodríguez Blanco C, González Puebla V, Corral Torres E, Ruiz Hornillos PJ, Acebedo Esteban FJ, Caniego Rodrigo C y [Hernández-Tejedor A](#)

Samur-Protección Civil, Madrid.

Objetivos: Estimar la adecuación de la ventilación durante la parada cardíaca extrahospitalaria (PCEH) es complejo pero necesario. El estado ventilatorio influye en el medio interno y puede contribuir en la recuperación de la circulación espontánea. Los medios habituales para valorar la ventilación son la capnografía y la gasometría, bien sea esta última arterial o venosa. El presente estudio analiza que tipo de muestra gasométrica es más representativa de la situación ventilatoria del paciente en el contexto de PCEH. El objetivo es comparar las diferentes formas de estimar el estado ventilatorio en pacientes con PCEH.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Población de estudio: pacientes del estudio SYMEVECA, en el momento de recuperar pulso tras una PCEH, con medición simultánea de ETCO₂ y gasometría. Los pacientes fueron ventilados según recomendaciones con respirador (IPPV) o balón de resucitación autohinchable. Se recogen variables demográficas, ritmo inicial de parada cardíaca y parámetros gasométricos y capnográficos en momento de la recuperación del pulso. Variables continuas como media \pm desviación estándar. Análisis estadístico: comparaciones con técnicas paramétricas. Estudio aprobado por CEIm de referencia.

Resultados: De las 167 PCEH atendidas se incluyeron 19 pacientes con datos fiables de capnografía y gasometría en el momento de recuperar circulación espontánea, todos ellos entre 10 y 20 minutos después de la intubación precoz. Mujeres 21%, edad 63 \pm 19 años, ritmo desfibrilable 28%. Los valores medios de ETCO₂ fueron de 47,3 \pm 21,3 mmHg. La gasometría fue venosa en 13 de ellos y arterial en 6. La diferencia entre la PvCO₂ y la ETCO₂ fue de 43,4 \pm 36,3 mmHg mientras que cuando la muestra fue arterial la diferencia entre la PaCO₂ y la ETCO₂ fue de 15,8 \pm 20,6 mmHg ($p = 0,10$).

Conclusiones: Al comparar los valores obtenidos en capnografía y pCO₂ en muestras arteriales y venosas, podemos concluir que las muestras venosas pueden no ser representativas del estado ventilatorio del paciente ni, en general, del medio interno en el territorio ar-

terial. Esta situación puede ser debida al estasis venoso que se produce durante la PCEH, incluso a pesar de la correcta realización de maniobras de RCP.

088. MEJORANDO LA VENTILACIÓN DURANTE LA PARADA CARDIACA. ESTUDIO SYMEVECA

[Hernández-Tejedor A](#), Corral Torres E, González Puebla V, Montero Hernández SI, Torres García F, Elizondo Giménez M y Rodríguez Blanco C

Samur-Protección Civil, Madrid.

Objetivos: Durante la parada cardíaca extrahospitalaria no traumática (PCEH) la ventilación influye en medio interno y presiones intratorácicas. Las recomendaciones sugieren, sin gran evidencia, el uso de respiradores mecánicos pero su uso no está universalmente extendido. Los objetivos son comparar la evolución de parámetros gasométricos en función de la forma de ventilación asistida durante la PCEH.

Métodos: Estudio cuasiexperimental incluyendo todos los pacientes en PCEH atendidos durante 10 meses por un servicio de urgencias extrahospitalario con persistencia de la PCEH tres minutos tras la intubación precoz. Se establecen dos grupos según tipo de ventilación durante la PCEH (respirador IPPV 500 ml \times 12 rpm o balón de resucitación). Se recogen variables demográficas, ritmo inicial, gasometría 15 minutos tras la intubación o al recuperar pulso (lo que ocurra antes), supervivencia in situ y complicaciones. Variables cuantitativas como media \pm desviación estándar; cualitativas como porcentaje. Análisis bivariable con técnicas paramétricas y multivariable con regresión logística binaria (Wald). Estudio aprobado por CEIm de referencia.

Resultados: De las 194 PCEH se excluyen 105 por recuperación muy precoz (31) o violación del protocolo de análisis (74). Mujeres 21%, edad 63 \pm 19 años, desfibrilables 28%. Primer respondiente en el 82%. Recuperan circulación espontánea (RCE) el 55%. Se analizan grupos según ventilación, IPPV (36) o balón de resucitación (53). En ellos, desfibrilables el 28 vs. 32% ($p = 0,66$) y recibieron RCP por primeros respondientes el 76 vs. 88% ($p = 0,16$), respectivamente. Resultados por grupos (IPPV vs. balón): con muestra arterial (23) el pH fue 7,02 \pm 0,17 vs. 6,94 \pm 0,17 ($p = 0,28$) y pCO₂ 63,6 \pm 22,4 vs. 95,3 \pm 48,6 mmHg ($p = 0,04$); con muestra venosa (66) el pH fue 6,99 \pm 0,16 vs. 6,94 \pm 0,17 ($p = 0,22$) y pCO₂ 70,8 \pm 23,7 vs. 89,4 \pm 27,0 mmHg ($p = 0,01$), respectivamente. RCE en el 47,2 vs. 61,5% ($p = 0,19$). En regresión logística binaria no se obtuvo modelo.

