

**Objetivos:** Analizar las variables que puedan asociarse con la evolución a muerte encefálica (ME) en pacientes ingresados para cuidados intensivos orientados a donación (CIOD).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados como CIOD desde diciembre de 2017 hasta diciembre de 2023 por múltiples etiologías (ictus hemorrágico, ictus isquémico, anoxia y meningitis bacteriana). Se analizaron variables demográficas y clínicas obtenidas en el momento del ingreso así como estudio del último TC craneal realizado antes de la decisión de ingresar al paciente como CIOD. Análisis estadístico con t-Student, chi-cuadrado y regresión multivariante realizado mediante paquete SPSS.

**Resultados:** 129 pacientes, 51,2% mujeres. La edad media fue de 70,3 años (mediana 73 años, 39-87años), con una estancia media de 2,25 días (mediana 2 días, 0-18 días). El 62% evolucionó a ME, el resto por situación clínica o deseo familiar se adecuó el esfuerzo terapéutico. Las variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (Glasgow Coma Score tamaño/reactividad de las pupilas) no presentan diferencias estadísticamente significativas con la evolución a ME. Al analizar las variables radiológicas, la presencia de hidrocefalia, el tamaño del hematoma y la pérdida de diferenciación corticosubcortical no presentaron diferencias significativas. Las variables radiológicas asociadas a evolución a ME con resultados estadísticamente significativos fueron: la ausencia completa de cisternas basales ( $p = 0,012$ , OR 4,63) que se presentó en el 75,6% de los pacientes; la ausencia de surcos encefálicos por edema cerebral ( $p = 0,003$ , OR 3,18) presente en el 77,2% de los pacientes; la ausencia de cisterna supraselar ( $p = 0,02$ , OR 2,58), objetivada en el 69,7% de los pacientes analizados y el desplazamiento de la línea media  $> 10$  mm ( $p = 0,001$ , OR 4,29) presente en el 62,8% de los pacientes. En el análisis multivariante se encuentra relación significativa con la desviación de la línea media  $> 10$  mm (OR 5,12) y el borramiento completo de las cisternas basales (OR 5,59).

**Conclusiones:** En pacientes ingresados para CIOD, la ausencia completa de cisternas basales, de surcos encefálicos por edema cerebral, la ausencia de cisterna supraselar y el desplazamiento de la línea media  $> 10$  mm en el TC craneal, son las variables radiológicas que mejor predicen la evolución a ME.

fueron de 647 ( $p 0,27$ ) y 729 ( $p 0,3$ ), sin ser estadísticamente significativos. Además, se observa que la media de creatinina, GOT y LDH en pacientes sobre los que se realizó ICP urgente fueron de 1,3 mg/dL, 452 UI/L y 999 UI/L, respectivamente; y en los que no se realizó esta intervención fueron de 1,37, 79 y 423, respectivamente. No siendo estadísticamente significativas;  $p 0,76$ ,  $p 0,15$  y  $p 0,23$ . Se aprecia que un 28% de los pacientes sufrieron *shock* cardiogénico, de los cuales se había realizado ICP urgente en un 80%,  $p 0,19$ . Por otra parte, un 39% de los pacientes precisó aminas vasoactivas a dosis altas, al 71% se le habían realizado ICP urgente,  $p 0,28$ . Un 56% de los pacientes presentaron arritmias al ingreso, realizándose al 70% ICP urgente,  $p 0,16$ . Sufrieron encefalopatía anóxica el 17%, de los cuales un 67% se realizó ICP diferida,  $p 0,39$ .

**Conclusiones:** Se aprecian que las medias de troponina, CPK, creatinina, GOT y LDH fue superior en aquellos pacientes en los que se realizó ICP urgente respecto a los que se optó por ICP diferida aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Destaca el mayor número de pacientes que desarrollaron *shock* cardiogénico y la aparición de arritmias al ingreso en el grupo sobre los que se realizó ICP urgente, mientras que en este grupo supone un menor porcentaje de desarrollo de encefalopatía anóxica, sin ser estadísticamente significativo. Probablemente los resultados puedan diferir si aumentáramos el número de la muestra.

#### 099. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL ÁREA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA ENTRE 2016 Y 2021

Martín Magán MdM<sup>1</sup>, de Gea García JH<sup>1</sup>, Mula Martínez R<sup>1</sup>, Mateos Llosa M<sup>1</sup>, Victoria Ródenas MD<sup>2</sup>, Rivera Sánchez P<sup>1</sup>, Granados Madero M<sup>1</sup>, López Hernández N<sup>1</sup>, Vázquez Andrés G<sup>1</sup> y Asensio Rodríguez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario los Arcos del Mar Menor, Murcia.

**Objetivos:** Analizar el perfil de antecedentes médicos del paciente que sufre la parada cardiorrespiratoria y las circunstancias bajo las cuales acontece en nuestra área de salud.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en un único servicio y centro, la UCI del Hospital Universitario Virgen del Arrixaca. Se han recogido datos de un total de 99 pacientes que ingresaron en la unidad por parada cardiorrespiratoria desde enero de 2016 a diciembre de 2021. Los datos fueron obtenidos de nuestro centro de trabajo ICCA (Intelly Space Critical Care and Anesthesia) y posteriormente analizados por medio del programa IBM SPSS. En este estudio realizamos análisis descriptivo de las variables de género, causa de PCR y antecedentes de interés de los pacientes.

**Resultados:** La muestra de pacientes analizada incluye un 81,8% de hombres con 18,2% de mujeres. El primer ritmo de parada analizado se distribuyó en asistolia un 46,5%, fibrilación ventricular un 48,5% y actividad eléctrica sin pulso 5,1%. El 91% de las PCR fue presenciada, el 57% en un entorno no sanitario siendo el 67,7% extrahospitalarias, y únicamente el 50,5% reanimada por los observadores. De todos estos pacientes, el 80,8% ingresó con pupilas reactivas. Con respecto a los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), considerando hipertensión, diabetes *mellitus*, dislipemia o tabaquismo activo, el 49,5% eran HTA, el 35,4% eran diabéticos y el 46,5% eran dislipémicos. Además, el 39% de ellos era fumador y 18% eran exfumadores. En total, solo el 18,2% de los pacientes estudiados no tenían antecedentes de FRCV ni tabaquismo, con un 23,2% de pacientes que presentaban solo uno de ellos, y un 58,6% de ellos que tenían más de uno. El 59,2% de ellos no tenían obesidad (IMC  $< 30$ ), pero en total el 82,7% presentaba sobrepeso. Las causas de parada más frecuentes fueron el SCACEST con un 45,5%, no diagnosticadas con un 19,2%, SCASEST el 7% y el resto de causas proporciones menores, como los TEP (5%), miocardiopatías o miocardiitis e hipoxia (4%), canalopatías (3%), EAP y atragantamientos (2%) y otras causas que representan el 1% (*shock* cardiogénico, tóxicos, autolisis, hiperpotasemia).

**Conclusiones:** El paciente más frecuentemente ingresado en nuestro centro por PCR era varón (81,8%) que presentaba una parada cardiorrespiratoria presenciada en medio extrahospitalario secundaria a un SCACEST (45,5%). El 81,8% de los pacientes presentaban uno o más factores de riesgo cardiovascular, y el 82,7% de ellos presentaba sobrepeso, con un 40,8% del total en rango de obesidad.

