

	Conservador (n = 104)	TRRC (n = 21)	p
Mortalidad, %	13	48	< 0,01
Edad, años	70 (62-78)	69 (61-73)	0,29
Sexo masculino, %	52	67	0,21
Comorbidity Polypharmacy Score	11 (7-14)	11 (5-14)	0,14
APACHE-II	22 (18-36)	29 (23-35)	< 0,01
SOFA	8 (5-10)	10 (9-12)	< 0,01
Uso noradrenalina (NA), %	82	86	0,66
Días NA	2,5 (2-5)	6 (3-12)	< 0,01
Dosis máxima NA	0,15 (0,09-0,28)	0,35 (0,24-0,7)	< 0,01
Ventilación mecánica (VM), %	30	76	< 0,01
Días VM	5 (2-8)	9 (5-12)	0,04
Desarrollo de arritmias, %	29	57	0,01
Tratamiento con bicarbonato, %	31	67	< 0,01
Tratamiento con corticoides, %	10	57	< 0,01
Tratamiento con albúmina, %	13	67	< 0,01
LTSV, %	16	38	0,02
Balance hídrico a las 96 h, litros	5,9 (2,2-8,9)	9,7 (5,7-15,6)	< 0,01
pH mínimo	7,3 (7,22-7,35)	7,2 (7,14-7,23)	< 0,01
Bicarbonato mínimo, mmol/l	18 (16-20)	(10-18)	< 0,01
Creatinina máxima, mg/dl	2 (1,6-3,1)	3,17 (1,7-3,2)	< 0,01

### 501. RECUPERABILIDAD DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS QUE PRECISAN TERAPIA CONTINUA REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN EL CONTEXTO DE FRACASO RENAL AGUDO KDIGO III

López López Á y Sousa González A<sup>a</sup>

Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

**Objetivos:** Analizar la recuperación de la función renal a largo plazo en pacientes con fracaso renal agudo KDIGO III que precisaron TCRR. Como objetivos secundarios, conocer la supervivencia de este grupo de pacientes, la etiología más frecuente, así como la técnica de anticoagulación más comúnmente empleada en nuestra unidad.

**Métodos:** Estudio observacional de carácter retrospectivo de pacientes ingresados en UCI polivalente de 30 camas (HUVU) que en el contexto de FRA KDIGO III precisaron TCRR en un período de 2 años (2019-2020). Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, comorbilidades previas, escalas de gravedad al ingreso (APACHE II y SOFA), datos analíticos al inicio de la TCRR y al año de supervivencia, mortalidad en UCI y necesidad de HDI crónica.

**Resultados:** Se analizaron un total de 117 pacientes (edad media 64 años, 65% varones). Al ingreso presentaban SOFA promedio de 9 puntos y APACHE-II de 22 puntos. Un total de 49 (41,88%) eran diabéticos, 73 (62,4%) hipertensos, 32 (27,3%) eran enfermos renales crónicos, y 8 (6,8%) eran cirróticos. 70 pacientes (59,8%) fallecieron durante su ingreso en UCI, mientras que 47 sobrevivieron. Del grupo superviviente, 44 pacientes (93,6%) recuperaron diuresis y normalizaron datos de función renal al año. La creatinina promedio fue 1,14 mg/dl. Solo 3 pacientes requirieron de HDI crónica. En el 89% de los pacientes se empleó anticoagulación regional con citrato, observando una tasa muy baja de complicaciones con esta técnica. Respecto a la etiología, la más frecuente fue el *shock séptico* (62 pacientes, 53%), seguido del *shock cardiogénico* (16 pacientes, 13,67%), acidosis láctica asociada a metformina (8 pacientes, 6,83%), *shock hemorrágico* (6 pacientes, 5,1%). Otras causas (25 pacientes, 21,36%). Al analizar el subgrupo atribuible a acidosis láctica asociada a metformina, observamos que 7 de 8 pacientes sobrevivieron (87%). Al inicio de la TCRR presentaban pH promedio de 6,98 y K: 6,3 mEq/L. La necesidad de TCRR fue de 3,3 días y ningún paciente precisó a posteriori HD crónica.

**Conclusiones:** Los pacientes con fracaso renal agudo que precisan TCRR son pacientes críticos con una tasa de mortalidad elevada. Sin embargo, aquellos que se estabilizan y superan el evento agudo, en un alto porcentaje recuperan la función renal sin necesidad de hemodiálisis crónica. Por último, resaltamos los pacientes con acidosis láctica asociada a metformina. Presentan una altísima gravedad al ingreso con alteraciones metabólicas severas; en cambio, precisan pocos días de TCRR, normalizando las alteraciones metabólicas y recuperando la función renal.

### 502. VALIDEZ DE LA DETECCIÓN DE PROTEINURIA EN TIRA REACTIVA DE ORINA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL FRACASO RENAL AGUDO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sánchez Morán F, Mateu Campos ML, Camañez Fortanet J, Sánchez Tomás B, Villanova Landete A y Reig Valero R

Hospital General de Castelló, Castellón.

**Objetivos:** Evaluar si la presencia de proteinuria por tira reactiva y el cociente microalbúmina/creatinina en orina permiten establecer el diagnóstico de fracaso renal agudo (FRA) antes que los criterios de las guías de la Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) y comparar la incidencia de FRA según ambos procedimientos.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico en pacientes críticos. Ámbito: UCI médico-quirúrgica de un hospital de tercer nivel. Pacientes y método: se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años y menores de 80 años, cuya patología de ingreso supusiera riesgo de desarrollar FRA, con una esperanza de vida y estancia en UCI superior a 72 horas y que no requirieran tratamiento de sustitución renal al ingreso ni presentar antecedentes clínicos de enfermedad renal crónica (ERC). Los pacientes ingresados por infección por SARS-CoV-2 fueron excluidos. La presencia de FRA se definió según los criterios de las guías KDIGO. Variables de interés: se analizaron variables demográficas, clínicas, de gravedad y analíticas para el seguimiento de la función renal durante el ingreso. Período de estudio: el estudio abarca un período de 13 meses, entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020.

**Resultados:** Se incluyeron 96 pacientes en el estudio, el 66,7% hombres. La edad media fue de 67,78 años (desviación estándar 15,13). El 42,4% de los pacientes presentaron criterios de FRA según las guías KDIGO. Al tercer día, los valores de proteinuria en los pacientes con criterios de FRA fueron superiores con respecto al grupo sin criterios de FRA [79 mg/dl (45-144) vs. 43,96 ± 22 mg/dl; p < 0,05]. Un valor de proteinuria superior a 64,5 mg/dl permitió clasificar adecuadamente al 71,4% de los pacientes que presentaban FRA (AUC = 0,766; p = 0,031; IC95% 0,506-1). El cuarto día, se encontraron valores de proteinuria y el cociente microalbúmina/creatinina en orina mayores en el grupo con criterios de FRA, resultando significativos.

**Conclusiones:** Comparado con la presencia de criterios KDIGO, la detección de proteinuria por tira reactiva y el cociente microalbúmina/creatinina en orina no han permitido establecer el diagnóstico de FRA. Tampoco se han visto diferencias en la incidencia.

## Pósteres pantalla

### Cardiovascular 2

Moderador: Jorge Duerto Álvarez

### 503. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y/O MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO

Breval Flores A, Garrino A, Giménez B, Díez del Corral B y Villegas del Ojo J

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** Estudiar la asociación entre variables clínicas, analíticas y morbimortalidad de los pacientes con *shock cardiogénico*.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Enero-diciembre 2021. Analizamos variables demográficas, FRCV, clínicas y analíticas y su asociación con complicaciones y/o mortalidad.

**Resultados:** 33 pacientes, 51,5% hombres, edad media 68,9 (11,72). Mortalidad 66,7%. Complicaciones 73,3%. De los FRCV encontramos asociación con el desarrollo de complicaciones con la HTA (p < 0,017) y asociación entre mortalidad y obesidad (p < 0,049). El desarrollo de complicaciones (trastornos ritmo, derrame pericárdico, reinfarcto, complicación mecánica, trombosis *stent*, SDMO) se asociaba a mortalidad (73,3 vs. 26,7) (p < 0,010). Entre las variables clínicas: tratamiento de reperfusión (ACTP primaria 54,5/fibrinólisis 76,9%), necesidad ACTP de rescate (62 vs. 66%), ACTP primaria < 120 minutos (75 vs. 54,5%); ausencia lesiones coronarias (66,7 vs. 62,5%); tratamiento ARI (40 vs. 75%); revascularización completa (50 vs. 53,8%); y/o la necesidad VM, soporte inotrópico o vasoactivo, disfunción ventricular grave (< 20%) no encon-

tramos diferencias significativas con el desarrollo de complicaciones. Lo mismo encontramos al estudiar mortalidad. De las variables analíticas: Tpl > 20.000 y > 50.000 y/o BNP > 10.000 no mostraban asociación con el desarrollo de complicaciones y/o mortalidad. Finalmente creamos una variable de asociación (mortalidad + complicaciones) no encontrando asociación tampoco con ninguna de las variables analizadas.

**Conclusiones:** La HTA se asoció al desarrollo de complicaciones, y la obesidad a la evolución al *exitus*. En nuestra serie un alto porcentaje de pacientes recibieron como tratamiento de reperfusión fibrinolisis no asociándose a la misma al desarrollo de complicaciones y/o mortalidad. No encontramos diferencias si la estrategia establecida en los pacientes que se sometieron a ACTP 1ra fue el tratamiento de la ARI vs. la revascularización completa. En nuestros pacientes tampoco encontramos asociación entre la presencia de disfunción ventricular severa; valores elevados de Tpl y/o BNP y morbimortalidad.

#### 504. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE EVOLUCIÓN CLÍNICA DESFAVORABLE EN LOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA DURANTE EL AÑO 2019 Y EL PERÍODO DE PANDEMIA POE COVID-19 (AÑOS 2020-2021)

Giménez Beltrán B, Díez del Corral Fernández B, Breal Flores A, Martín Ávila H y Villegas del Ojo J

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** Estudiar la asociación entre AP, variables demográficas, clínicas y el desarrollo de complicaciones y/o mortalidad en los pacientes que ingresaban con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria (PCR).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron 104 pacientes que ingresaron por PCR, de enero 2019-diciembre 2021. Analizamos variables demográficas, FRCV, lugar de presentación, etiología, complicaciones, terapias de soporte y mortalidad. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media  $\pm$  DE y las cualitativas en porcentaje.

**Resultados:** Se incluyeron 104 pacientes, 70,2% varones; edad media 63,7  $\pm$  14,44 años. Mortalidad global 48,1% (en el caso de la PCR intrahospitalaria, 56,31%). Causa: ritmos desfibrilables (RDF) 52,4%. SCA asociado 55,9%. FRCV: DM 42,3%; HTA 64,4%; FA 14,4%; tabaquismo 55,8%; dislipemia 44,2%; obesidad 45,8%; CIC 25,2%. Estrategia de reperfusión: ACTP primaria 59%. Fibrinolisis 12,8%; no indicada reperfusión 28,2%. Terapias de soporte: VM 82,7%; VMNI 9,1%; NAdr 77%; Adr 19,4%; Db 33%. Complicaciones 77,7%: TV/FV 18,7%; shock cardiogénico 19,2%; Trombosis stent 5,1%; infección 20,2%. Al estudiar la probable asociación entre los FRCV no encontramos asociación con ninguno de los analizadas, solo tendencia con la dislipemia ( $p < 0,054$ ). Al analizar las variables clínicas encontramos significación estadística con las que se describen en la tabla.

	Sí	No	p
Ritmo desfibrilable	33,3%	63,3%	< 0,002
Parada intrahospitalaria	56,9%	35,6%	< 0,031
Shock cardiogénico	65,2%	33,3%	< 0,001
Vent. mec invasiva	57%	5,6%	< 0,001
Noradrenalina	57,5%	13%	< 0,001
Adrenalina	90%	37,3%	< 0,001
SCA	40,4%	57,8%	NS

**Conclusiones:** El lugar de presentación del evento influía en la evolución clínica de los pacientes analizados, objetivando que la parada intrahospitalaria se asociaba a un incremento significativo de mortalidad. En nuestra población, que el ritmo de inicio fuera no desfibrilable se asoció a un incremento significativo de mortalidad. El desarrollo de shock cardiogénico fue la única variable que alcanzó significación estadística. La necesidad de soportes orgánicos también se asociaron a un incremento significativo de mortalidad. Ninguno de los FRCV analizados se asociaron a una desfavorable evolución clínica.