Conclusiones: La ventilación con respirador mecánico durante la PCEH mejora el estado ventilatorio comparado con el uso del balón de resucitación. Tras completar la primera fase se iniciará la segunda comparando diferentes modos ventilatorios.

089. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

[Barrero Almodóvar AE](#), Martínez Fernández C, Armenta López G, Sánchez Santamaría M y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios de El Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Describir el uso de la ecografía clínica por profesionales del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU) durante la atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR). Utilidad en el diagnóstico y tratamiento de las causas de PCR. Valoración de otras utilidades en el mismo contexto.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo entre 2020-2022, de los casos de pacientes en PCR en los que se realizó ecografía con registro de imágenes durante la reanimación, por profesionales del SCCU formados en ecografía clínica. Variables: demográficas. Profesional que realiza la exploración. Tipo de sonda, abordaje, planos, protocolos. Diagnóstico/causa de la parada. Tratamiento. ritmo de la PCR al inicio de la exploración. Eventos adversos en relación con la ecografía.

Resultados: Se recopilieron 13 casos de PCR en los que se realizó ecografía en el punto de atención, 61% hombres, edad media 61 años, entre 22 y 82 años. Tres pacientes COVID. En cuanto al punto de atención: 6 pacientes en la Sala de Emergencias, 5 en UCI y 2 en Observación. En la mayoría de los casos la técnica se realizó por un intensivista. La sonda que se utilizó con más frecuencia fue la sectorial o microconvex (9 pacientes) a veces en combinación con la convex

(5 pacientes). La exploración se inició por ventana subxifoidea en todos los casos, dentro de un protocolo FEEL en 3 casos, e-FAST en 2 y de un protocolo RUSH en 2 casos. En 4 ocasiones se pudo abordar el plano 4 cámaras. El ritmo con el que se decidió iniciar la exploración ecográfica fue un ritmo no desfibrilable (asistolia y AESP) en todos los casos excepto en uno con FV. Se diagnosticaron 3 casos de TEP, 3 derrames pericárdicos, 1 neumotórax y 2 *shock* distributivos. Con estos hallazgos se realizaron 2 protocolos de fibrinolisis en TEP, 2 drenajes pericárdicos con apoyo ecográfico y 1 tubo de tórax. El cese de la reanimación por falta de respuesta se acompañó previamente de datos ecocardiográficos de mal pronóstico: autocontraste en las cámaras y ausencia de contractilidad. No se describieron eventos adversos en relación con la práctica de la técnica.

Conclusiones: La ecografía clínica es una técnica útil y segura en el manejo de paciente en PCR. En la mayoría de los casos aporta datos importantes para el diagnóstico y supuso una ayuda en el tratamiento de las causas de PCR. Los protocolos de actuación pueden optimizar la técnica sistematizando la exploración. La detección de patrones predictivos de no recuperación de circulación espontánea, independientemente del ritmo y las maniobras, puede ayudar en la toma de decisiones.

Pósteres pantalla

Síndrome coronario agudo 1

Moderador: Luis Martín Villén

090. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON SCACEST ATENDIDOS ENTRE 2020 Y 2021 EN EL HOSPITAL DEL BIERZO

Abad R, Prieto JL, Vara Martínez ML, Barraza García GA, Ortiz del Olmo D, Álvarez Martínez B, de Celis Álvarez A, Patallo Diéguez D. Otero Alvarín E y Dávila Macías FR

Hospital El Bierzo, León.

Objetivos: Analizar cuántos pacientes recibieron trombólisis farmacológica y las contraindicaciones para dicho tratamiento, la epidemiología y la presentación clínica de los pacientes con IAMCEST. Contabilizar los pacientes que cumplieron criterios de reperfusión con fibrinolisis y los que precisaron angioplastia de rescate. Analizar los resultados clínicos de dichos pacientes y complicaciones asociadas al tratamiento fibrinolítico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se eligieron los pacientes de atendidos por SCACEST por nuestra Unidad en los años 2020 y 2021. Variables recogidas: edad y sexo de los pacientes, presentación clínica; si recibieron o no tratamiento fibrinolítico y si presentaban contraindicaciones para dicho tratamiento; tipo de estudio hemodinámico realizado (ICP primaria, de rescate o diferida); FEVI posinfarto, complicaciones secundarias a fibrinolisis y número de *exitus*.