## Defensa pósteres

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO I

11:40-12:00 h. PANTALLA 1

#### 098. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS Y COMPLICACIONES EN PCR POR SCASEST EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

Luque Mármol E, Díaz-Távora Luque M, Mancha Salcedo R, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Rey Barreiro U, Benítez Morillo MF, Gil Pérez NM, Durán Caballero N y Borge Rodríguez G.

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

**Objetivos:** Principal: análisis descriptivo de las PCR por SCASEST. Secundario: valorar la relación entre la realización de ICP urgente y dife-rida y los parámetros analíticos y principales complicaciones.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 18 pacientes recogidos entre septiembre de 2018 y diciembre de 2022, ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Mérida. Se recogieron las siguientes variables: edad, factores de riesgo, la realización o no de ICP urgente, parámetros analíticos, entre otros. Todos ellos se analizaron mediante el sistema informático SPSS.

**Resultados:** Del total de nuestra muestra, el 56% eran mayores de 65 años. Como factores de riesgo encontramos la dislipemia 56%, tabaco 22%, HTA 73%, diabetes 22% y varones 72%. En cuanto a las escalas de gravedad al ingreso, la media de APACHE II fue de 19 y 57 puntos en SAPS II. Respecto a los marcadores de daño miocárdico, aquellos pacientes a los que se les realizó ICP urgente presentaron un pico medio de troponina de 4.070 ng/L y un pico medio de CPK de 2.043 UI/L; respecto a los pacientes que recibieron ICP diferida, las cifras

**100. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOLÓGICOS**

Ruiz Urbano A, Castillo Quintero M, Laouchiri Mozo I, Domínguez García M y Tristancho Garzón A

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.

**Objetivos:** Valorar el impacto de la pandemia COVID sobre nuestra unidad coronaria mediante el análisis retrospectivo de la base de datos "ARIAM".

**Métodos:** Análisis retrospectivo, descriptivo y comparativo de un total de 42 meses, divididos en tres periodos de tiempo, de 14 meses cada uno, definidos como "Prepandemia" (del 01/01/2019 al 14/03/2020), "Pandemia" (del 15/03/2020 al 30/06/2021) y "Pospandemia" (01/07/2021 al 30/11/2022) analizando características poblacionales: número total de ingresos, edad, media, sexo, estancia media y mortalidad, motivo de ingreso (pacientes cardíacos vs. no cardíacos, diferenciando dentro del primer grupo entre síndromes coronarios agudos (SCA) y el resto) de cada periodo. Análisis del subgrupo poblacional de SCACEST (como motivo de ingreso), de cada periodo, para las mismas variables poblacionales previas así como características propias: localización según su expresividad eléctrica (Anterior, Inferior, Lateral, Inferior ventrículo derecho, o Indeterminado), gravedad inicial expresada como "Killip" (agrupados en I-II y III-IV), primer contacto médico (Centro de salud, DCCU, 061, Urgencias hospitalarias, Planta médica u Otros), técnica de reperfusión (ICP primaria, fibrinólisis (Fx) y No reperfundidos), y cronas de tiempo (Síntomas-balón, Primer contacto médico - Balón y Primer electrocardiograma (EKG) - Balón, entendiendo el término "Balón" como paso de guía y apertura de arteria responsable).

**Resultados:** Los resultados quedan recogidos en las tablas.

**Conclusiones:** A falta de completar el análisis estadístico comparativo para cada uno de las variables y tiempos estudiados, los resultados observados y cuantificados a través del análisis descriptivo no arroja una clara diferencia como en un primer momento se planteó acerca del impacto de los peores meses de la pandemia sobre nuestra unidad de cuidados críticos cardiológicos salvo para la cuantificación total de ingresos, manteniendo similares características y distribución poblacional. Los primeros estadísticos compara-

SCACEST		N			%		
		PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST
MEDIO ACCESO	Centro Salud	121	82	129	54	43	45
	DCCU	43	42	80	19	22	28
	o61	33	50	40	15	26	14
	Urgencias Hosp	23	32	45	23,23	16,68	13,93
	Planta	12	12	14	4,62	5,13	4,31
	Otros	27	16	40	10,42	6,83	11,45
TOTAL		259	234	348	100	100	100
LOCALIZACION	Anterior	100	106	173	41	48	51
	Inferior	127	92	133	52	42	39
	Lateral	9	10	18	4	5	5
	Inf. VD	4	8	12	2	4	4
	Indeterm.	1	1	1	0,5	0,5	0,5
	TOTAL	242	219	337	93,43	93,58	97,68
KILLIP ING	I-II	244	213	315	94,2	91,02	90,51
	III-IV	15	21	33	5,74	8,97	9,48
	TOTAL	259	234	348	100	100	100
REPERFUSION	ICP Primaria	227	208	315	91,53	93,69	94,6
	Fx	8	6	7	3,22	2,7	2,1
	No Reperf	13	8	11	5,24	3,6	3,03
	TOTAL	248	222	333	95,75	94,87	95,68
		N			MEDIANAS		
RETRASOS	Sx-Balón	194	190	307	201	197,5	210
	Sist-Balón	165	151	257	129	162	128
	EKG-Balón	187	182	300	107	104	110

tivos de media de ingresos, sexo, edad y mortalidad entre periodos arrojaron una significación > 0,05. Como referimos, el análisis estadístico aún está pendiente de completar, pero lo descrito hasta el momento muestra que la pandemia no ha tenido el impacto que inicialmente pensábamos sobre nuestra unidad de cuidados intensivos cardiológicos.

EPIDEMIOLOGIA	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)			
	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	
Tot. Ingresos	527	415	519	100	100	100	63,4	61,9	62,6	2,5	2,57	3,17	16	17	29	3,04	4,1	5,59	
Hombre	387	318	371	73,43	76,62	71,48	62,67	61,51	62,43	2,61	2,54	3,06	13	12	20	3,36	3,77	5,39	
Mujer	140	97	148	26,57	23,37	25,52	65,41	63,18	63,03	2,19	2,68	3,43	3	5	9	2,14	5,15	6,08	
SCACEST	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)			
	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	
Tot. Ingresos	80	62	36	100	100	100	65,3	64,19	62,42	2,25	2,02	2,75	1	2	0	1,25	3,23	0	
Hombre	60	45	22	75	72,58	61,11	62,25	54,44	64,23	2,12	1,8	3,18	1	2	0	1,67	4,44	0	
Mujer	20	17	14	25	27,42	38,89	65,45	53,53	59,57	2,65	2,59	2,07	0	0	0	0	0	0	
SCACEST	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)			
	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	
Tot. Ingresos	259	234	348	100	100	100	60,59	61,15	61,76	2,34	2,12	2,77	6	5	10	2,32	2,14	2,87	
Hombre	195	185	264	75,29	79,06	75,86	59,94	60,91	61,65	2,56	2,04	2,52	5	4	9	2,56	2,16	3,41	
Mujer	64	49	84	24,71	20,94	24,14	62,56	62,08	62,13	1,69	2,45	3,55	1	1	1	1,56	2,04	1,19	
MOTIVO INGRESO	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)			
	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	
SCA	339	296	384	65,44	71,67	75													
OTRO CARDIAC	179	117	128	32,85	27,84	23,65													
CARDIACO	518	413	512	98,29	99,51	98,65													
NO CARDIACO	9	2	7	1,71	0,48	1,35													

**101. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

Garrido Callen A, Fernández Martín-Caro I, Maqueda D, Fernández Muñoz I, Martín Pellicer A, Vasco D, Jiménez Álvarez G, Merino Vega CD, Muñoz Varea M y Bardal Ruiz A

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Obtener los factores predictivos de mortalidad en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) ingresados en nuestra unidad durante el último año.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, realizado sobre una cohorte de todos los pacientes con diagnóstico de ingreso de SCA con necesidad de cateterismo de enero-2020 a noviembre-2021. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, escalas de gravedad, así como variables relacionadas y desenlaces. En el análisis descriptivo las variables cuantitativas fueron expresadas como media con desviación estándar (distribución normal) o como mediana con rango intercuartílico (RIQ) y las cualitativas como porcentajes. Se realizó análisis univariante mediante chi-cuadrado para variables dicotómicas (RR como medidas asociación) y regresión logística simple (OR) para variables cuantitativas. Los factores predictivos de mortalidad fueron obtenidos mediante regresión logística múltiple desde un modelo máximo que incluyó aquellas variables significativas del análisis univariante y las que se consideraron de interés clínico mediante *stepwise* según el criterio de información de Akaike.