#### 505. FACTORES PRONÓSTICOS DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

de León Belmar JJ<sup>a</sup>, Dolz Rubert M<sup>b</sup>, Tejada Adell M<sup>a</sup>, Martín Pacheco A<sup>a</sup>, Arlandis Tomás M<sup>a</sup>, Gomar Vidal S<sup>a</sup>, Romero Gómez MB<sup>a</sup>, Cortés Navalón C<sup>a</sup>, Micó Gómez ML<sup>a</sup> y Dolz Izquierdo M<sup>c</sup>

Hospital de Manises, Valencia. <sup>b</sup>Universidad Católica de Valencia, Valencia. <sup>c</sup>Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** Establecer los factores pronósticos que influyen en la evolución de los pacientes ingresados por insuficiencia cardíaca congestiva en UCI.

**Métodos:** Estudio de carácter observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. La muestra está formada por pacientes de la UCI del Hospital de Manises entre enero de 2012 hasta diciembre de 2019.

**Resultados:** El 65% fueron varones. La edad media obtenida fue de 69,97  $\pm$  10,35 años. La estancia media 3,98 días. Mortalidad 16,1% (superando la media del servicio 9%). La supervivencia al año 54,8%. La mortalidad fue mayor en mujeres y pacientes de edad avanzada de forma no significativa. Se vio asociación cuando se utilizaron TCRR y VMI, no con VMNI. El uso de técnicas se relacionó con la gravedad y no con la edad.

**Conclusiones:** La insuficiencia cardíaca es una de las causas de ingreso en UCI con mayor porcentaje de mortalidad. Los varones son el género mayoritario, aunque a medida que aumenta la edad se invierte, siendo el género femenino. La edad, el género y el uso de medidas de soporte vital son factores pronósticos que marcan la evolución de la enfermedad. La procedencia no influye en la escala APACHE II ni en el riesgo de mortalidad. Aunque si en los días de ingreso y la edad. Es necesaria la ampliación del tamaño muestral y creación de estudios multicéntricos en un futuro para establecer mejor los factores pronósticos involucrados.

#### 506. RESULTADOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE TRASLADO INTERHOSPITALARIO EN ECMO

Redondo Orts M, Sevilla Martínez M, Chica Sáez V y García Delgado MJ

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos:** La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es eficaz pero compleja por lo que se recomienda limitar su uso a centros terciarios especializados. Esta logística hace imprescindible establecer programas de transporte interhospitalario que garanticen la accesibilidad. El objetivo principal es evaluar los resultados de un programa regional de ECMO con la realización de traslados interhospitalarios en Andalucía Oriental.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo de una serie de casos. Incluye pacientes trasladados con soporte ECMO entre mayo de 2015 y diciembre de 2021. Previo al inicio del programa se realizó protocolo de transporte que fue difundido a los hospitales para los cuales somos centros de referencia.

**Resultados:** Se incluyen un total de 17 traslados. Las características de los pacientes se describen en la tabla. Las causas más frecuentes fueron shock cardiogénico por infarto de miocardio (7 casos) y síndrome de distrés respiratorio agudo (6). El dispositivo utilizado fue Cardiohelp dando soporte VA en el 64,7% de los casos. Las canulaciones fueron principalmente periféricas percutáneas (82,35%) realizándose control con ecocardiografía. El transporte fue realizado por vía terrestre a 4 hospitales diferentes, y la distancia media fue 109 Km. El desplazamiento se realizaba en dos ambulancias, una de ellas con soporte vital avanzado y la otra para transporte de personal y material quirúrgico. El equipo está compuesto al menos por un médico intensivista, un cirujano cardiovascular y una perfusionista, todos ellos expertos en ECMO. De manera global no hubo complicaciones relacionadas con el dispositivo durante el implante ni el traslado y los pacientes no presentaron morbimortalidad relacionada con el desplazamiento. En los primeros desplazamientos la única incidencia a nivel técnico fue la insuficiente capacidad eléctrica de la ambulancia. La supervivencia global de estos pacientes fue del 58,8% y en el subgrupo de transporte primario del 76,9%.

**Conclusiones:** El transporte interhospitalario con ECMO es eficaz y seguro incluso en casos muy graves, ya que no se produjo ninguna complicación durante el traslado y se han obtenido buenos resultados de supervivencia. Debe ser realizado por equipos multidisciplinarios especializados que realicen un trabajo previo exhaustivo y concentren a los pacientes en centros de referencia.

#### 507. SITUACIÓN DE LA PARADA CARDIACA INTRAHOSPITALARIA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO EN EL AÑO 2021

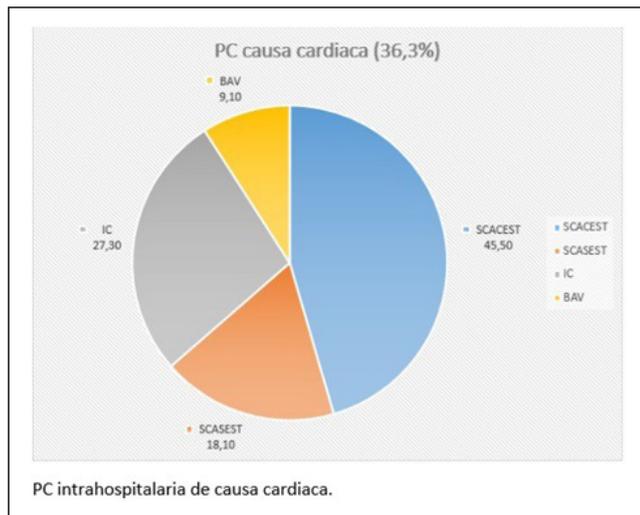
Vilella Llop L, Camino Ferró H, Mainar Gil I, Iñiguez de Diego A, Gómez Camino S, Pavía Pesquera C, Chicote Álvarez E, Arlaban Carpintero M y Fuster Cabré M

Hospital San Pedro, La Rioja.

**Objetivos:** Estudio del perfil epidemiológico de los pacientes que sufren parada cardíaca intrahospitalaria. Descripción de la localización de estos pacientes dentro del hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las paradas cardíacas (PC) intrahospitalarias atendidas por la Unidad de Medicina Intensiva en el Hospital San Pedro de Logroño durante un periodo de un año (2021). Se estudiaron como variables independientes el sexo, la edad, la fecha del suceso, la localización, la PC presenciada, el tiempo de inicio de reanimación cardiopulmonar (RCP), el ritmo registrado, el tiempo total de RCP y la evolución.

**Resultados:** De las 40 llamadas recibidas de parada cardíaca, siete de ellas (17,5%) fueron falsas alarmas, con presencia de pulso espontáneo. Del total de las paradas cardíacas un 42,4% eran mujeres y un 57,6% hombres. El tiempo medio desde el aviso de alarma hasta el inicio de la RCP fue de 1,8 minutos. Con respecto al ritmo inicial presenciado, un 21,2% presentaban ritmo desfibrilable y un 78,8% no desfibrilable. El 36,3% estaban ingresados por una causa de origen cardíaco (insuficiencia cardíaca, IAM...). Con respecto a la localización de los pacientes en el hospital un 72,8% eran pacientes de planta de especialidad médica y un 27,2% quirúrgica.



**Conclusiones:** La parada cardíaca es una patología con elevado índice de mortalidad. En el año 2021 en el hospital San Pedro (Logroño) se observó un ligero predominio en el sexo masculino y la media de edad de PC fue de 69,5 años. La incidencia de parada cardíaca fue mayor en plantas médicas, con probabilidad debido a la pluripatología de los pacientes ingresados en ellas, aunque para determinarlo sería necesario realizar otro estudio. La presencia de ritmo no desfibrilable fue sustancialmente mayor. Asistolia y bradicardia extrema fueron los dos ritmos más frecuentes a nuestra llegada. Los pacientes pluripatológicos con ingreso por causa cardíaca fueron el grupo más numeroso, dentro del cual, la causa de ingreso de la mayor parte fue síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST).

## Infección/Antibióticos 11

**Moderadora:** María Luisa Cantón Bulnes

### 508. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL PACIENTE CRÍTICO CON NEUMONÍA POR COVID-19 Y ASPERGILOSIS PULMONAR PROBABLE ASOCIADA

**Núñez Casco JP,** Yagüe Zapico R, Lestón Alonso V, Gutiérrez Martín S, Díaz Gutiérrez FJ y Fontaneda Casco DR

Complejo Asistencial Universitario de León, León.

**Objetivos:** A lo largo de la pandemia se ha observado un aumento evidente de las infecciones fúngicas en los pacientes con Neumonía por SARS-CoV-2. Sin la sospecha clínica es difícil de llegar a un diagnóstico de infección fúngica dada su complejidad. Describiremos las especies más comunes, prueba diagnóstica y tratamiento utilizado, al igual que las características clínicas del paciente (incidencia, mortalidad) con neumonía por SARS-CoV-2 y aspergilosis probable asociada.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivos del paciente con neumonía COVID-19 y como complicación asociada una sobreinfección por *Aspergillus*, desde septiembre del 2020 a diciembre del 2021. Describiremos las especies más comunes, prueba diagnóstica y tratamiento utilizado, al igual que las características clínicas del paciente (incidencia, mortalidad).

**Resultados:** Se registró una incidencia de *Aspergillus* spp. Del 8,2% [n = 22 (267 pacientes)]. La media de ingreso en UCI en 25,8 días. El 100% de los pacientes estuvieron bajo ventilación mecánica. Respecto al tratamiento el 100% recibieron terapia corticoidea y solo el 22% recibió otro tipo de inmunosupresor (tocilizumab, anakinra). De las especies identificadas el 73% fueron *A. fumigatus* (16), seguido del *A. flavus* (4), *lentulus* (1) y *nidulans* (1). El diagnóstico se realiza al obtener muestras respiratorias positivas, incluyendo el cepillo protegido (6), aspirado traqueal (13) y lavado broncoalveolar (BAL) (9), en algunos casos hay más de una muestra positiva para el mismo paciente. Solo se realizó el galactomanano en suero en el 54% y en BAL en el 40%. 9 de ellos recibieron tratamiento con isavuconazol, 11 con voriconazol y en 2 de ellos no llegaron a recibir tratamiento por *exitus* previo a resultados de muestras microbiológicas. La tasa de mortalidad fue del 45%.

**Conclusiones:** Las infecciones fúngicas continúan siendo un reto para el intensivista, deberían de ser consideradas de forma sistémica ante cualquier complicación en un paciente crítico con neumonía por SARS-CoV-2.

### 509. COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI

**Rivera Sánchez P,** Pérez Martínez D, Andreu Soler E, Victoria Ródenas MD, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Granados Madero M, López Hernández N, Mula Martínez R y Martín Magán MM

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** Estudiar el impacto que ha tenido la pandemia en la colonización por microorganismos multirresistentes (MMR) en pacientes COVID-19 ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel en la Región de Murcia.

**Métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en el que se analiza el aislamiento de MMR tras la recogida de datos de los pacientes ingresados por COVID-19 en UCI de adultos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogen los pacientes ingresados entre marzo de 2020 a noviembre de 2021, este periodo incluye desde la primera a la quinta ola de la pandemia COVID-19.

**Resultados:** La pandemia por COVID-19 ha comportado importantes cambios estructurales, funcionales y organizativos en los servicios y unidades de cuidados intensivos, todo ello ha dificultado la implantación de las recomendaciones propuestas por las sociedades científicas para la aplicación de Proyectos ZERO. De un total de 234 pacientes ingresado en UCI por COVID-19, se distinguen desde la primera a la quinta ola de pandemia el siguiente número de pacientes respectivamente: 25, 111, 61, 12 y 25. Con respecto a la vigilancia activa de MMR que se realiza en la Unidad, un total de 12% registraron una infección por MMR durante su estancia en UCI. Se observa un descenso progresivo del porcentaje de infección por MMR en las diferentes olas (de primera a quinta): 20%, 10%, 15%, 8% y 4%. Esto se atribuye al abandono del EPI y a las mejoras de las medidas de protección entre los diferentes pacientes COVID-19.