Resultados: Número de pacientes: 64. Tratamiento recibido: fibrinolisis en un 53,1% de los casos. 46,8% no fibrinolisis. Contraindicaciones para la fibrinolisis (en 28 casos 43,7%): ACO 3,1%. IQ 3,1%. Taponamiento cardíaco 1,5%. IQ+NACO 1,5%. Tiempo 14%. HTA 3,1%. TCE 1,6%. Traslado en < 120 min 1,6%. Elevación no persistente 1,6%. Otras causas 1,6%. LET 4,7%. Criterios de reperfusión (fibrinolizados): Sí 64,7%. No: 35,3. Fibrinolisis/ICP. Rescate 32,3%. Diferida 64,7%. No realizada 2,9%. Sin fibrinolisis/ICP. Diferida 10%. Primaria 66,6%. No realizada 13,3. Presentación clínica: 7,7% insuficiencia cardíaca. 12,3% inestabilidad hemodinámica. 4,7% arritmias. 3,1% PCR. Resultados de los pacientes: complicaciones hemorrágicas: 5,4% de los pacientes lisados. FEVI: fibrinolizados: FEVI conservada 61,7%. Disfunción leve: 2,9%. Disfunción moderada: 23,5%. Disfunción grave: 11,7%. Sin fibrinolisis: FEVI conservada: 33%. Disfunción leve: 13,3%. Disfunción moderada: 23,3%. Disfunción grave: 13,3%. *Exitus*: 5% de los que recibieron fibrinolisis y 13% de los que no la recibieron.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes presentaban contraindicación para la fibrinolisis, siendo el tiempo de evolución la más frecuente. El 64,7% de los pacientes lisados cumplió criterios de reperfusión y a todos ellos se les realizó ICP de forma diferida. Los resultados

clínicos son aparentemente mejores en los pacientes que recibieron fibrinolisis.

091. DIFERENCIAS SEGÚN RANGO DE EDAD ENTRE LOS PACIENTES JÓVENES CON INFARTO DE MIOCARDIO

López Hernández N, de Gea García JH, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Martín Magán MDM, Mula Martínez R, Victoria Ródenas MD y Vázquez Andrés G

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar dentro de la población de pacientes jóvenes con IAM, si existen diferencias según el rango de edad en cuanto a sus características y evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que ingresan por IAM en el HUVA (Murcia) desde 2018 a 2020. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), datos derivados del IAM, complicaciones presentadas y evolución. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según su rango de edad (muy joven: menor o igual a 35 años y joven: 35-45 años) y se realizó un estudio comparativo utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: Un total de 64 pacientes menores de 45 años ingresaron con IAM durante el periodo de estudio, de ellos 18 pacientes (28,1%) fueron muy jóvenes y el resto estuvieron en el grupo de los jóvenes. Los FRCV al ingreso fueron similares en ambos grupos, a excepción del consumo de tóxicos que fue mayor en el grupo muy joven de forma estadísticamente significativa. EL 94,4% del grupo muy joven presentó un SCACEST, mientras que en el grupo de los jóvenes este porcentaje fue del 73,9% (p = 0,06). El vaso responsable fue mayoritariamente la DA, afectada en el 66,7% en muy jóvenes frente al 56,8% en jóvenes (p = 0,4). Ninguno de los pacientes muy jóvenes tuvo enfermedad multivaso, mientras que el 37,8% de los jóvenes sí que tuvo más de un vaso afectado (p = 0,002). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la troponina inicial o pico, triglicéridos, colesterol y hemoglobina glicosilada, pero sí se encontró diferencia significativa en cuanto a la glucemia al ingreso que fue mayor en el grupo de pacientes jóvenes (p = 0,03). No se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes con FEVI deprimida al alta que fue del 14,2% en muy jóvenes y de 30,4% en jóvenes (p = 0,4). La tasa de cualquier complicación durante el ingreso en UCI fue muy baja en ambos grupos sin encontrar diferencias entre ellos (5,9 vs. 10,5%, p = 0,17). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad, falleciendo solo un paciente en el grupo joven.

Conclusiones: No hemos observado grandes diferencias al estudiar los pacientes jóvenes con IAM comparándolos según el rango de edad. Destacamos sin embargo que los menores de 35 años tienen mayor consumo de tóxicos, menor enfermedad multivaso y menor glucemia al ingreso. No existen diferencias en las complicaciones presentadas, incluida mortalidad.

092. PACIENTES CON ASISTENCIA VENTRICULAR MECÁNICA EN EL H.U.S.C. DURANTE 2021

Fernández Morales P, Poyatos Aguilera ME, Jiménez Gutiérrez JM, Cruces Moreno MT, Peláez Vélez J y Martínez Cabezas A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestra UCI que han precisado de asistencia ventricular mecánica con dispositivo Impella CP y estudiar datos de supervivencia.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Los datos se han recogido de todos los pacientes ingresados en nuestra UCI que han necesitado asistencia ventricular mecánica durante el año 2021. Se recogen variables demográficas (edad y sexo), motivo y momento de la implantación, y supervivencia a los 30 días.

Resultados: En total tenemos 21 pacientes con asistencia ventricular mecánica con Impella CP. Solo 1 de ellos, la necesitó por causa no isquémica y falleció por causa no relacionada con el *shock* cardiogénico. De los 20 pacientes de causa isquémica, 5 lo precisaron de forma programada en la coronariografía por presentar anatomía coronaria compleja y en ellos la supervivencia a los 30 días es del 100%. A 7 pacientes se le colocó el Impella antes de la revascularización en ellos la supervivencia es del 57%. A 4 pacientes se le implantó en las primeras 24h tras la revascularización y en ellos la supervivencia es del 50%. A 4 pacientes se