**Resultados:** Incluidos en el estudio 113 pacientes. Edad 62 ± 12 años. Varones 78%. CFS ≤ 3 95,7%. SCACEST 57%. Killip 1 el 78%. Mortalidad a los 12 meses 12%. Estancia en uci 2,37 días RIQ (1-3) y estancia hospital 5,9 días RIQ (3-41). En el análisis univariante se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 1. En el análisis multivariante los únicos factores pronósticos independiente de mortalidad a los 12 meses del ingreso fueron (tabla 2).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, en los pacientes con síndrome coronario agudo, los únicos factores independientes de mortalidad fueron un NYHA previo ≥ 2, la necesidad de ventilación mecánica y el ACEF.

**102. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA UCI CORONARIA**

Fernández Muñoz I, Jiménez Álvarez G, Fernández Martín Caro I, Maqueda Luna D, Garrido Callen A, Pérez Torres M, López Cuenca S, Vasco Castaño D, Pérez Bardal A y Pérez Márquez M

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Determinar factores riesgo, características y desenlaces del paciente con síndrome coronario agudo (SCA) ingresado en nuestra unidad.

**Métodos:** Estudio unicéntrico prospectivo, observacional, realizado sobre cohorte de 113 pacientes con SCA con necesidad de coronariografía en la UCI del Hospital Rey Juan Carlos de enero-2020 a noviembre-2021. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, escalas así como variables relacionadas y *outcomes*. Las variables cuantitativas

Figura 1 Póster 101

VARIABLE	UNIVARIANTE (RR)
Disfunción ventricular	1.19 (1.03-1.39)
Fracaso renal agudo	1.51 (1.07-2.12)
Insuficiencia cardiaca previa diagnosticada	1.56 (0.96-2.52)
Clase funcional NYHA >=II	1.87 (1.44-3.06)
Killip	2.72 (1.56-4.92)
Oxigenoterapia triaje	3.32 (1.59-7.08)
	<b>UNIVARIANTE (OR)</b>
Láctico pico	4.9 (2.08-20.27)
ACEF (edad/función ventricular +1 si Cr>2mg/dl)	5.4 (2.12-15.51)
Aclaramiento láctico	7.4 (1.05-145.63)
ISd (índice shock diastólico) triaje	11.8 (2.67-60.87)
ISm (índice de shock modificado) triaje	19.29 (2.73-163.23)
ISs (índice shock sistólico) triaje	27.48 (1.88-455.80)

Tabla 1

Figura 2 Póster 101

	ANÁLISIS MULTIVARIANTE (OR)	P-valor
ACEF	<b>4.05</b> IC95%(1.23-15.74)	0,0284
Necesidad ventilación mecánica	<b>6.35</b> IC95%(1.02-45.30)	0.049
NYHA>=claseII	<b>31.52</b> IC95%(5.21-336.37)	0.0008

Tabla 2

Figura 1 Póster 102

Variable	IAMCEST 57%	IAMSEST 43%	p-valor	TOTAL
Tiempo diagnostico cateterismo (min)	118 (167)	991 (1067)	<0.001	522(897)
Troponina al ingreso (ng/ml)	1.99 (3.28)	0.39 (0.67)	0.033	1.34(2.68)
Troponina pico (ng/ml)	3.9 (4.4)	1.5 (2.2)	<0.001	2.86(2.81)
CK (U/l)	1,157 (1,241)	360 (433)	0.003	800 (1043)
LDH (U/l)	479 (292)	269 (154)	0.004	394 (265)
Hb (g/dl)	15.13 (1.58)	14.50 (1.71)	0.030	14.85 (1.65)
PCR (mg/dl)	3.16 (6.62)	0.84 (1.19)	0.030	2.11(5.09)
GRACE	150 (45)	130 (42)	0.017	2.87(3.81)
Ratio neutrofilos/linfocitos pico	11.2 (24.5)	4.8 (3.3)	0.038	8.44(18)
Disf VI %	56	33	0.016	47
Vasoactivos %	25	8.3	0.023	17
Enf 1 vaso %	65	47	0.009	56
Enf 2 vasos %	24	16		21
Multivaso %	9.7	16		12
ICP %	93	74	0.004	86
CABG %	1.8	20		11

Figura 2 Póster 102

Variable	TRONCO	CORONARIA DERECHA	DESCENDENTE ANTERIOR	RESTO: CIRCUNFLEJA/MARGINAL,	P-VALOR
FC (lpm)	94(17)	77(18)	77(25)	77(25)	0.011
Glucemia pico (mg/dl)	212(61)	137(35)	119(36)	119(36)	0.015
ACEF segun FG por mdrm	2.31(0.97)	1.8(1.64)	1.93(1.18)	1.18(0.35)	0.009
SAPSIII	46(13)	42(11)	42(11)	33(10)	0.008
Indice shock	0.7(0.22)	0.57(0.15)	0.65(0.16)	0.55(0.25)	0.015
FRA %	50	15	22	0	0.035
Disfunción VI %	33	38	68	33	0.032

fueron expresadas como media (desviación standard). Las cualitativas como porcentajes. Las comparaciones fueron hechas mediante chi cuadrado (Yates) para las cualitativas y con test de Welch/t test las cuantitativas.

Resultados: Edad 62 (12) años. 78% Varones. 95,7%. Clinical frailty score ≤ 3. Comorbilidad: 50% dislipemia, 58% HTA, IMC < 25 33%, 25% diabéticos, 45% fumadores, 81% sin cardiopatía isquémica. 73% no recibía tratamiento antitrombótico. Charlson 0 48%. Mortalidad UCI 4,4%, al alta del 5,3%, 8% a los 6 meses y 12% al año del ingreso y según vaso culpable. De forma significativa se encontró al ingreso una diferencia de medias en los fallecidos a los 12 meses respecto a los vivos de 50 puntos de GRACE IC (14-85), 0,6 puntos ACEF IC (0,15-1,04) e índice *shock* diastólico 0,33 puntos IC (0,59-0,07).

Conclusiones: Se encontraron diferencias según el tipo de IAM y su vaso culpable como futuras hipótesis investigadoras. Además, se objetivo al ingreso mayor GRACE, ACEF e índice de *shock* en los pacientes con SCA que fallecieron en menos de un año.

## Defensa pósteres

### ÉTICA

11:40-12:00 h. PANTALLA 2

#### 103. COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL EN LA UCI EN PERIODO DE PANDEMIA. ¿QUÉ PERCIBEN LOS PROFESIONALES?