**Conclusiones:** La incidencia de infecciones por microorganismos multirresistentes en los pacientes COVID-19 ingresados en UCI es elevada. Las mejoras realizadas en las medidas de protección utilizadas en las diferentes olas han permitido reducir el porcentaje de pacientes que adquieren una infección por MMR en las diferentes olas, reduciéndose así la incidencia.

### 511. ESTUDIO SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE LA FARMACOLOGÍA INTRAVENOSA INTERMITENTE Y EL "FENÓMENO DE ARRASTRE" O "DRAG PHENOMENON" EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). TRASCENDENCIA DEL VOLUMEN RESIDUAL EN EQUIPOS DESECHABLES APLICADO A ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

**Alcalde Susi R,** González Diego R y Porras Hidalgo MS

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

**Objetivos:** 1) Evaluar la administración de la antibioterapia y la farmacología intravenosa ingresados en la UCI para la creación de un pro-

toloco. 2) Difundir la importancia del volumen residual que albergan los equipos de administración desechables para garantizar una buena praxis. 3) Instaurar la necesidad de un lavado posterior con un suero limpio que arrastre el fármaco que queda en el espacio muerto del sistema y las alargaderas.

**Métodos:** El volumen de los equipos de enfermería para la administración de medicación generalmente oscila entre 11 y 25 ml. Si este sistema no es lavado con un suero limpio tras la administración de un fármaco, aproximadamente un 25-50% del medicamento podría no alcanzar al paciente en su momento óptimo o ser directamente desechado. Este suceso le hemos denominado como “fenómeno de arrastre” o “Drag Phenomenon”. Para medir este fenómeno en nuestra unidad, de enero a marzo de 2020 se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal (nivel de evidencia: IV). En él se elaboró un cuestionario que consistía en 12 ítems acerca del modo de administración de los medicamentos intravenosos, en concreto, los antibióticos. Este cuestionario fue entregado y completado de forma anónima por el personal de enfermería de todo el Hospital Universitario de Burgos que atendía a pacientes ingresados mayores de catorce años. El objetivo del estudio fue evaluar el fenómeno de arrastre en la práctica clínica de nuestro centro con el fin de crear un protocolo hospitalario, analizando a posteriori los datos en concreto de la UCI.

**Resultados:** Se recogieron 65 encuestas de 68 entregadas, lo que supone un 95% de participación. El análisis de las respuestas recibidas puso en evidencia una gran heterogeneidad en la administración de fármacos intravenosos; en especial con la antibioterapia. De las personas encuestadas, hasta un 71% admitió que no realizaba de forma sistemática el lavado con suero del sistema de infusión en determinadas situaciones, y un 69% admitió desconocer el volumen que albergan estos sistemas.

**Conclusiones:** En nuestra UCI se objetivó que un porcentaje del fármaco pudo ser administrado de manera inadecuada, ya que no existió unanimidad respecto a la antibioterapia y el manejo de los sistemas de infusión. Es por ello que recientemente ha sido necesario la creación de un protocolo multidisciplinar de seguridad. Así mismo, se recomienda la evaluación de este fenómeno en cada centro; la creación de estudios que evalúen la repercusión clínica, económica, y farmacológica de la ausencia de lavado de estos equipos; y el uso de sistemas “tipo árbol” para minimizar este efecto.

## 512. EVOLUCIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA SARS-CoV-2 SEGÚN ESTADO DE VACUNACIÓN

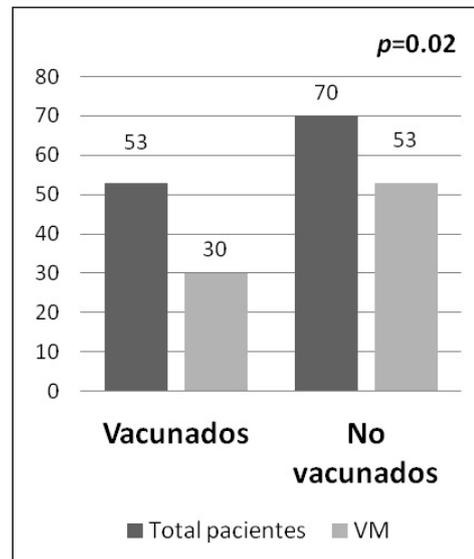
**López Olivencia M**, Soriano Cuesta C, Higuera Lucas J, Blandino Ortiz A, Pozuelo I, Paredes de Dios N, López Vergara L, Sainz Cabrejas J y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** La neumonía SARS CoV-2 puede desarrollar formas graves con necesidad de ingreso en UCI, altos porcentajes de necesitar VM (ventilación mecánica), estancias prolongadas en UCI y mortalidad. En España actualmente 39 millones de personas, 95,7% > 40 años han recibido al menos una dosis. A pesar de ello, seguimos ingresando pacientes con vacunación completa. No hay evidencia suficiente de si existen diferencias en evolución clínica de los pacientes críticos según su estado de vacunación. Nuestro objetivo principal es comprobar si existen diferencia en cuanto a la necesidad de VM en pacientes vacunados vs. no vacunados.

**Métodos:** En una UCI-COVID de 24 camas, recogimos pacientes que ingresaron con neumonía por SARS-CoV-2. Recogimos pacientes desde 30/04/21, fecha en la que se inició vacunación en España a > 50 años, hasta enero 2022. Los criterios de necesidad de VM se definen con protocolo basado en criterios clínico e IROX. Recogimos: datos demográficos, scores de gravedad (SOFA y APACHE), estado de vacunación, necesidad VM, tiempo de ventilación mecánica, estancia en UCI, mortalidad UCI y hospitalaria.

**Resultados:** Un total de 123 pacientes ingresaron en UCI por neumonía por SARS CoV-2. Edad m 55,5 +- 13,4 años, 77% hombres, SOFA m 5 +- 3,1, APACHE m 13 +-6,5. 70 pacientes (56,9%) no vacunados, 75,7% precisaron VM. 53 pacientes (43,1%) vacunados, 56,6% precisaron VM (p = 0,02). Días de estancia media 21,3, no vacunados 18,8 días y vacunados 22,8 días. Promedio de días de VM 16,25, no vacunados 17,6 días y vacunados 13,9 días. Mortalidad-UCI total 6,5% (4 pacientes no vacunados y 4 vacunados) (p = 0,68).



**Conclusiones:** Los pacientes no vacunados tuvieron fallo respiratorio de mayor gravedad, teniendo más riesgo de necesitar VM frente a los vacunados. El alto porcentaje de pacientes no vacunados ingresados en UCI, respecto a una población con tasas de vacunación tan elevadas, apoya fuertemente el papel protector de las vacunas para la infección de SARS-CoV-2.

## Infección/Antibióticos 12

**Moderador:** Juan Ramón Fernández Villanueva

### 513. MEDICINA INTENSIVA EXTENDIDA PARA PACIENTES CON COVID-19

Fuster Soria C, Pascual Llopis J, **Aragó Moral J**, San Blas C, Minaya F y Herrero E

Hospital de Torrevieja, Alicante.

**Objetivos:** La pandemia por COVID-19, especialmente en primavera de 2020, provocó que la disponibilidad de recursos (como la posibilidad de ingresar en una unidad de Medicina Intensiva) se viera ampliamente excedida por la altísima demanda. En este trabajo pretendemos describir las características de los pacientes valorados en planta de hospitalización por el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital Universitario de Torrevieja, en cuanto a: sus factores de riesgo, si finalmente fue necesario su ingreso y la mortalidad intrahospitalaria de cada uno de ellos.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, recogiendo los datos de los historiales clínicos de los pacientes valorados por el SMI durante su ingreso en planta de hospitalización durante el periodo de un año (marzo/2020 a febrero/2021). Criterios de inclusión todos los pacientes con diagnóstico de neumonía por COVID-19 confirmada por PCR. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo, criterios de gravedad (APACHE-II) y la mortalidad intrahospitalaria.

**Resultados:** Se nos avisó para valorar un total de 118 pacientes ingresados en planta de hospitalización. La mediana de edad de la población incluida fue de 71,0 (64,0-76,2) años, el 77% de sexo masculino. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión arterial (60,2%), la enfermedad renal crónica (41,5%), la diabetes mellitus tipo 2 (33,1%) y la obesidad con IMC  $\geq 30$  (20,3%). Los menos frecuentes fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7,7%), la insuficiencia cardíaca con disfunción sistólica (7,6%) y los inmunosuprimidos (5,1%). De ellos, 22 pacientes (18,6%) fueron desestimados para ingreso en el SMI si evolución tórpida en planta de hospitalización (con una mortalidad del 83%). 31 pacientes (27,9%) fueron manejados con otras terapias no invasivas sin precisar ingreso en el SMI (con una mortalidad del 16,1%). De aquellos pacientes que ingresaron en el SMI, 45 (50,6%) ingresaron inmediatamente tras la primera consulta y los 20 restantes ingresaron tras ser consultados en  $\geq 2$  ocasiones por mala evolución progresiva a lo largo del ingreso. De todos los pacientes ingresados: APACHE-II 20,8  $\pm$  8,8 puntos y una mortalidad intraUCI del 66,2%

**Conclusiones:** En nuestra serie, el intento de optimizar los recursos a la hora de ingresar o no pacientes en el SMI, propició que en algunas ocasiones se retrasara el ingreso, pero dicho retraso no parece guardar relación con mayor gravedad (por APACHE-II y factores de riesgo ni una mayor mortalidad intrahospitalaria).

#### 514. NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA MICROBIOLOGÍA Y EL USO DE ANTIOTERAPIA

**Fernández Ruiz L**, Cruz Valero IM, Carranza Pinel A, Fuentes Calatayud A, López Fernández A, Aranda León A y Heras La Calle G

*Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Granada.*

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue describir el patrón clínico y microbiológico de las NAVM en la UCI del Hospital Santa Ana de Motril, así como la antibioterapia utilizada y la adecuación de las mismas y analizar cómo han cambiado respecto a los anteriores a la pandemia.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo realizado con los datos del registro ENVIN-HELICS de los pacientes ingresados en UCI. Se compararon los datos obtenidos en 2021 respecto a 5 años anteriores (periodo 2014-2019). Se analizaron variables demográficas, índices de gravedad al ingreso y tasas de incidencia de las diferentes infecciones intraUCI.

**Resultados:** 330 pacientes que requirieron ventilación mecánica fueron incluidos. Se documentaron 24 NAVM. Hasta 2019 la manifestación clínica más frecuente de NAVM era clínica compatible con un nuevo infiltrado radiológico, mientras que en 2021 era la extensión de un infiltrado previo. El diagnóstico se realizó en el 70% de los casos mediante BAS en en ambos periodos, con escaso uso de BAL. El microorganismo aislado más frecuente en el periodo previo a 2020 era *E. coli* (25%) junto a *P. aeruginosa* (25%) seguido de SAMR y *S. pneumoniae*. Mientras que en 2021 *P. aeruginosa* causó el 50% de las NAVM seguida de *S. epidermidis* (14%) y *S. marcescens* y SAMS. Los niveles de resistencias antibióticas fueron mayores en los casos de 2021. En ambos periodos recibieron ATB en un 85% de los casos y se consideró adecuado en un 80% de los casos en el periodo previo a 2020, frente a un 46,67% en 2021.

**Conclusiones:** La irrupción de la pandemia por COVID-19 en nuestras UCI ha supuesto un cambio en lo relativo a la NAVM. Su presentación clínica, los métodos diagnósticos, la microbiología productora y el tratamiento antibiótico han cambiado, debido a las nuevas circunstancias del desempeño de nuestra actividad clínica.

#### 515. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y SOPORTE RESPIRATORIO DE LOS PACIENTE INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DURANTE EL AÑO 2021

Pérez Mesa E, Cordon Álvarez S, Zamboschi N, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R y **Nuevo Ortega P**

*Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.*

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados críticos por neumonía por COVID-19 durante el año 2021, así como el soporte respiratorio que han precisado.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Críticos del HUVV de Málaga desde el 1 enero al 31 diciembre 2021 correspondientes a la 4ª, 5ª y 6ª olas.

**Resultados:** Durante las últimas olas de la pandemia (4ª-6ª) han ingresado por neumonía por COVID-19 un total de 256 pacientes con una edad media de 58 años. El 74% de los pacientes han sido varones. Del total de los ingresados el 78,5% no estaba vacunado al ingreso en nuestra unidad. Como primera terapia de soporte respiratorio se implantó ONAF en el 94,5%, aunque han requerido ventilación mecánica en algún momento del ingreso el 55% del total. La mortalidad en UCI ha sido del 33%.