Priego Sanz J<sup>1</sup>, Fernández Ferreira A<sup>1</sup>, Blanco Chapela J<sup>1</sup>, Suárez Fernández DE<sup>1</sup>, González Santamaría M<sup>1</sup> y Mármol López MI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense. <sup>2</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Describir la percepción de los profesionales sanitarios de una UCI, durante la pandemia, sobre la calidad de la comunicación in-

Tabla Poster 103

		Médicos	DUE	TCAE	Sig.
Comunicación eficaz en el cambio de turno	No	7 (70,0%)	7 (25,0%)	7 (46,7%)	p 0,036*
	Sí	3 (30,0%)	21 (75,0%)	8 (53,3%)	
Comunicación con los médicos correcta	No	5 (50,0%)	18 (64,3%)	9 (60,0%)	p 0,730
	Sí	5 (50,0%)	10 (35,7%)	6 (40,0%)	
Comunicación con enfermería correcta	No	6 (60,0%)	6 (21,4%)	2 (13,3%)	p 0,024*
	Sí	4 (40,0%)	22 (78,6%)	13 (86,7%)	
Comunicación con las TCAE correcta	No	7 (70,0%)	7 (25,0)	1 (6,7%)	p 0,002*
	Sí	3 (30,0%)	21 (75,0%)	14 (93,35)	
Consigno información cuando cambia el estado del paciente	No	5 (50,0%)	19 (67,9%)	7 (46,7%)	p 0,337
	Sí	5 (50,0%)	9 (32,1%)	8 (53,3%)	
Me preocupa que los problemas en la comunicación deriven en fallos de seguridad clínica	No	1 (10,0%)	1 (3,6%)	6 (40,0%)	p 0,006*
	Sí	9 (90,0%)	27 (96,4%)	9 (60,0%)	
Comunicación infectiva me genera más estrés de lo habitual	No	1 (10,0%)	2 (7,1%)	3 (20,0%)	p 0,443
	Sí	9 (90,0%)	26 (92,9%)	12 (80,0%)	

terprofesional. Valorar la existencia de estrés añadido en su labor cotidiana relacionado con brechas de comunicación interprofesional.

**Métodos:** Cuestionario de 26 preguntas, entre enero y abril de 2022, dirigido a médicos, DUE y TCAE, de la UCI del Hospital Universitario de Ourense. Obtuvimos datos sociodemográficos, exploramos la percepción de las características de la comunicación entre los diferentes estamentos y preguntamos por la existencia de estrés añadido relacionado con brechas de comunicación. Se empleó una escala Likert 1 a 5. Las variables categóricas se describieron en porcentajes, las continuas como media (DE) y la comparación entre grupos mediante chi-cuadrado.

**Resultados:** Contestaron 53 sanitarios un 27,9%, (18,9% médicos, 52,8% DUE y 28,3% TCAE) El 66% con edad entre 26 y 45 años y el 68% trabajan en la UCI en la actualidad. El 64% tenía < 5 años de experiencia. En la tabla se expresan los resultados relacionados con las características de la comunicación y el estrés añadido relacionado con brechas en la comunicación.

**Conclusiones:** Detectamos discrepancias en la percepción de la comunicación entre médicos y el resto de estamentos. Todos los profesionales percibieron los errores en la comunicación como riesgo potencial para la seguridad del paciente. La mayoría de los profesionales sentían más estrés cuando existía una comunicación inefectiva.

#### 104. NECESIDADES ESPIRITUALES BÁSICAS EN EL PACIENTE CRÍTICO

Molina Domínguez E<sup>1</sup>, Serna Cruz J<sup>2</sup>, Marín Marín C<sup>1</sup>, Díaz Álvarez JM<sup>3</sup>, Yuste Domínguez L<sup>1</sup> y Bueno González AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. <sup>2</sup>Idt "Narciso Estenaga", Ciudad Real. <sup>3</sup>Facultad de Filosofía, UNED, Madrid.

**Objetivos:** Todo ser humano precisa de necesidades espirituales básicas que no son necesariamente religiosas. El objetivo del estudio es el estudio de estas necesidades espirituales intrínsecas a nuestra humanidad.

**Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo de 40 pacientes en situación de limitación de tratamiento médico intensivo ingresados en el SMI. Todos los pacientes eran no comatosos y no precisaban de sedación profunda. Se utiliza la pirámide de Maslow en sus cinco niveles de necesidades, pero en especial el nivel superior de autorrealización en los objetivos personales del paciente y objetivos morales. Se complementa con la historia clínica y entrevista médica con el paciente y familiares allegados.

**Resultados:** Hubo un total de 40 pacientes. 27 eran varones y con una edad media de 72 años. En el 65% los pacientes eran pluripatológicos y en el 10% había órdenes de limitación de algún tipo de tratamiento médico. Los niveles de la pirámide de Maslow correspondientes al nivel 1 y 2 estuvieron cubiertos perfectamente durante su estancia en el SMI (fisiológicos y de seguridad). El nivel tres, referidos a las necesidades sociales estuvieron cubiertos en el 50% y las necesidades espirituales referidas a la confianza en la vida y autoestima principalmente, estaban ausentes. Solo los pacientes creyentes (> 90%) católicos encontraban un sentido al sufrimiento y a su vida, manteniéndose en sus creencias; fueron asistidos por sus familiares y allegados en el 95% con una satisfacción del 100%.

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes encontramos que: 1. El paciente al final de la vida posee necesidades espirituales que son cubiertas en más del 90% en relación a sus creencias y sentido de la vida y sufrimiento. 2. Las necesidades en relación a la autoestima están ausentes en el 100%. 3. Los pacientes recibieron asistencia espiritual en más del 90%. 4. Los familiares y allegados estuvieron satisfechos en el 100% de los casos.

#### 105. EVALUACIÓN DE LA EDAD Y LA CLASE FUNCIONAL SUBJETIVA COMO CRITERIOS EN LA ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET)

Martínez Bernhard A<sup>1</sup>, Courgeon García C<sup>1</sup>, Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Cremades Navalón I<sup>1</sup>, Gosálvez Bernal M<sup>1</sup>, Rico Lledo MJ<sup>2</sup>, Vigil Velis M<sup>1</sup>, Ortín Katnich L<sup>1</sup>, Serrano Navarro JM<sup>1</sup> y Pardo Talavera JC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Evaluar si la edad y la clase funcional representan de forma aislada criterios válidos en la AET. Hasta el momento la mayoría de

estudios existentes se basan en la AET aplicada durante el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En este estudio analizamos la AET al ingreso así como, si los criterios con que se llevan a cabo estas decisiones serían criterios válidos para desestimar el ingreso en UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes consultados para ingreso en UCI del H. Reina Sofía (Murcia), entre el 01/06 al 30/11/2022. En total 623 pacientes, de estos, se rechazan 254 para ingreso, de ellos 63 por AET, admitiéndose posteriormente en 2 casos. De los 63 casos recogimos la clase funcional, edad y *exitus*.

**Resultados:** De los 63 pacientes en los que se decide AET, aquellos que se calificaron con clase funcional independiente(I) fallecían en el 17,5% de los casos, mayoritariamente en los grupos de edad comprendidos entre 50-59 años (50%) y entre 60-69% (60%). El 33% fallecían en los calificados parcialmente dependientes (PD), siendo el mayor porcentaje de *exitus* en el grupo de edad entre 80-89 años. La mortalidad en los etiquetados como dependientes (D) fue de casi el 50% (49,9%), representando los porcentajes mayores en todos los grupos de edad.