**Conclusiones:** Durante el año 2021 con el inicio de la vacunación, el perfil del paciente ingresado en la Unidad de Cuidados Críticos ha sido un varón joven de 58 años que ha requerido en su mayoría al inicio del ingreso ONAF, aunque precisando en hasta en un 50% de los casos ventilación mecánica en algún momento de su estancia. La supervivencia en el 67% de los casos.

#### 516. TERAPIA CON CORTICOIDES A DOSIS ALTAS EN LA INFECCIÓN GRAVE POR COVID-19 EN UNA UCI DE LA COMUNIDAD DE MADRID: COMPARACIÓN ENTRE SUPERVIVIENTES Y FALLECIDOS

**Serrano Ferrer C**, Ruiz García ÁL, Beltrán Hernández DR, Oñoro Morales A, Dávila S, Sanz García J, Navarro Morales JL, Rodríguez Serrano D, Lujan Varas J y Nevado E

*Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.*

**Objetivos:** Valorar los posibles factores que influyeron en la mortalidad de los pacientes desestimados para terapia ECMO que recibieron bolo de corticoides según el protocolo de nuestra unidad, como medida de rescate ante la mala evolución con medidas y maniobras habituales de soporte respiratorio.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo realizado en la UCI de un hospital de segundo nivel desde octubre de 2020 a septiembre de 2021. Se incluyen los pacientes atendidos por neumonía grave por COVID-19 con datos de IRA refractaria que recibieron corticoides a dosis altas (1 g de metilprednisolona/día durante 3 días, seguido de 1 mg/kg/día). Se recogieron datos demográficos y clínicos de evolución y tratamiento.

**Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes. El 67,7% eran varones con una edad media de 65. ± 7,9 años. Antecedentes médicos más frecuentes: HTA (67,7%); DM2 (51,6%); tabaquismo (25,8%), asma (16,1%) y EPOC (6,5%). IMC medio de 31,1 ± 4. La mediana de días desde el ingreso hospitalario hasta ingreso en UCI fue de 10 ± 7. El APACHE II medio de ingreso fue de 14 ± 4. Todos los pacientes requirieron soporte respiratorio invasivo, BNM y pronación (media de 3,9 pronos ± 2,5). La mediana de pAFI registrada previo a iniciar los corticoides fue de 128 ± 50. 20 fueron dados de alta de la UCI y 11 fallecieron. No se encontraron diferencias significativas en las características basales, salvo en asma (28 vs. 80% p < 0,05). La mediana de días desde ingreso hospitalario hasta ingreso en UCI fue mayor en el grupo de fallecidos (3 ± 7 días vs. 2 ± 3 días) (p < 0,05). No se encontraron diferencias significativas en el APACHE II. No se encontraron diferencias significativas respecto a número de pronos, pAFI y terapia con NOi. No se encontraron diferencias significativas respecto a la tasa de sobreinfección post terapia corticoidea. La PCR fue mayor en el grupo de fallecidos (64 versus 28,5 con p < 0,05).

**Conclusiones:** No se encontraron diferencias significativas en las características basales salvo un mayor porcentaje de pacientes asmáticos en el grupo de pacientes fallecidos. No encontramos diferencias significativas en las complicaciones o parámetros respiratorios postterapia con corticoides a dosis altas.

#### 517. USO DE CORTICOIDES Y SU RELACIÓN CON LA INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA EN PACIENTES CON SARS-CoV-2

**Mancha Salcedo R**, Díaz-Távora Luque M, Pereira Gama MS, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Luque Mármol E, Peña Luna IM, Durán Caballero N, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

*Hospital de Mérida, Badajoz.*

**Objetivos:** Principal: valorar prevalencia de infección fúngica invasiva (IFI) tras la administración de corticoterapia a dosis estándar o superiores en pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2. Secundarios: describir su repercusión en términos absolutos en días de ventilación mecánica invasiva (VMI), de hospitalización, estancia en UCI y mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo de una muestra de 52 pacientes, todos ellos diagnosticados por neumonía bilateral por SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Mérida. Estos datos fueron recogidos durante el periodo comprendido entre enero 2021 y enero 2022, y fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS. Se rellenó un protocolo donde se incluyeron las variables: edad, sexo, dosis de corticoides administradas, candida score, sospecha y tratamiento empírico de IFI, diagnóstico y tratamiento dirigido de IFI, estancia hospitalaria en días, estancia en UCI en días, días de ventilación mecánica y mortalidad.

**Resultados:** Del total de la muestra, el 71% de los pacientes eran varones, con una media de edad de 61 años. Todos ellos requirieron VMI durante su estancia en UCI, por la presencia de síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) secundario a neumonía bilateral por

SARS-CoV-2. De todos ellos el 59,6% presentaron positividad para el diagnóstico de IFI (ya fuera por broncoaspirado o por la presencia de marcadores de IFI en sangre) de los cuales, el 38% habían recibido corticoides a dosis estándar (6 mg cada 24 horas) frente al 44% de los que habían recibido a dosis superiores (mayores de 6 mg cada 24 horas). En cuanto a los pacientes con diagnóstico de IFI que han recibido corticoides a dosis superiores, presentan menos días de VMI (12 días en el grupo de dosis superiores vs. 20,5 días en el grupo de dosis estándar) y de estancia en UCI (16,8 días vs. 22,4 días), aunque esta asociación no presenta significación estadística en ninguno de los casos, con una *p* valor de 0,21 y 0,50 respectivamente. En términos de mortalidad, los pacientes tratados a dosis superiores presentan una mortalidad de 33,3% frente al 48,8% de los que recibieron dosis estándar, con una *p* de 0,4.

**Conclusiones:** Los pacientes que han recibido corticoides a dosis superiores han presentado menor número de días de estancia UCI y de VMI a pesar de presentar mayor prevalencia de IFI que los tratados con corticoides a dosis estándar. Parece que el uso de corticoides a dosis altas puede tener cierto efecto beneficioso para acortar los días de VMI y estancia en UCI.

## Respiratorio/Ventilación mecánica

**Moderador:** Jesús Caballero López

### 518. LA PRESENCIA DE COMORBILIDADES Y SU RELACIÓN CON LOS PACIENTES CON NEUMONÍA BILATERAL POR SARS-CoV-2

**Mancha Salcedo R**, Díaz-Távora Luque M, Pereira Gama MS, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Luque Mármol E, Peña Luna IM, Durán Caballero N, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

Hospital de Mérida, Badajoz.

**Objetivos:** Analizar si hay relación de asociación entre las comorbilidades previas presentadas por los pacientes con neumonía bilateral por SARS-CoV-2 y días de estancia en UCI, días de ventilación mecánica (VM), días de hospitalización y mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo de una muestra de 52 pacientes diagnosticados de neumonía bilateral por SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del hospital de Mérida. Esto datos fueron recogidos de enero de 2021 a enero de 2022 y analizados mediante el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** De los datos obtenidos, los pacientes hipertensos tuvieron una media de 28 días de hospitalización vs. 32 en los que no, de 20 vs. 22 días de estancia en UCI y 17 vs. 20 de días de VM. En pacientes diabéticos la media de días de hospitalización fue de 32 días vs. 29 en los que no lo eran; de 19 días de hospitalización en UCI vs. 22, y de 18 días de VM vs. 20. En pacientes con enfermedad pulmonar la media de días de hospitalización fue de 30 días vs. 30 en los que no la presentaban; de 19 días de hospitalización en UCI vs. 22 y de 16 días de VM vs. 20. En pacientes con antecedentes cardíacos la media de días de hospitalización fueron 38 vs. 28 en los que no los presentaban; 24 días de uci vs. 20 días y 21 días de VM vs. 18. En pacientes con antecedentes oncológicos la media de días de hospitalización fue de 19 días vs. 31 en pacientes que no los presentaban; de 13 días de hospitalización en UCI vs. 22 días y de 13 vs. 19 días de VM. En pacientes que presentaron inmunodepresión la media de días de hospitalización fue igual en ambos grupos; de 29 días de estancia en UCI vs. 20 y de 10 días de VM vs. 18. La mortalidad en los pacientes que presentaban HTA fue del 54% frente al 40% de no HTA, siendo del 46% para los pacientes diabéticos frente al 46%, del 53% en pacientes que habían presentado enfermedad pulmonar previa vs. el 43%; del 55% en pacientes con patologías cardíacas frente al 44% de los que no y del 50% en pacientes oncológicos vs. el 45,8% de los que no lo presentaban. Analizando por separado las diferentes comorbilidades no se vio asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las estudiadas con los días de hospitalización, de VM y de estancia en UCI, salvo la mortalidad en pacientes inmunodeprimidos que fue del 100% con una *p* 0,03.

**Conclusiones:** De forma incongruente a lo que cabría pensar, los pacientes con HTA, DM y enfermedad pulmonar presentaron menos días de hospitalización, estancia en UCI y ventilación mecánica que los que no presentaban estas comorbilidades. Sin embargo, la mortalidad fue mayor en los que presentaban estas comorbilidades.

### 519. ANÁLISIS DE MORTALIDAD SEGÚN EL TIEMPO DE VENTILACIÓN MECÁNICA HASTA TRAQEOSTOMÍA EN SDRA POR SARS-CoV-2

Hidalgo Manchado L, Guzmán Adum IM y Núñez Talavera M

Complejo Hospitalario Regional Virgen de las Nieves, Granada.

**Objetivos:** La infección por SARS-CoV-2 puede provocar síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), requiriendo frecuentemente ventilación mecánica (VM) invasiva, en muchos casos prolongada por lo que los pacientes precisan de traqueostomía. Comparar la relación entre el tiempo de VM hasta la realización de traqueostomía con los días de VM y la mortalidad. Se definen 3 grupos según fueran sometidos a traqueostomía precoz (< 10 días de VM), intermedia (11-14 días de VM) o tardía (> 14 días de VM).

**Métodos:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo con 670 pacientes admitidos en UCI debido a infección por SARS-CoV-2 entre el 13/3/2020 y el 31/10/2021. Analizamos el soporte ventilatorio utilizado, dividiéndose en: ONAF, VM o ambas. Así como la realización de traqueostomía en el grupo de VM o ambas.

**Resultados:** De los 670 pacientes, el 39,4% requirió solo ONAF, el 16,6% precisó desde el inicio VM y el 43,3% restante, requirió ambas. Un 0,7% no precisó soporte ventilatorio. Dentro de los subgrupos con VM, al 53,98% se le realizó traqueostomía, siendo realizada al 15,23% de forma precoz, al 41,9% intermedia y al 42,85% tardía. La mortalidad global fue del 27,6%, siendo del 8% en el grupo con ONAF, del 50,5%, en aquellos solo con VM y del 38,6% en aquellos con ONAF + VM, aún así el subgrupo con mayor % dentro de los *exitus* fue el de ONAF + VM con el 58,4% de los *exitus* totales, dado fue también el subgrupo de pacientes más numeroso. La mortalidad en traqueostomizados fue del 45,95%, siendo del 7,02% en la precoz, del 22,16% en la intermedia y del 16,76% en la tardía. No se halló diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad entre los 3 subgrupos según el tiempo hasta traqueostomía (*p* = 0,256) aunque sí se halló una relación estadísticamente significativa entre el tiempo hasta la realización de traqueostomía y el tiempo total de VM, siendo menor en pacientes con traqueostomía precoz.

**Conclusiones:** Al igual que lo descrito en la literatura previa, el tiempo hasta la realización de traqueostomía en pacientes con VM, no se relaciona con la mortalidad de los pacientes. Aunque sí hemos encontrado un descenso del tiempo de VM en aquellos pacientes con traqueostomía precoz lo que implica menor riesgo de complicaciones asociadas a la VM y menor tiempo de estancia en UCI.

### 520. EVOLUCIÓN A CORTO Y LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN DENTRO DE UN PROGRAMA DE UCI EXTENDIDA

**de León Belmar JJ**<sup>a</sup>, Domingo Barrera I<sup>b</sup>, Tejada Adell M<sup>a</sup>, Romero Gómez MB<sup>a</sup>, Micó Gómez ML<sup>a</sup>, Cortés Navalón C<sup>a</sup>, Arlandis Tomás M<sup>a</sup>, Martín Pachés A<sup>a</sup> y Gomar Vidal S<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital de Manises, Valencia. <sup>b</sup>Universidad Católica de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) supone una opción de mejora a los pacientes con patología respiratoria crónica que no son candidatos a medidas invasivas y podría reducir la necesidad de intubación y estancia en UCI en aquellos que sí lo son. Nuestro objetivo se centra en analizar la supervivencia de ambos en planta de hospitalización.

**Métodos:** Estudio observacional, de corte longitudinal y analítico, sobre los pacientes que recibieron VMNI en sala del Hospital de Manises en 2019. Se categorizó a los pacientes en dos grupos: no candidatos a ingreso en UCI y pacientes de escasa gravedad para ingreso en UCI, y se estudió su relación con la mortalidad hospitalaria y tras un año de seguimiento.

**Resultados:** Del total de 73 pacientes, el 45,2% fueron mujeres, el 72,6% se categorizaron como “no intensivos” y la edad media fue de 75,66 ± 11,22 años. El 38,4% de los pacientes fallecieron en el hospital, siendo el 43,4% de los “no intensivos” y el 25% de los de “escasa gravedad”, sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa (*p* = 0,149). La mortalidad al año del alta hospitalaria fue igual (20%) en ambos grupos. No observamos diferencias estadísticamente significativas entre la categorización pronóstica y el sexo con la mortalidad. Los pacientes categorizados como intensivos tenían una edad mayor (77,3 años frente a 71,3 años).

**Conclusiones:** Los pacientes categorizados como no intensivos presentaron una mayor mortalidad hospitalaria, sin significación estadística, y una mortalidad al año similar a la del grupo de pacientes intensivos.

### 521. HERRAMIENTA DE SOPORTE A LA DECISIÓN CLÍNICA PARA PREVER EL PODER MECÁNICO (MECHANICAL POWER; PM) EN PACIENTES CRÍTICOS QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA (VM)

**Ruiz Botella M**, Gómez Álvarez J, Manrique Moreno S, Rodríguez A y Bodí M  
Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos:** Prever con media hora de antelación el PM de pacientes ventilados mecánicamente y explicar la influencia de las variables en la previsión.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, se consideraron 1.754 pacientes con VM (1/1/17 hasta 01/12/2021). Se utilizan variables de VM, datos demográficos, datos clínicos, de monitorización y de laboratorio para definir el estado crítico del paciente. Se agrupan las variables en intervalos de 15 minutos y se prevé el PM en media hora utilizando datos de las últimas 6 horas. Se realizó un análisis visual y exploratorio de la VM de los pacientes. Se diferenciaron 2 categorías de PM ( $< 18$  y  $\geq 18$ ) en función de la mortalidad. Se desarrollan dos herramientas de soporte a la decisión clínica: 1) Previsión: centrada en prever el valor exacto de la MP y 2) Cambio: centrada en alertar si un paciente va a cambiar de categoría de MP en media hora. Los modelos tienen una arquitectura de red neuronal recurrente con capas Long Short Term Memory y capas *feedforward*. Para la extracción y análisis de los datos se utilizó Python, para desarrollar las herramientas se usó el paquete Keras. Se explica la importancia de las variables en las previsiones realizadas mediante el paquete SHAP. El rendimiento del modelo se evaluó mediante el error cuadrático medio (MSE) y el acierto de las categorías de MP.

**Resultados:** La población tiene una edad mediana (IQR) de 63 (52-71), con un APACHE de 16 (12-20) y una mortalidad de 22%. El modelo de Previsión tiene un MSE de 5,23, un acierto de categoría de MP en 91,89% e identifica el 21,48% de los cambios de categoría. El modelo de Cambio tiene un MSE de 5,93, un acierto general del 88,21% y un acierto en los cambios de un 56,48%, siendo esta herramienta mejor para alertar de los cambios a los clínicos. Se puede visualizar la importancia de los valores de las variables para cada previsión realizada por

los modelos y, la importancia de cada variable para una previsión aleatoria se observa en la figura.

**Conclusiones:** La previsión de la MP y sus categorías demuestra que es posible identificar la MP de un paciente dentro de media hora en base a la evolución de la ventilación del paciente y su estado crítico. Los modelos desarrollados pueden ser una herramienta útil para alertar precozmente al clínico de complicaciones respiratorias e implementar medidas que mejoren la seguridad del paciente ventilado.

Financiado por: PERIS SLT017/20/000030-FIS PI20/01674.

### 522. OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA POR SÍNDROME RESPIRATORIO AGUDO GRAVE POR CORONAVIRUS TIPO 2

**Cuenca Fito E**, Fernández Rodríguez A, González Castro A, Ceña Carazo J, Huertas Marín C, García Moreno P, Campos Fernández S, Rodríguez Borregán JC y Peñasco Martín Y

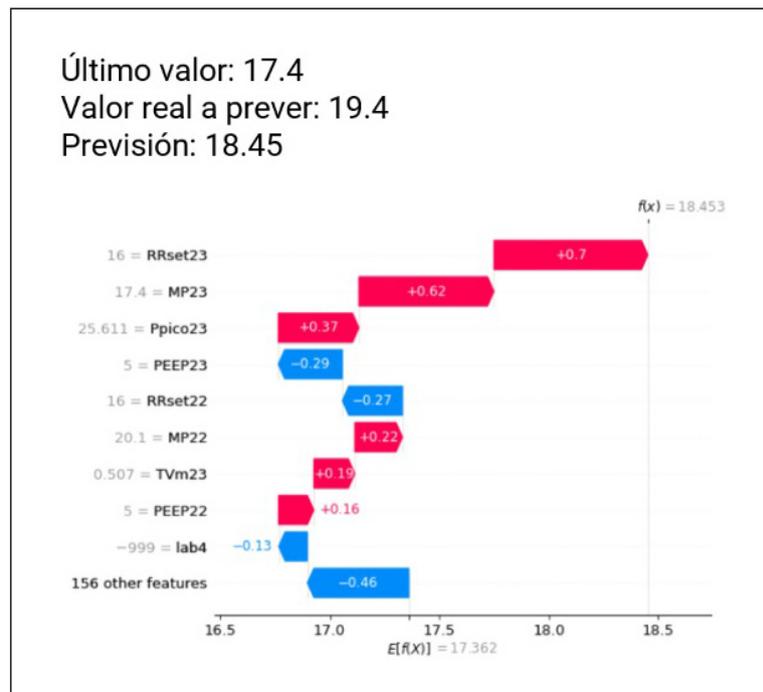
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

**Objetivos:** La utilización de HFNO en casos seleccionados puede mejorar la evolución de los pacientes con insuficiencia respiratoria que ingresan en una UCI con insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria a neumonía por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Los datos se obtuvieron a través del registro COVID del SMI, previa aceptación por el comité de ética de investigación local y la concesión del consentimiento pacientes/representante. Se revisan retrospectivamente 79 pacientes ingresados en el área-COVID del servicio de medicina intensiva (SMI) entre marzo-mayo de 2020.

**Resultados:** Dos enfermos recibieron aporte de oxígeno con técnicas convencionales sin necesidad de escalar en el tratamiento ventilatorio durante su ingreso en UCI, 45 (67%) recibieron ventilación mecánica invasiva de forma inmediata y 20 (30%) fueron tratados con HFNO de inicio. Los parámetros iniciales en todos los enfermos que recibieron HFNO fueron 60 L/90% FiO<sub>2</sub>. Posteriormente se titulaba la FiO<sub>2</sub> SpO<sub>2</sub> > 95%. Los enfermos tratados con HFNO presentaban una estancia en planta previo al ingreso en el SMI superior a los enfermos tratados con VMI (11 [17] días frente a 4 [12];  $p = 0,06$ ). Se encontró una tendencia al empleo de VMI en los enfermos fumadores (42% frente a 20%;  $p = 0,09$ ). En el momento del ingreso en la UCI presentaban una ratio SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> significativamente más alta (115,52 [14,64] versus 102,53 [26,41];  $p = 0,04$ ). Se consideró fracaso de la terapia de HFNO la tendencia descendente en el índice ROX.

Figura Póster 521



Importancia de las variables en una previsión.

En 8 (40%) enfermos fue necesario el rescate con VMI. El inicio de la VMI en este grupo se realizó después de 58 (38) horas de media de HFNO, en enfermos que presentaban mayor edad y mayor número de comorbilidades asociadas, así como un índice de ROX más elevado en la primera hora de terapia con HFNO en la UCI y una menor ratio SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de forma significativa ( $p = 0,01$ ). En el análisis de coste-efectividad, comparando ambas estrategias terapéuticas, la probabilidad de que fuese más efectiva la estrategia experimental fue de 0,956, aunque no alcanzó significación estadística: La decisión óptima fue la estrategia de HFNC seguida de VMI en los fracasos del HFNC. Sin embargo, la RCEI es igual a 219.294 euros por cada alta de la UCI.

**Conclusiones:** Nuestros datos no pueden confirmar la hipótesis inicial que consideraba a la HFNO una terapia eficaz en el manejo de la insuficiencia respiratoria hipóxica por SARS-CoV-2 en UCI. El fracaso de la HFNO y el posterior rescate con VMI presenta una estancia en UCI mayor. Parece obligado realizar análisis de mayor robustez que confirmen el impacto económico de dicha estrategia en términos de coste-efectividad.

## Organización/Gestión/Calidad 5

**Moderadora: María Dolores Escudero Augusto**

### 523. DESCRIPCIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD. INFLUENCIA DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA

**Rodríguez Calero G**, Arnaiz Arnaiz V, Arana Azula A, Arce Angulo L, Eizaguirre Mujika H, Esteban Galbete MT y Etxeandia Juaristi M

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

**Objetivos:** Describir los incidentes notificados en una UCI y el análisis realizado por el Grupo de Seguridad responsable. Establecer las diferencias con un segundo periodo tras la implantación de un sistema de información y gestión clínica.

**Métodos:** Estudio descriptivo de 142 incidentes notificados durante 53 meses. Comparativo preliminar con 92 incidentes informados en los 15 meses siguientes a la instauración del nuevo sistema.

**Resultados:** En el primer periodo la incidencia de eventos por cada 100 ingresos fue de 3. El 91,5% de los incidentes alcanzó al paciente sin provocarle daños, el 8,5% no llegó al mismo. Un 80,3% de los percances se consideraron evitables frente a un 19,7% de ineludibles o no especificados. La mayoría de incidentes se relacionaron con problemas de material (40,8%), seguidos por los vinculados con medicamentos (19,7%) y recursos humanos (13,4%) entre otros. En el 41,5% hubo múltiples factores desencadenantes. Durante los turnos de mañana se notificaron más incidentes (59,2%) que en los turnos de tarde y noche. En el primer periodo el grupo de enfermería y auxiliares fue el más participativo con un 55,6% de avisos frente al 33,1% de los facultativos y el 11,3% de otros grupos. El 56,3% del total fue notificado por miembros del Grupo de Seguridad. Las mejoras propuestas fueron: formación (28,9%), creación de protocolos (19%) y cambios en el material (17,6%) entre otras. En el segundo periodo, el sistema de información clínica predominó como factor asociado a incidentes (73,9%) sobre el resto. En este lapso el colectivo de facultativos notificó el 77,2% de casos, y entre estos, el 60,6% fue por parte de personal ajeno a la UCI.

**Conclusiones:** La baja tasa de eventos registrada en el primer periodo puede deberse a la infrutilización del sistema de notificación. La mayoría de incidentes se relacionaron con dispositivos o medicación propios de un medio tecnificado como es la UCI. Durante el segundo periodo, se ha observado como el sistema de información y gestión clínica ha sido un factor asociado a incidentes por sí mismo que ha provocado la mayor participación de facultativos y personal externo a la UCI. El análisis del Grupo de Seguridad hace considerar los incidentes como evitables y corregibles, lo que revalida los sistemas de notificación como herramientas útiles para la seguridad del paciente.

### 524. EL TRIAJE POR LA UCI EXTENDIDA. PERFIL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

Erice Azparren E, Mayayo Peralta S, García Parra M, **Díaz de Antoñana Sáenz V**, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Tirapu León JP, Presa Orúe A, Barber Anson M y Rodrigo Pérez H

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

**Objetivos:** Evaluación de las atenciones realizadas por la sección de UCI Extendida del Servicio de Medicina Intensiva en el Hospital Univer-

sitario de Navarra (HUN). Los objetivos principales son crear fuentes para la obtención de estadísticas sobre el número y tipo de pacientes atendidos, fomentando distintas estrategias que optimicen la organización y recursos.