**Conclusiones:** Los criterios clase funcional subjetiva, apoyada en la experiencia del facultativo, y la edad son criterios válidos para establecer una AET en aquellos pacientes de mayor edad y con mayor dependencia física. En el resto de los pacientes deberían estipularse criterios más objetivos para poder realizar una AET que estratificara con más claridad a estos enfermos. Estas decisiones deben ser tomadas idealmente por el equipo asistencial y con consentimiento del paciente y/o sus representantes legales, como se postula en las Recomendaciones de AET. Estas decisiones se tomaron en 100% por el equipo de guardia y con consentimiento en todas ellas de los representantes legales. En el 100% de los casos se dieron pautas de AET. Esto nos lleva a una reflexión sobre si deben tomarse como válidos los mismos criterios que se utilizan en la AET durante el ingreso en UCI. La respuesta de la mayoría de los estudios es que la decisión se basa en la anticipación de futilidad fisiológica, según la medicina basada en la evidencia. Pero también teniendo en cuenta el estado funcional previo y posterior esperado, criterios que directamente están relacionados con la futilidad cualitativa.

#### 106. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE ATSV EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES

Courgeon García C<sup>1</sup>, Martínez Bernhard A<sup>1</sup>, Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Llamas Fernández N<sup>1</sup>, Cremades Navalón I<sup>1</sup>, Serrano Navarro JM<sup>1</sup>, Triviño Hidalgo J<sup>1</sup>, Martínez-Aranaga F<sup>1</sup>, Pardo Talavera JC<sup>1</sup> y Guerrero Lozano IM<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada.

**Objetivos:** Descripción de las características, presencia de escalas de valoración de capacidad funcional y grado de dependencia de los pacientes a los que se les aplicaron medidas de adecuación de las terapias de soporte vital (ATSV). Causas más frecuentes de ATSV extra-UCI, y si el horario de consulta para ingreso y la presencia o no de residente de guardia pueden condicionar la toma de decisiones. Analizar la mortalidad intrahospitalaria con seguimiento hasta los 90 días de estancia hospitalaria, hasta el alta hospitalaria o el fallecimiento del paciente.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional seleccionando a todos los pacientes que no ingresaron en UCI por ATSV entre el 01/06/2022 al 30/11/2022, de un hospital de segundo nivel. Recogimos datos demográficos, existencia de escalas cuantitativas de valoración de capacidad funcional y grado de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (clasificándolos en independientes, parcialmente independientes o dependientes), motivo de la ATSV, día de la semana y horario de la consulta, presencia de residente de guardia, si se produjo *exitus* o si ingresó en UCI.

**Resultados:** Analizamos un total de 63 pacientes, de los cuales 37 varones (58,7%). La edad media fue de 77,62 años, siendo el grupo más frecuente entre 80-89 años. Las escalas de capacidad funcional solo se registraron en el 57,1% de los casos. 11 eran independientes (17,5%), 21 parcialmente independientes (33,3%) y 31 dependientes (49,2%). De lunes a jueves se rechazaron 39 pacientes (61,9%) y de viernes a domingo 24 (38,1%). Hubo más consultas de 15 a 19,59h (44,4%), seguido de la noche (22 a 8h) (33,3%) y de la mañana (8 a 14,59h) (22,2%). En el 44,4% había residente de guardia. El 31,7% de los casos fueron causas cardiológicas, las respiratorias 33,3%, el *shock* séptico un 15,9%, las causas neurológicas un 9,5% y los politraumatismos un 1,6%. De los pacientes a

los que se aplicó ATSV, 33 fallecieron (52,4%). Pese a la ATSV inicial, 2 pacientes ingresaron en la UCI (3,2%).

**Conclusiones:** La mayoría de los no ingresados tenían edad avanzada. Sorprende la cantidad de pacientes sin escalas de valoración. Muchos eran independientes. La franja horaria con más consultas fue de 15 a 19:59h y en casi la mitad había residente de guardia. Las causas respiratorias acumularon más ATSV. Existe poca representación de pacientes con patologías específicas al pertenecer a un hospital de segundo nivel. La mayoría de los pacientes que se rechazaron para ingreso como medida de ATSV no ingresaron finalmente en UCI. Fallecieron algo más de la mitad de los mismos.

### 107. ADECUACIÓN DE LA TERAPIA DE SOPORTE VITAL (ATSV): EVALUACIÓN DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

Soriano Ruiz Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Courgeon García C<sup>1</sup>, Martínez Bernhard A<sup>1</sup>, Cremades Navalón I<sup>1</sup>, Llamas Fernández N<sup>1</sup>, Guerrero Lozano I<sup>2</sup>, Triviño Hidalgo J<sup>3</sup>, Martín Ruiz J<sup>3</sup>, Serrano Navarro J<sup>1</sup> y Rico Lledo MJ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada. <sup>3</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>4</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** El presente estudio describe los motivos más frecuentes de consulta en pacientes que no ingresan en UCI, que finalmente se decide ATSV. Además se detalla la tasa de mortalidad en cada grupo.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional seleccionando a todos los pacientes desestimados de ingreso en UCI que se decidió ATSV. Recogimos para ello, un total de 623 pacientes que consultaron en UCI polivalente, de los cuales no precisaron ingreso en 254 pacientes, entre el 01/06 al 30/11/2022. Estudiamos datos demográficos de los pacientes, motivos de consulta, así como la mortalidad asociada.

**Resultados:** De los 254 pacientes desestimados para ingreso en UCI, 63 pacientes (24,8%) se decidió ATSV. De ellos, 37 eran varones (58,7%). Entre los motivos de consulta a UCI, 21 eran causas respiratorias (33,3%), 20 cardíacas (31,7%), 10 por shock (15,9%), 6 por deterioro neurológico (9,5%), 3 por causas hematológicas (4,8%) y 3 por otras causas. En 2 ocasiones (5,2%) se decidió ingreso en UCI tras ser de nuevo consultados por el mismo motivo. En el seguimiento posterior de los pacientes, la mortalidad fue del 52,4% en ese ingreso (n = 33). Por motivo de consulta, la mayor mortalidad observada fue en patología digestiva, con un 100% de los casos (n = 2), seguido de los motivos neurológicos con 83% (n = 5) de mortalidad, causas respiratorias 62% (n = 13), shock 60% (n = 6) y un 35% (n = 7) asociado a causas cardíacas. De los 3 pacientes del grupo hematológico no hubo fallecidos.

**Conclusiones:** Destaca que casi la mitad de los pacientes a los que se ATSV, no fallecieron por el motivo que los hizo consultar, aunque no podemos descartar que los que sobrevivieron presentaron tras el mismo discapacidad o progresión de su limitación funcional previa. Además, resalta la alta tasa de mortalidad en los pacientes consultados por patología digestiva, en contraste con la baja tasa de *exitus* en pacientes cardíacos u hematológicos. La causa puede deberse a la baja representación de estos últimos en nuestra UCI al ser polivalente, lo cual podría ser insuficiente para extraer conclusiones.

**Objetivos:** Analizar la relación entre el microorganismo etiológico causante de una infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical con la administración previa de factores de riesgo como carbapenémicos, nuevas cefalosporinas y corticoides.

**Métodos:** Registro observacional, prospectivo, que recoge las ITU que desarrollan los pacientes ingresados más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real en el periodo desde julio 2022 a diciembre 2022. Consta de dos unidades: Unidad Coronaria con 9 camas y Unidad Polivalente 12 camas. Se describe y analiza la relación entre la exposición a carbapenémicos, nuevas cefalosporinas o tratamiento corticoideo previo a la infección, con el microorganismo causante de la ITU.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio 34 pacientes que desarrollan una ITU asociada a sondaje vesical, de los cuales 24 (70%) eran infecciones bacterianas y 10 (30%) infecciones fúngicas por *Candida* sp. Mediante el test exacto de Fisher, con una significación estadística bilateral p = 0,05 se obtienen los siguientes resultados: El 80% (8 pacientes de 10) que desarrollan una ITU asociada a sondaje vesical por *Candida* sp. estaban en tratamiento con carbapenémicos, nuevas cefalosporinas o corticoides, en contraposición al 37% (9 pacientes de 24) que desarrollan una ITU bacteriana, siendo esta diferencia de porcentajes estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** El uso de carbapenémicos, nuevas cefalosporinas y corticoides, como variable conjunta, se relaciona con el aumento de riesgo de desarrollar una ITU asociada a sondaje vesical de origen fúngico con respecto al bacteriano.

### 109. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE BIOPSIAS POST-MORTEM ECO GUIADAS VS. NECROPSIAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19

Vidal González A, Páez JJ, Robglia D, Fortes J, Górgolas M y Prieto L

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Objetivos:** Comparar la calidad de las muestras obtenidas mediante tru-cut eco guiado *post-mortem* vs. las obtenidas mediante necropsia en pacientes fallecidos por COVID-19.

**Métodos:** Estudio observacional comparativo de las biopsias obtenidas por tru-cut vs. necropsia, durante el periodo del 15 de marzo al 31 de agosto del 2021 en el Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Tras previo consentimiento informado de un familiar, se incluyeron un total de 28 pacientes. Se realizaron dos necropsias, y se realizó tru-cut de 14G en los 28 pacientes. Se estudiaron datos morfológicos y por técnicas inmunohistoquímicas (IHC). Se recogieron datos epidemiológicos y analíticos previos al fallecimiento.

**Resultados:** Se solicitó consentimiento informado a 28 familias de las cuales 100% aceptaron la realización de biopsias percutáneas y únicamente dos la necropsia. La mediana de edad fue de 63 años (rango 40-80) siendo el 93% varones. Los antecedentes médicos más frecuentes fueron: 50% HTA, 45% DL, 30% DM, 20% obesidad mórbida. La mediana del tiempo de hospitalización fue de 27 días (rango 1-44). Las biopsias percutáneas se realizaron a pie de cama eco guiadas durante la primera hora tras el fallecimiento. El tiempo de espera para la realización de la necropsia osciló entre 3h y 3 días. Las muestras obtenidas mediante tru-cut con material suficiente para ser analizado fueron: pulmón 27, hígado 19, riñón 15 y 9 bazo, con un tiempo de realización de 30 min a 1h. En las necropsias se obtuvieron muestras de pulmón, corazón, riñón, hígado, bazo, médula ósea y testículo con un tiempo de realización de la técnica de 3 a 5h. Las biopsias obtenidas mediante tru-cut se mantuvieron en formol durante 72h hasta ser talladas, mientras que las de las necropsias 7 días. La calidad del tejido para estudio en las muestras obtenidas mediante tru-cut fue superior a la de las necropsias. Se trata de un procedimiento más sencillo, con menos coste de realización, más accesible, con mayor grado de aceptación por parte de la familia, menor tiempo de ejecución y con una calidad de la muestra para el estudio histológico no inferior al de la necropsia. Como limitación se encuentra la ausencia de estudio macroscópico del órgano completo, que pudieran ayudar a esclarecer la causa de la muerte en casos en los que esta no sea evidente o sospechada.

**Conclusiones:** En situaciones como la pandemia recientemente vivida, proponemos la realización de biopsias *post-mortem*, permitiendo obtener muestras de mayor calidad y con una mayor accesibilidad, menor coste y tiempo de ejecución en comparación con la necropsia.

## Defensa pósteres

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS II 11:40-12:00 h. PANTALLA 3

#### 108. AUMENTO DE RIESGO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A SONDAJE VESICAL POR *CANDIDA* EN RELACIÓN CON CARBAPENÉMICOS, NUEVAS CEFALOSPORINAS Y CORTICOIDES

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Marín Marín C, Hernández Gozálves G, Camacho Dorado E, Espinosa González MDC, Ortiz Díaz-Miguel R y Abdel Hadi Álvarez H

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

### 110. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO ASOCIADA A SONDAJE VESICAL. DIFERENCIAS DE PRECOCIDAD ENTRE UNIDADES

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Segovia García de Marinas L, Marin Marin C, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Espinosa González MDC, Ortiz Diaz Miguel R y Gómez Grande ML

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Analizar la precocidad de las infecciones del tracto urinario (ITU) asociadas a sondaje vesical en relación con la unidad en la que se desarrolla la infección.

**Métodos:** Registro observacional, prospectivo, que recoge las ITU que desarrollan los ingresados más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real en el periodo desde julio 2022 a diciembre 2022. Consta de dos unidades con 21 camas en total: Unidad Coronaria con 9 camas y Unidad Polivalente con 12 camas. Se describen y analizan las diferencias en la precocidad de la ITU, el microorganismo causante y la estancia media de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio 34 pacientes que desarrollan una ITU asociada a sondaje vesical, de las cuales 24 (70%) en la unidad polivalente y 10 (30%) en la unidad coronaria. La unidad polivalente presentó un 4,2% de ITU precoz (1 de 24 casos). La unidad coronaria un 40% de ITU precoz (4 de 10 casos), siendo esta diferencia de casos estadísticamente significativa mediante el test exacto de Fisher ( $p = 0,019$ ). En relación con estas ITU precoces, el 80% (4 casos de 5) el microorganismo causante fue un gram positivo, en contraposición al 13,8% (4 casos de 29) de gram positivos en las ITU tardías, siendo más prevalentes los bacilos gram negativos (55%). La estancia media en la unidad coronaria de los pacientes que desarrollan una ITU asociada a sondaje vesical 29,8 días (DT 18,6) mientras que en la polivalente es de 64,4 días (DT 35,1).

**Conclusiones:** La unidad coronaria presenta una mayor prevalencia de ITU precoces con respecto a la unidad polivalente, en probable relación con las diferencias de estancia media en UCI de cada unidad y las patologías que motivan el ingreso. Los causantes de las ITU precoces son microorganismos colonizadores de la piel, con alta prevalencia de gram positivos, relacionadas a una mala manipulación del catéter durante la colocación.

### 111. IMPACTO DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MUESTREO PARA DETECCIÓN DE MULTIRRESISTENTES EN UNA UCI SOBRE EL CONSUMO DE LINEZOLID

Gómez Estanga S, Sánchez de la Iglesia M y Alemparte Pardavila E

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

**Objetivos:** Analizamos el impacto de la implantación de un protocolo de muestreo para multirresistentes, centrándose en la determinación de *Staphylococcus aureus* metilicilín-resistente (SAMR), sobre el consumo de linezolid y la mortalidad en una UCI de 3<sup>er</sup> nivel.

**Métodos:** Analizamos la incidencia de *Staphylococcus aureus* metilicilín-sensible (SAMS) y SAMR, el consumo de linezolid durante el período ENVIN (abril a junio) de 3 años y el impacto sobre el consumo de dicho antibiótico en el último ENVIN (2022) tras la instauración de un protocolo de vigilancia microbiológica (PCR y cultivo). Analizamos las necesidades de tratamiento empírico frente a SAMR y el resultado: inicio de tratamiento (en este caso ajustes y duración del mismo) *versus* no inicio de tratamiento y la mortalidad en ambos grupos.