**Métodos:** El Servicio de Medicina Intensiva del HUN dispone de un equipo de profesionales, denominado UCI Extendida, que tiene como objetivo atender a los pacientes potenciales de ser ingresados en UCI. Activación de la llamada al busca (52142-52141): por parte del médico responsable del paciente mediante aviso telefónico y consulta telemática (Interconsulta). Estudio descriptivo, observacional, prospectivo. Periodo de recogida de datos: 01/01/2021-31/12/2021. Variables recogidas desde la historia clínica: servicio peticionario, datos demográficos del paciente (edad y sexo), fecha y hora de aviso y fin de seguimiento, destino inicial y final (ingreso, limitación del soporte vital, mejoría sin ingreso) y diagnósticos.

**Resultados:** Atenciones: 1.677. Edad media: 60,4 años. 63% hombres. Media de valoraciones y seguimientos: 8,12 pacientes/día. Seguimiento en planta de hospitalización de 489 pacientes (29,2%), durante una media de 45 horas, evolución favorable y evitando su ingreso en UCI en 65,3% de los mismos (319). Los servicios que solicitan valoraciones con más frecuencia: Urgencias (38,7%) y COVID (13,8%). Motivo de aviso: insuficiencia respiratoria aguda: 33,8% (de los cuales un 61,5% son secundarias a neumonías por SARS-CoV-2). Segunda causa más frecuente de llamada: *shock* séptico (13,3%).

**Conclusiones:** Emplear un equipo encargado del triaje, atención y establecimiento de estrategias terapéuticas de los pacientes en las plantas de hospitalización y urgencias es una herramienta fundamental para la gestión de camas del servicio.

### 525. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES JÓVENES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL (2021)

**Rivas Gómez-Plana F**, Pérez Ruiz M y Marcote Denis B

Hospital de Especialidades de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Estudio descriptivo del motivo de ingreso, evolución y resultados de los pacientes jóvenes (menores de 35 años) ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante un año.

**Métodos:** Estudio observacional. Periodo: año 2021. Fue criterio de inclusión edad menor o igual de 35 años. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de ingreso, necesidad de vasoactivos, intubación orotraqueal, días de ventilación mecánica, uso de terapia de depuración extrarrenal (TDER), mortalidad en UCI, mortalidad hospitalaria y gravedad calculada mediante la escala APACHE-II.

**Resultados:** Ingresaron 57 pacientes (59,6% hombres y 40,4% mujeres) con edad mediana de 26 años (media 25,33). En relación a sus antecedentes personales caben destacar que el 8,8% diabetes mellitus y el 7% eran asmáticos, el 5,3% presentaban enfermedad renal crónica y el 3,5% con hipertensión arterial. Respecto al consumo de tóxicos el 15,8% eran fumadores y el 14% consumía otros tóxicos. Respecto al motivo de ingreso, el 28% ingresaron por trauma grave, el 19,3% por complicaciones secundarias al consumo de tóxicos, el 17,5% por patología de origen neurológico, el 10,5% de origen infeccioso (de los cuales el 5,3% fueron COVID positivos), el 8,8% ginecológico, el 8,8% cardiológico, el 5,3 en posquirúrgico inmediato (3,5% tras cirugía urgente y 1,8% programada) y el 1,8% digestivo. La mediana de días de estancia en UCI fue de 2 (media 5,39). El 17,5% precisaron vasoactivos. El 50,9% requirió ventilación mecánica invasiva (una mediana de 1 y una media de 2,67 días). El 20,5% recibió TDER. La puntuación mediana en la escala de gravedad APACHE-II fue de 10 puntos (media 11,74). El 77,2% fue alta a planta y el 17,5% precisaron traslado a otro centro hospitalario para tratamiento. La mortalidad total fue de 5,3%, siendo el 1,8% donantes de órganos.

**Conclusiones:** Observamos que los pacientes más jóvenes que precisan ingreso en UCI se caracterizan por una estancia media corta y una mortalidad baja probablemente en relación a su escasa morbilidad y con una puntuación de APACHE II baja en la mayoría de los casos.

### 526. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES NEUROCRÍTICOS TRAS DOS AÑOS DE LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. UN PROGRAMA DE CALIDAD Y SEGURIDAD

**Vásquez Suero A**

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Evaluar la evolución de la morbimortalidad de los pacientes que ingresan en la nueva unidad de neurocríticos de un hospital de tercer nivel en los dos primeros años de apertura. Valorar si el programa puesto en marcha de acortar los tiempos de respuesta al manejo por los intensivistas, neurocirujanos, radiólogos y radiólogos neurointervencionistas, consiguen mejorar la supervivencia de estos pacientes.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los datos desde nuestra base informatizada (ICCA Philips) y el programa asistencial Jimena 4. Las variables que se analizaron fueron la edad, sexo, días de ingreso, mortalidad al alta de la unidad, etiología, complicaciones graves, realización de intervenciones y/o cirugía.

**Resultados:** Se valoraron un total de 94 pacientes (51 hombres, 43 mujeres). La edad media fue de 63,2 años ( $\pm 10,63$  DE). La estancia media de ingreso en la unidad era de 11,6 días ( $\pm 4$  DE). La mortalidad global era de 4% (N = 3), con una mortalidad previa a la formación de la unidad de neurocríticos (19%), para este tipo de pacientes. Del total de casos 36 eran hemorragia subaracnoidea espontánea (38%), 49 presentaron un TCE (52%) a otras causas 9 pacientes (10%). A todos los pacientes ingresados se realizaron tomografía cerebral al ingreso y a las 48/72 horas de ingreso. De los 36 pacientes con hemorragia subaracnoidea se realizó una arteriografía diagnóstica/terapéutica en las primeras 6 horas de ingreso a 30 pacientes (85%), los 6 pacientes restantes (15%) se realiza la prueba en las primeras 24 horas. De los 94 pacientes 38 pacientes (40%) precisó de colocación de neuromonitorización invasiva/drenaje de sistema ventricular, su totalidad colocados en las primeras 24 horas y con posterior control radiológico.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un anillo de manejo multidisciplinar compuesto por neurocirujanos, radiólogos neurointervencionistas e intensivistas para los pacientes neurocríticos en una unidad especializada, reduce la mortalidad y morbilidad general de estos pacientes respecto al manejo de los pacientes de forma no estructurada. La realización de protocolos en conjunto con fin de reducir los tiempos de ventana terapéutica/diagnóstica y su posterior manejo regularizado, de igual manera consideramos que disminuyen la morbimortalidad en los pacientes con afectaciones graves cerebrales.

Financiado por: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

## 527. SEGURIDAD PARA EL PROFESIONAL DE LA REALIZACIÓN DE FIBROBRONCOSCOPIA A PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-COV 2

**Estella Á**, Moreno Cano SG, Giménez Beltrán B, Breal Flores A y Martín H

*Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.*

**Objetivos:** La generación de aerosoles se ha identificado como una situación de riesgo en la pandemia por SARS-CoV-2. Las recomendaciones iniciales de las sociedades científicas desaconsejaron el uso de fibrobroncoscopio en el manejo del paciente con neumonía por SARS-CoV-2 por suponer un riesgo para el profesional, especialmente en los primeros días de ingreso en UCI postulando que el riesgo de contagio es mayor. El objetivo del presente estudio es analizar el riesgo para los trabajadores sanitarios que supone realizar fibrobroncoscopia al ingreso en UCI de pacientes intubados con neumonía grave por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudio observacional realizado en una UCI de un hospital de segundo nivel. Se realizaron las fibrobroncoscopias al ingreso en UCI, fueron realizadas en modo presión control, sin modificar la PEEP óptima previamente establecida por el daño respiratorio. Todas las fibrobroncoscopias fueron realizadas por intensivista, con contrastada experiencia en el procedimiento, junto con una enfermera y una auxiliar de clínica, todos llevaban un equipo de protección individual para SARS-CoV-2. El tiempo de estudio fue de marzo de 2020 a octubre de 2020 correspondiendo a un periodo previo a la implementación de la vacunación. Se realizó un seguimiento clínico de los sanitarios que intervinieron en los procedimientos, explorando la aparición de síntomas como fiebre, cefalea, y/o anosmia. Si aparecía algún síntoma se realizó una prueba diagnóstica de RT-PCR para SARS-CoV-2 con toma de muestra naso y orofaríngea.

**Resultados:** 119 broncoscopias fueron realizadas en 81 pacientes en ventilación mecánica durante el tiempo de estudio. La duración media del procedimiento desde que el broncoscopio se introduce en la vía aérea fue de 2 minutos y 18 segundos (hecho que se constató al estar todos los procedimientos grabados con videobroncoscopio). Solo 4 trabajadores sanitarios desarrollaron sintomatología inespecífica a las

48 horas de la realización de la fibrobroncoscopia resultando la detección de SARS-CoV-2 negativa en todos los casos.

**Conclusiones:** La realización de fibrobroncoscopia en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 es un procedimiento seguro si es realizada con adecuados equipos de protección y personal experimentado que minimice los tiempos de exposición de la vía aérea.

## Respiratorio/SDRA/Lesión aguda pulmonar *Moderador: Ignacio Pellín Ariño*

### 528. ROL DEL CORTISOL COMO MARCADOR DE VULNERABILIDAD DE LAS SECUELAS COGNITIVAS DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA

**Navarra Ventura G**, Fernández Gonzalo S, Gomà Fernández G, de Haro López C, Jodar Vicente M, Sarlabous L, Ochagavía Calvo A, Blanch Torra L y López Aguilar J

*Hospital de Sabadell, Barcelona.*

**Introducción:** El déficit cognitivo es una de las secuelas del síndrome post-cuidados intensivos y afecta al 30-40% de los pacientes críticos que precisan ventilación mecánica invasiva (VMI). Biomarcadores como el cortisol se han relacionado con la disfunción cognitiva durante la UCI, pero no con el déficit cognitivo a largo plazo.

**Objetivos:** Explorar potenciales biomarcadores inmunológicos, endocrinos y metabólicos para el estudio de la regulación alostática en el paciente crítico y su relación con el estado cognitivo al alta.

**Métodos:** Sujetos: Pacientes críticos adultos con VMI (> 24 horas) sin patología neurológica, psiquiatría y/o del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal y sin tratamiento con corticoides. Se realizó una valoración cognitiva al alta de UCI (Test de Evaluación Cognitiva Montreal, MoCA) y se analizaron los siguientes parámetros al ingreso y alta de UCI: niveles de cortisol, proteína C reactiva, glucosa, leucocitos, colesterol HDL y albumina. Para cada biomarcador se calculó el índice de cambio (delta) y se aplicaron modelos de regresión lineal ajustados por edad y nivel de comorbilidad.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes: 78,9% hombres, mediana de edad 64,2 (21,9-75,2), índice de comorbilidad Charlson 4 (0-8), 9 días (2-30) de mediana de estancia en UCI y 5 días de VMI (1-24). El 78,9% de los pacientes presentaron afectación cognitiva al alta de UCI. El nivel de cortisol al ingreso de UCI presentó una tendencia a relacionarse con la puntuación MoCA al alta (B:0,13; IC95% -0,01-0,28; p = 0,07). El delta-cortisol se relacionó significativamente con la puntuación del MoCA al alta (B = -1,65; IC95%: -3,12--0,18; p = 0,03).

**Conclusiones:** La reducción en los niveles de cortisol durante la estancia en UCI se relacionó con un mejor estado cognitivo al alta. Estos resultados sugieren que el cortisol podría ser un potencial biomarcador, de la vulnerabilidad asociada a las secuelas de la enfermedad crítica. Son necesarios futuros estudios que incluyan otros biomarcadores inmunológicos, endocrinos y cardiorrespiratorios para evaluar la regulación alostática y su papel en el déficit cognitivo en el paciente crítico.