**Resultados:** En años previos, en nuestra unidad el SAMS fue el 13% de los gérmenes y el SAMR variable (0 a 20%), con incidencia hospitalaria del 20%. El linezolid representa el 12,5% de los antibióticos usados (duración media de 5,06 días). En el ENVIN 2022, de 160 ingresos se planteó el tratamiento con linezolid en 32 ocasiones: se inició en 22 (68,75%), en 10 (31,25%) no se inició tratamiento. Los datos demográficos muestran predominio de varones en ambos grupos (59 vs. 70%), edad media (66,59 vs. 61,9), APACHE II (16,22 vs. 16,3). La duración media del tratamiento con linezolid fue 4,18 días: 3 de 22 (13,63%) tratamientos no se modificaron, 4 (18,18%) se interrumpieron en menos de 24 horas y en 15 (68,18%) se ajustaron. La duración media fue de 3,57 días. En ningún caso fue necesaria una escalada terapéutica. La mortalidad en el grupo tratamiento 13,63% y en el de no tratamiento 20% (mortalidad media de nuestra UCI 21,2%).

**Conclusiones:** El SAMS es un germen frecuente, la incidencia de SAMR es variable pero no despreciable. La implantación del protocolo de vigi-

lancia nos ha permitido evitar un número importante de tratamientos (31,25%), disminuir la duración o interrumpirlo precozmente, con implicaciones sobre la presión antibiótica y los costes sanitarios. La mortalidad, es diferente en ambos grupos, menor en el grupo de tratamiento/intervención, y en el grupo de no tratamiento ligeramente mayor, pero la misma que el global de nuestra unidad.

### 112. EPIDEMIOLOGÍA DE LA GRIPE HASTA LA PANDEMIA

Manglano Clavero M<sup>1</sup>, García Rodríguez LGR<sup>2</sup>, Cordero Lorenzana ML<sup>1</sup>, Novo Carral A<sup>1</sup>, Cid Tovar I<sup>1</sup>, Mejuto Montero N<sup>1</sup>, Gómez Zapata J<sup>1</sup>, Rey Abalo M<sup>1</sup>, Pardo Peña G<sup>1</sup> y Triguero San Cristóbal H<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña.

**Objetivos:** Conocer los factores asociados a la mortalidad en los pacientes ingresados por gripe grave en la UCI de A Coruña, además de valorar las posibles variables que hayan influido en el ingreso incluida vacunación.

**Métodos:** Se ha desarrollado un estudio observacional descriptivo retrospectivo basándose en los datos recogidos de manera sistemática por la UCI de Coruña para el Registro Nacional de Gripe Grave en las UCIs españolas. Se construyó una base de datos con los 93 pacientes ingresados entre marzo de 2015 y marzo de 2018, valorando la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), vacunación, tipo de gripe, comorbilidades previas, APACHE II y SOFA al ingreso, tratamiento antivirico, soporte ventilatorio y la mortalidad.

**Resultados:** La mortalidad fue de 28,6%. La edad media resultó de 59,49 años (DE 13,9); la población fallecida tenía una media de edad significativamente superior a la que sobrevivió (65,5 ± 11,4 vs. 57,0 ± 14). El tipo de gripe más frecuente fue el H1N1p (57%). Ingresaron más hombres (57,1%) que mujeres. El IMC medio fue de 28 (DE 6). Solamente el 34,8% de los pacientes habían sido vacunados. En el 71,4% se conocía alguna comorbilidad; la inmunodepresión y la enfermedad hematológica se asociaron a una mayor mortalidad ( $p 0,02$  y  $p 0,012$ , respectivamente). La relación entre la mortalidad y una mayor puntuación en APACHE II y SOFA fue significativa ( $< 0,001$  y  $0,001$ , respectivamente). El 92,3% necesitaron soporte ventilatorio. La mortalidad fue significativamente mayor ( $p 0,002$ ) en aquellos que requirieron VMI.

**Conclusiones:** Los pacientes con gripe que requieren ingreso en la UCI tienen una elevada mortalidad. Concluimos que una mayor edad y gravedad al ingreso (por APACHE y SOFA), la enfermedad hematológica, la inmunodepresión y la necesidad de VMI resultaron factores asociados a una mayor mortalidad. Es imprescindible concienciar sobre el uso de la vacuna antigripal como método de prevención en los pacientes de riesgo.

### 113. EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE BACTERIEMIAS NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO DESDE 2018 A 2022

García Marín M, Gascón Castillo ML, Villalobos Herrera T, García Alfaro C y Amaya Villar R

Hospital de Rehabilitación y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** Describir la evolución durante 5 años de las características de los pacientes que han sufrido bacteriemia nosocomial.

**Métodos:** Estudio retrospectivo según el análisis de los datos recogidos en el ENVIN durante tres meses los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022. Las variables recogidas son datos demográficos, gravedad clínica mediante escala APACHE II, *exitus*, gérmenes involucrados y ubicación del catéter venoso en una UCI especializada en la atención al paciente neurocríticos y politraumatizados.

**Resultados:** Desde 2018 a 2022 hemos tenido un total de 10 bacteriemias primarias y 26 bacteriemias relacionadas con catéter en nuestra unidad, con un número de pacientes ingresados en dicho periodo de 568, lo cual hace una tasa de 6,33 bacteriemias por cada 100 pacientes. Con una densidad de incidencia de 3,55 bacteriemias por 1.000 días de CVC. El 72,22% de estos pacientes eran varones con una edad media 55,33 años. La estancia media de hospitalización fue de 33,94 días. El 36% habían sido sometidos a cirugía urgente, el 100% habían sido sondados, el 100% de los pacientes portaban catéter venoso central, el 97%

habían necesitado intubación y conexión a ventilación mecánica. De los 36 pacientes, 6 de ellos fueron *exitus* por lo que la tasa de mortalidad es de 16 por cada 100 pacientes. El 38% presentó un APACHE entre 21-25, el 38% un APACHE entre 16-20, el 36% APACHE entre 11-15, un 10% un APACHE < 10; sin tener ningún caso con APACHE > 25. El 61,54% de los casos fue producidos por bacilos gram negativos, con predominio de *Pseudomonas aeruginosa* 19,23% (5 casos), seguido de *Enterobacter cloacae* 11,54% (3 casos), *Klebsiella aerogenes* 11,54% (3 casos) y *Enterobacter spp* 11,54% (3 casos). La localización para el desarrollo de bacteriemia asociada a catéter venoso central más frecuente fue el acceso periférico (*V. basílica*) con un total de 12 casos (46,15%), seguido del catéter venoso central femoral con 6 casos (23,08) y catéter venoso central yugular 6 casos (23,08).

**Conclusiones:** La tasa de incidencias de bacteriemias por 1.000 días de catéter venoso central durante el tiempo recogido es similar a los estándares de calidad según el protocolo de bacteriemia zero. Con un predominio de bacilos gram negativos y mayor presencia de casos relacionados con catéteres venosos centrales de acceso periférico. Siendo necesario más estudios para valorar la relación de desarrollo de bacteriemias con CVC de acceso periférico.

copia directa -LD-) así como las complicaciones mayores. Posteriormente los datos fueron informatizados y analizados mediante SPSS para MAC aplicando T de Student para muestras independientes.

**Resultados:** Un total de 81 pacientes fueron incluidos, de los cuales 63 (77,7%) se intubaron mediante VL con pala MAC y 18 (22,3%) mediante laringoscopia directa (LD). El tiempo de intubación requirió 168,7 segundos en el grupo de laringoscopia directa, mientras que se acortó hasta los 149,3 segundos en el grupo del VL con pala Macintosh, sin alcanzarse significación estadística, probablemente por el escaso tamaño muestral y gran diferencia del número de registros entre los dos grupos.