### 529. TRAQUEOSTOMÍA EN TIEMPOS DE LA COVID

**Roca García L**, Arellano del Verbo G, Díaz Cuero G, Taboada Domínguez P, Villarreal Escalante M y Alonso Ovies Á

*Hospital de Fuenlabrada, Madrid.*

**Introducción:** La traqueostomía (TQ) es una técnica habitual en pacientes con ventilación mecánica (VM) en UCI. En la pandemia por COVID la incidencia de esta técnica ha aumentado y también la probabilidad de complicaciones.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de TQ durante 21 meses de pandemia y sus complicaciones, comparando TQ quirúrgicas (TQ-Q) y percutáneas (TQ-pc), tanto en pacientes COVID como no-COVID.

**Métodos:** Población: pacientes > 18 años con VM y que precisaron TQ ingresados en una UCI polivalente desde diciembre 2019 hasta septiembre 2021. Metodología: estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Variables estudiadas: escores de gravedad al ingreso (SAPS 3, APACHE II), edad, sexo, motivo de ingreso (COVID vs. no-COVID), tipo de TQ (TQ-Q o TQ-pc), complicaciones relacionadas con la TQ (hemorrágicas, infecciosas y locales en vía aérea), días de VM, día evolutivo de realización de TQ, días de estancia en UCI, mortalidad. Análisis estadístico:

Figura 1 Póster 529

	N	VM	TQ	TQ-pc	TQ-Q
<b>Pacientes COVID</b>	329 (40.5%)	309 (93.9% de COVID) (61.3% del total de VM)	64 (20.7% de COVID) (74.4% del total de TQ)	34 (53.1%)	30 (46.9%)
<b>Pacientes no COVID</b>	484 (59.5%)	195 (40.3% de no COVID) (38.7% del total de VM)	22 (11.3% de no COVID) (25.6% del total de TQ)	16 (72.7%)	6 (27.3%)
<b>TOTAL</b>	813	504	86	50	36

Tabla 1. Distribución de pacientes por motivo de ingreso, TQ y tipo de técnica.

Figura 2 Póster 529

		SARS-CoV2 -			SARS-CoV2 +		
		Recuento	%	Nº Fallecidos	Recuento	%	Nº Fallecidos
<b>Apache II: Rangos de probabilidad de muerte</b>	0-25%	14	63,6%	5	33	51,6%	11
	26-50%	2	9,1%	1	22	34,4%	11
	51-75%	5	22,7%	3	9	14,1%	7
	76-100%	1	4,5%	0	0	0,0%	0
<b>SAPS 3: Rangos de probabilidad de muerte</b>	0-25%	9	40,9%	4	34	53,1%	16
	26-50%	5	22,7%	2	22	34,4%	10
	51-75%	4	18,2%	0	7	10,9%	3
	76-100%	4	18,2%	3	1	1,6%	0

Tabla 2. Escalas de gravedad en grupos COVID y no-COVID relacionadas con la mortalidad.

Figura 3 Póster 529

		SARS-CoV2 -				SARS-CoV2 +			
		Traqueostomía percutánea		Traqueostomía quirúrgica		Traqueostomía percutánea		Traqueostomía quirúrgica	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
<b>Con complicaciones hemorrágicas</b>	Sin anticoagular	2	33,3%	0	0,0%	1	7,1%	1	12,5%
	Anticoagulados	4	66,7%	2	100,0%	13	92,9%	7	87,5%
<b>Con complicaciones infecciosas</b>		1	6,3%	0	0,0%	2	5,9%	9	30,0%
<b>Con complicaciones relacionadas con la vía aérea</b>	Decanulación	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%
	Enfsema subcutáneo	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%	2	16,7%
	Falsa vía	0	0,0%	0	0,0%	1	11,1%	0	0,0%
	Fuga de traqueo	1	25,0%	0	0,0%	3	33,3%	6	50,0%
	Neumotórax	0	0,0%	0	0,0%	3	33,3%	2	16,7%
	Sin complicaciones	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	8,3%
	Traqueomalacia	1	25,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabla 3. Complicaciones relacionadas con tipo técnica TQ en pacientes no-COVID y COVID.

variables cualitativas presentadas en porcentajes e intervalos de confianza del 95%. Variables cuantitativas expresadas en media y desviación estándar (DE) y rango intercuartílico. Programa IBM SPSS Statistics.

**Resultados:** De 813 ingresos en el periodo de estudio, recibieron VM 504 y en 86 de estos pacientes (17%) se realizó TQ. Distribución de pacientes por patología y técnica en tabla 1. Sexo: varones 63 (73,3%), 48 COVID y 15 no COVID. Mujeres 23 (26,7%), 16 COVID y 7 no-COVID. Edad media: COVID 66 años (DE 7), no-COVID 63 años (DE 9) Escalas de gravedad y mortalidad de los grupos (tabla 2). Media de días de estancia: 45 (DE 24). Media de días de VM: 40 (DE 19). Media de días hasta realización de TQ: 20 (DE 6). Complicaciones (tabla 3).

**Conclusiones:** La TQ en pacientes COVID es más frecuente. La TQ-Q es más frecuente en pacientes COVID que no COVID. Los scores de gravedad al ingreso probablemente no son válidos para pacientes COVID Las complicaciones hemorrágicas son más frecuentes en TQ-pc. Las complicaciones infecciosas tienen mayor incidencia en grupo COVID con TQ-Q. Las complicaciones locales de vía aérea son más frecuentes en el grupo COVID, concretamente con TQ-Q.

### 530. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE CRÍTICO CON SDRA SECUNDARIO A SARS-CoV-2 EN LA PRIMERA OLA

**Pérez Cabo EM,** Martínez Barrio ME, Gero Escapa M, Ruiz Martínez A, Cáceres Barrientos G, Fernández Ratero JA, Perea Rodríguez ME, Fisac Cuadrado L, Iglesias Posadilla D y Gutiérrez Hernández M

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

**Objetivos:** Identificar factores predictores de aumento de la mortalidad en el paciente con SDRA secundario a infección por SARS-Cov-2.

**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, de ventilación mecánica 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 un 80,8% de los pacientes aplicándose los parámetros de ventilación protectora (VP) en el 87,5% y siguiendo una estrategia de pulmón abierto con una mediana de PEEP de 14 (12, 15) cmH<sub>2</sub>O y la aplicación de la maniobra de decúbito prono en el 76%. La mortalidad en nuestra muestra fue del 12,8% intra-UCI y del 14,9% hospitalaria. Se analizó la mortalidad en función del IMC de los pacientes, el fenotipo pulmonar que presentaban (según la clasificación de Gattinoni) y su edad. Se observó un 19% de pacientes obesos (IMC > 30), con un porcentaje de obesidad mórbida del 4,2%. Con respecto al fenotipo, el 39,5% fueron clasificados en High y el 60,5% en Low, sin diferencias significativas en la aplicación de los parámetros de VP. Se objetivó una mortalidad del 23,9% en los pacientes no obesos y del 8,8% en los obesos ( $p = 0,37$ ). En el análisis de la edad, se objetivaron diferencias significativas en cuanto a mortalidad, en relación a la edad avanzada (61 años vs. 71 años;  $p < 0,01$ ). Así mismo en el análisis del fenotipo encontramos un riesgo de muerte 8,1 veces superior en los pacientes con fenotipo High con respecto al Low ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, en el análisis de factores de mortalidad, encontramos la edad y el fenotipo High como factores predictores de la misma. Sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas de mortalidad en relación al IMC del paciente.

### 531. PACIENTE VACUNADO DE COVID-19. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE ESTOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Martín Castillo R, Zamboschi N, Peregrina Caño E, [Nuevo Ortega P](#), Cordón Álvarez S y Ben Abdellatif I

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

**Objetivos:** Conocer el perfil de paciente vacunado de la COVID-19 ingresado por neumonía secundaria a SARS-CoV-2 durante el año 2021 en nuestra UCI. Además, mostrar su evolución respiratoria, su estancia media y su mortalidad final. Encontrar posibles diferencias entre las distintas vacunas.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021

**Resultados:** Han sido 55 los pacientes ingresados y vacunados de COVID-19 de un total de 256, con 61 años de media. El 83,6% (46) varones. El porcentaje de vacunación y número de dosis por marca comercial ha sido: 45% Pfizer con 1,68 dosis, 31% AstraZeneca con 1,59 dosis, 13% Moderna con 1,86 dosis y 11% Janssen con 1 dosis. El 45% ha necesitado OAF como única terapia durante 7 días, mientras el 55% ha precisado ventilación mecánica invasiva durante 27 días, siendo intubados en las primeras 24 horas el 29%. La estancia media ha sido de 22 días y el porcentaje de mortalidad del 33%. Respecto a las distintas vacunas, el grupo con Pfizer ha presentado resultados similares al global, mientras que con AstraZeneca tenían una edad media de 64 años, precisando ventilación mecánica invasiva el 65% de ellos, con una mortalidad del 41%. Moderna y Janssen han mostrado los resultados generales más favorables, siendo los ingresados más jóvenes respecto al resto. Además, existen diferencias en la patología de los pacientes por cada vacuna, aunque las más prevalentes han sido la hipertensión arterial y la diabetes.

**Conclusiones:** El perfil de paciente vacunado ingresado en nuestra UCI durante 2021 ha sido un varón de unos 61 años, hipertenso y diabético, vacunado con 2 dosis de Pfizer. Más de la mitad de los pacientes han precisado ser intubados y conectados a ventilación mecánica de forma tardía, mientras el resto solo ha requerido OAF como soporte respiratorio. Una estancia media de 3 semanas y una mortalidad del 33%. Podríamos pensar que la gravedad del COVID es menor en los vacunados desde una perspectiva poblacional, pero no de "puertas para adentro" de la UCI.

### 532. VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A MORTALIDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

[Mula Martínez R](#), Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Granados Madero M, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Martín Magán MdM, Asensio Rodríguez M, Victoria Ródenas MD y Vázquez Andrés G

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** Identificar las variables clínicas relacionadas con la mortalidad en UCI en las dos primeras olas de la pandemia por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo comparativo y unicéntrico en el Hospital Clínico Universitario Virgen del a Arrixaca

desde marzo hasta noviembre de 2020, incluyendo un total de 108 pacientes con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes personales, el uso de fármacos vasoactivos, terapia de reemplazo renal continuo, el soporte respiratorio y las complicaciones asociadas.

**Resultados:** La mortalidad de los pacientes que precisaron el ingreso en la UCI fue del 46%, objetivándose una mayor edad en quienes fallecieron ( $64 \pm 11$  vs.  $55 \pm 13$  años;  $p < 0,001$ ). La necesidad de un soporte vasoactivo se asoció a mayor mortalidad (90 vs. 32,8%;  $p < 0,001$ ). También se relacionó con la mortalidad la necesidad de múltiples terapias de soporte respiratorio (soporte no invasivo, invasivo y membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO)) (68 vs. 24%;  $p < 0,001$ ). En la misma línea, la necesidad de maniobras de rescate del distrés respiratorio: maniobra de reclutamiento alveolar (64 vs. 27,6%), ventilación mecánica en decúbito prono (68 vs. 24,1%) y bloqueo neuromuscular (60 vs. 24,1%) se asociaron a mayor mortalidad ( $p < 0,001$ ). Los pacientes que necesitaron la ECMO (36 vs. 10,3%;  $p = 0,003$ ) y la TRRC (40 vs. 6,9%;  $p < 0,001$ ) presentaron una mortalidad superior. De las complicaciones asociadas con la mortalidad, destaca el fracaso renal agudo (82 vs. 13,8%  $p < 0,001$ ), el enfisema subcutáneo (16 vs. 1,7%;  $p = 0,011$ ) y la neumonía asociada a ventilación mecánica (12 vs. 1,7%;  $p = 0,047$ ).

**Conclusiones:** La mortalidad global en UCI por la COVID-19 fue elevada, y se relacionó con una edad más avanzada, con la necesidad de soporte respiratorio múltiple, incluida la ECMO, con el desarrollo de fracaso renal y la necesidad de terapia de reemplazo renal continua, así como con la aparición de enfisema subcutáneo y de neumonía asociada a ventilación mecánica.

## Nefrología/Sepsis

*Moderadora: Carmen Gómez González*

### 533. NECESIDAD DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL PARA PACIENTES CON SARS-CoV-2 DURANTE 2021

[Jaén Franco M](#), Martín Ávila H y Moreno Cano S

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** Se analiza de todos los pacientes ingresados en una UCI durante 2021 con SARS-CoV-2, cuáles de ellos necesitaron terapia de reemplazo renal. Además se analiza la TRRE mas utilizada en dichos pacientes, así la evolución de ellos junto con la administración de vasoactivos en ellos.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo durante el año 2021 de pacientes ingresados en una UCI de polivalentes de 19 camas de un Hospital Universitario diagnosticados de infección por SARS-CoV-2 que necesitaron TRRE. Se analizó la edad media de los pacientes, la estancia media en de ellos. Y también se ha analizado el tipo de TRRE más frecuente utilizada. Además se analizó la necesidad de vasoactivos y la mala evolución y *exitus* de dichos pacientes.

**Resultados:** Durante 2021 ingresaron en nuestra UCI un total de 133 pacientes. De todos ellos 21,8% necesitaron terapia de reemplazo renal. 12 de ellos HFVVC con heparina, 16 HFVVC con citrato y 1 hemodiálisis. La estancia media en UCI fue de 29 días. Las cifras media de creatinina fueron de 3 mg/dl. 61 pacientes requirieron vasoactivos. Prácticamente todos los que requirieron TRRE sufrieron fracaso renal oligúrico. Los *exitus* de dichos pacientes fue casi del 100% por fracaso multiorgánico.

**Conclusiones:** Prácticamente la mitad de los pacientes ingresados en UCI con SARS-CoV-2 en 2021 requirieron TRRE. Todos los pacientes que requirieron TRRE salvo 3 presentaron FMO y *exitus*.

### 534. PLASMAFÉRESIS CON MONITORES DE DEPURACIÓN EXTRARRENAL REALIZADA POR PERSONAL DE UCI

[Godoy Tundidor V](#), Yagüe Huertas M, Roviroso Bigot S, Huerta Palacio V, Afonso Rivero D, Gaban Diez A, González Jiménez Al, Temprano Gómez I, Campos Moreno C y Algora Weber A

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

**Objetivos:** Analizar los factores que influyen en la respuesta terapéutica en pacientes sometidos a plasmaféresis (PF).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las sesiones de PF realizadas en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel entre 2013 y 2022. Se usó el monitor de depuración Prismaflex® System-Gambro (Baxter International Inc., IL, EE. UU.).

**Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes (63% mujeres) con edad media 56,6 ± 16,9 años. Las patologías más frecuentes fueron miastenia gravis (MG) 43%, Guillain Barré 18%, vasculitis 12% y púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) 6%. 47 pacientes (96%) recibieron tratamiento farmacológico: 41 corticoides (84%), 22 inmunoglobulinas (45%) y 21 inmunosupresores (43%). Solo un paciente recibió un 2º ciclo de rescate de PF. 15 pacientes (31%) necesitaron ventilación mecánica, 7 (14%) terapia de depuración extrarrenal (TDE) y 5 (10%) fármacos vasoactivos. La estancia hospitalaria media fue de 16,1 ± 27,3 días. Se realizaron un total de 252 sesiones de PF (media 5,1 ± 1,2 sesiones por paciente), utilizando como líquido de reposición solo albúmina al 4% (76%), solo plasma (17%) y mixto (7%). En 40 pacientes (82%) hubo una respuesta clínica favorable, siendo la MG y la PTT las patologías con mejor tasa de respuesta (67% p = 0,0013). Hubo respuesta significativamente peor en aquellos que recibieron inmunoglobulinas previas (p = 0,01) y transfusión de hematíes periprocedimiento (p = 0,05). La mortalidad en UCI fue de 6% y del 14% a los 30 días, encontrando significación estadística en los pacientes que precisaron TDE (p = 0,05), reposición con calcio (0,036) y transfusión de concentrados de hematíes (p = 0,04).

**Conclusiones:** Los únicos factores que parecen estar asociados a una mejor respuesta a PF son el tipo de patología y la ausencia de tratamiento previo con inmunoglobulinas o de requerimientos de hematíes durante el procedimiento. En la mortalidad influyeron negativamente la necesidad de transfusiones de hematíes, plaquetas, otras TDE y la reposición con Ca.

### 535. SELECCIÓN DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL DURANTE LA PANDEMIA 2021

Jaén Franco M, Martín Ávila H y Moreno Cano S

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar el tipo de terapia de reemplazo renal más utilizada en 2021 coincidiendo durante la pandemia. Analizar si los pacientes con SARS-CoV-2 en 2021 necesitaron terapia de reemplazo renal y el tipo más frecuente que se utilizó.

**Métodos:** Estudio descriptivo durante el año 2021 de pacientes ingresados en una UCI de polivalentes de 19 camas de un hospital universitario con terapia de reemplazo renal. Se analizó la edad media de los pacientes, la estancia media de ellos y el motivo de ingreso en UCI. También las cifras medias más elevadas de creatinina que tuvieron. Además se revisó si se encontraban en situación de *shock*, y el requerimiento de vasoactivos, como el fracaso multiorgánico. Se ha recogido el tipo de terapia de reemplazo renal que se utilizó, y la evolución de dichos pacientes. Los datos fueron analizados usando SPSS versión 18 para Windows.

**Resultados:** Durante 2021 tuvieron terapia de reemplazo renal 64 pacientes. La edad media de dichos pacientes fue de 63 años, de los cuales 68,8% fueron hombres y 31,3% mujeres. La estancia media de dichos pacientes en UCI fue 16,48 días. La causa más frecuente fue la infección por SARS-CoV-2 con un 45,3% y la segunda la pancreatitis seguida de infección abdominal por otras causas, 14,1% y 10,9% respectivamente. El valor medio de creatinina fue de 3.027 mg/dl. 61 pacientes requirieron vasoactivos. 59 pacientes tuvieron fracaso renal agudo y 4 tenían previamente fracaso renal crónico que se había agudizado. La TRRE utilizada fue en 31 pacientes HFVVC con heparina, en 5 pacientes sin anticoagulación, en 24 pacientes con citrato y en 4 hemodiálisis. Los *exitus* fueron de 85,9%.

**Conclusiones:** La causa más frecuente de requerir TRRE fue la infección por SARS-CoV-2 por fracaso renal oligoanúrico. La terapia de reemplazo renal más utilizada en esta UCI durante el año fue la HFVVC con heparina. Se aprecia la mala evolución de dichos pacientes a pesar de utilizar dicha terapia.

### 536. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO RELACIÓN HLA-DR CON INMUNODEFICIENCIA EN COVID

Orera Pérez Á, Ares Miró P, Presa Orue A, Sáenz Bañuelos JJ, García Montesinos de La Peña M, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Sanz Granado E y Arregui Remón S

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de principales características clínicas pacientes críticos COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo influencia inmunosupresión adquirida por COVID con HLA-DR monocitario de 91 pacientes ingresados en UCI CHN de diciembre 2020 a mayo 2021. Resultados ex-

presados como porcentajes (%), odds ratio (OR), intervalo de confianza al 95% (IC95) y p-valor.

**Resultados:** Predominio varones (71,4%) y edad media 61 años (DE 12,3). Principales comorbilidades: dislipemia (55%), hipertensión (38,5%), diabetes (28,6%). El IMC medio fue de 34,1 (DE 23,25). El valor medio estancia en UCI de 18,2 días (DE 18,6). 4,6 días (DE 4,7) desde inicio de clínica a ingreso en UCI. Escalas pronósticas: SOFA 3,8 (DE 1,57), APACHE II 10,45 (DE 3,75), Charlson 2,85 (DE 2,7), COVID-Gram 139,76 (DE 34,79), MULBSTA 9,76 (DE 3,19). Mortalidad global 9,8%, sin diferencias por sexo. Mayor mortalidad en hipertensos (17%; OR 3,65 p 0,067 IC95 0,85-15,7), dislipémicos (16 vs. 2,4%; OR 7,62 p 0,031 IC95 0,9-63,7), enfermedad c-v (38%, OR 4,6 p 0,001 IC95 4,8-36,8) e insuficiencia renal crónica (28,9%; OR 4,4 p 0,085 IC95 0,7-27) también en diabéticos y EPOC/asma pero sin significación estadística (SE). Con coinfección al ingreso en UCI mortalidad del 22,2 vs. 8,5%. Ventilación mecánica invasiva 52 pacientes (media días ventilación 10,32 (DE 15,25), 61,5% de ellos ventilación prolongada (> 10 días), prono en el 52% y relajante neuromuscular en el 55%). Tasa de mortalidad VMI 16%. Compliancia pulmonar media primera semana 37,5 ml/cm H2O (DE 42,8). 83% previamente oxigenoterapia de alto flujo (OAF) y 19,6% ventilación no invasiva (VMNI). Tasa DE infección nosocomial UCI 38,5%. Mayor incidencia si inmunosupresión previa (63,6%; OR 3,18 p 0,07 IC95 0,86-11,8), HTA, DLP, DM y enf. c-v (44%), I. Renal crónica (57%). Todos pacientes terapia corticoidea (protocolo hospitalario) y 52% tocilizumab, infectándose el 54,8% (49% NAVMI y 16% bacteriemia). 50% de VMNI con infección (OR 7,47 p 0,001 IC95 2,66-20,9) vs. 36% de OAF. El 45,7% de infectados desarrollaron fallo renal (OR 5,89 p 0,02 IC95 2,1-16,6), infectándose el 100% de los que TCRR. Destacar incidencias en *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible y *Klebsiella pneumoniae*. Entidades oportunistas: virus Herpes simple y el *Aspergillus*. Mortalidad 22% si fallo renal en UCI (OR 4,44 p 0,028 IC95 1,1-18,3) y 23% si TCRR (OR 4,4 p 0,085 IC95 0,71-27). 18% sufrieron SDMO, con mortalidad del 37,5% (OR 14,2 p 0,001 IC95 3,05-65,9).

**Conclusiones:** Destacar incidencia infección nosocomial y VMI prolongada, más si comorbilidades.

### 537. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES POSQUIRÚRGICOS INGRESADOS EN UNA UCI MEDICOQUIRÚRGICA DE UN HOSPITAL DE GESTIÓN PRIVADA

Fernández Ruiz A<sup>a</sup> y Villegas del Ojo J<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de San Rafael, Cádiz. <sup>b</sup>Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar el perfil clínico y variables asociadas a morbimortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo pacientes que ingresaban postoperatorio de enero 2019-diciembre 2021 UCI 10 camas Analizamos variables demográficas, AP y su asociación con morbimortalidad.

**Resultados:** 54 pacientes., 66,7% varones, edad media 65,3 años, estancia media 6,46 días, APACHE II 16,05. Cirugía programada 79,65%. Mortalidad 9,3% (esofagagástrica (EG) 66,7% y hepatobiliopancreática (HBP) 25%). Tipos: trauma 3,7%; HBP 20,4%; colon 50%; EG 5,6%; endocrino 13%; bariátrica 7,4%. AP analizados: HTA 59%, tabaquismo 37%, DM 37%, síndrome metabólico 30%, dislipemia 26%, obesidad 18%, EPOC 9%, CIC 9% y FA 9%. Desarrollaron complicaciones 68%; infección nosocomial (IN) 39% fue la más prevalente (foco abdominal 26%). Fracaso orgánico (FO) 31% (hemodinámico 35%). Reintervención 18%. Dehiscencia de suturas (DS) 9%. FA 13%. En relación a los soportes orgánicos: trasfusión de hemoderivados 46,3%, VMI 37% (solo el 13% la precisaron más de 24 h), soporte vasoactivo 31,5% y soporte inotrópico 11,1%. Ningún paciente requirió VMNI ni TCRR. Al analizar asociación AP-mortalidad, el tabaquismo fue la única que mostró tendencia (p < 0,057). Encontramos asociación entre FA y FO (p = 0,035); entre FA-complicaciones (p < 0,01) y entre FA-IN (p < 0,04). No encontramos asociación con necesidad de reintervención ni DS. Al estudiar asociación entre complicaciones-mortalidad objetivamos que FO de forma global (p < 0,002), renal (p < 0,001), hemodinámico (p < 0,004), hepático (p < 0,001), coagulopatía (p < 0,001) y reintervención (p < 0,003) presentaban significación estadística. No encontramos asociación con la IN (p < 0,06) (bacteriemia más frecuente 50%, abdominal 21,4%).

**Conclusiones:** Nuestra población presenta un 68% de complicaciones siendo la IN la más frecuente, seguida del FO. El desarrollo de FO y la necesidad de reintervención se asociaron a mortalidad, no encontrándose asociación con la IN. Llama la atención que de los AP la FA se asoció con complicaciones, FO e IN.