**Conclusiones:** El empleo del videolaringoscopia en las intubaciones del paciente crítico acorta el tiempo hipnótico-capnógrafo en 19,4 segundos, que no resulta estadísticamente significativo (p > 0,05) aunque pensamos que sí es clínicamente significativo ya que esos segundos pueden ser cruciales en el desarrollo de complicaciones graves, tal y como está publicado en la literatura reciente.

**115. SOPORTE RESPIRATORIO DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN LA UCI DEL H. U. VIRGEN DE VICTORIA DURANTE 2022**

Martín Castillo R, Peregrina Caño E, Mateo Romana A, Nuevo Ortega P y Estecha Foncea MA

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

**Objetivos:** Analizar la utilización de oxigenoterapia de alto flujo y ventilación mecánica invasiva en los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, junto con la necesidad de intubación orotraqueal precoz y prono durante su estancia.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de los 149 pacientes positivos para SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

**Resultados:** Globalmente, precisaron cánulas nasales de alto flujo un 30% de los pacientes durante 5 días de media. La ventilación mecánica invasiva fue necesaria en un 32% durante 15 días, siendo precoz en un 50% de los mismos. Por su parte, la maniobras de prono se realizaron en un 30% de los casos. Del total de pacientes, el 33% desarrollaron enfermedad por SARS-CoV-2, mientras los restantes fueron ingresados por otros motivos. En aquellos con neumonía grave, requirieron oxigenoterapia de alto flujo el 76% durante 5 días de media y ventilación mecánica invasiva el 66% durante 19 días, intubándose de forma precoz el 45% y realizándose maniobras de prono en el 43% de los mismos. Por otro lado, en pacientes con infección asintomática, se utilizó el alto flujo en el 6% durante 5 días de media y la ventilación mecánica invasiva en el 15% durante 1 semana, siendo precoz hasta en el 60% de los mismos, sin haberse realizado prono en ningún caso.

**Conclusiones:** La mayor parte de pacientes positivos para SARS-CoV-2 durante 2022 eran asintomáticos. Las cánulas nasales de alto flujo fue necesaria en la mayoría de pacientes con neumonía grave. Un tercio de pacientes con COVID-19 precisó ventilación mecánica invasiva, siendo precoz en menos de la mitad de los mismos. El prono continúa siendo una maniobra efectiva en casi la mitad de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

**Defensa pósteres**

**RESPIRATORIO II**

11:40-12:00 h. PANTALLA 4

**114. INFLUENCIA DEL EMPLEO DEL VIDEOLARINGOSCOPIO EN LA DURACIÓN DEL PROCESO DE INTUBACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO**

Flores González J, Brevial Flores A y Giménez Beltrán B

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** La intubación (IOT) del paciente de UCI es un momento crucial, en el que hasta el 28% de los pacientes experimentan complicaciones graves (hipoxemia y shock habitualmente) y paro cardíaco hasta en el 2,7% de las ocasiones. El lapso de tiempo que transcurre desde la inducción anestésica hasta que se confirma la intubación certera es un periodo dorado y crítico en el cual suceden la mayoría de complicaciones tales como la hipoxemia o la broncoaspiración. El objetivo fundamental del presente trabajo es conocer la influencia del videolaringoscopia (VL) en el tiempo de intubación (TI), definiéndose este como el intervalo desde la primera administración del fármaco inductor hasta la obtención de onda capnográfica, que es actualmente el *gold standard* de confirmación de la IOT.

**Métodos:** Desde el 1 de abril hasta el 15 de diciembre de 2022 se recogieron las intubaciones emergentes realizadas dentro de la UCI excluyendo las motivadas por paro cardíaco y las intubaciones programadas, registrándose variables tales como tiempo (segundos desde el inicio de administración del primer fármaco hasta la obtención de onda capnográfica), fármacos empleados, técnica (videolaringoscopia o laringos-

Figura Póster 115

COVID-19	N	OAF		VMI			
		Porcentaje	Días (media)	Porcentaje	Días (media)	IOT precoz	Prono
Neumonía grave.	50	76 %	5	66 %	19	45 %	43 %
Infección asintomática	99	6 %	5	15 %	7	60 %	0 %
<b>TOTAL</b>	<b>149</b>	<b>30 %</b>	<b>5</b>	<b>32 %</b>	<b>15</b>	<b>50 %</b>	<b>30 %</b>

### 116. VALOR PRONÓSTICO DEL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS CON EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Espinoza Portilla AM, Antón Canales O, Tejada Adell M, Cortés Navalón C, Micó Gómez ML, Arlandis Tomás M, Gomar Vidal S, Romero Gómez B, Fernández Cabrera J y de León Belmar J

Hospital de Manises, Valencia.

**Objetivos:** Comparar el volumen plaquetar medio en los diez primeros días de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2, entre los pacientes fallecidos y los supervivientes. Analizar la posible correlación entre los niveles de dímero D, recuento plaquetar y proteína C reactiva con el volumen plaquetar medio máximo de los primeros diez días de ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Diseñamos un estudio unicéntrico, observacional, descriptivo, retrospectivo y longitudinal como series de casos. Incluimos en nuestra muestra a los pacientes ingresados al menos 10 días en UCI con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2.

**Resultados:** Con los criterios de inclusión y exclusión y dentro del periodo temporal de estudio analizamos una muestra de 81 pacientes que presentaron una mortalidad del 56,8%. Como vemos en la tabla, al analizar el volumen plaquetar medio observamos unos niveles más elevados en los pacientes fallecidos que en los supervivientes. Esta diferencia se observó los días 1, 5 y 10, pero solo obtuvimos una significación estadística en el último de estos casos. La relación entre el VPM máximo y el recuento plaquetar máximo resultó negativa con grado de asociación  $R^2 = 0,076$ . Respecto a la relación del dímero D máximo con el volumen plaquetar medio máximo resultó positiva con una  $R^2 = 0,0499$ . En cuanto a la relación entre la proteína C reactiva máxima y el volumen plaquetar medio máximo la pendiente resultó positiva con una  $R^2 = 0,0039$ , significativamente menor que las anteriores.

	VPM día 0	VPM día 5	VPM día 10
Altas	9,27 ± 1,45	9,08 ± 1,22	9,20 ± 1,35
Exitus	9,75 ± 1,26	9,53 ± 1,58	10,32 ± 1,64
p	> 0,05	> 0,05	< 0,05

**Conclusiones:** 1. Los pacientes fallecidos, en comparación a los pacientes dados de alta de UCI presentaron niveles más elevados de volumen plaquetar medio los días 1, 5 y 10 de ingreso, aunque esta diferencia solo fue estadísticamente significativa en la última de estas determinaciones. 2. Establecimos una relación estadísticamente significativa entre el volumen plaquetar medio y la PCR, el dímero D y la plaquetopenia, presentando un mayor grado de asociación en estos dos últimos, lo que sugeriría que el incremento del volumen plaquetar medio podría estar en relación con el importante estado procoagulante de estos pacientes más que con su estado proinflamatorio.

### 117. ANÁLISIS DE LA GENERACIÓN DE ANTICUERPOS EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Peregrina Caño E, Mateo Romana A, Martín Castillo R, Nuevo Ortega P y Esteche Foncea MA

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

**Objetivos:** Evaluar el perfil de los pacientes que han ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria por neumonía por SARS-CoV-2 durante el año 2022. Analizamos especialmente la generación de anticuerpos (Ac) tras la vacunación y análisis de causas de inmunosupresión.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre del 2022.

**Resultados:** De todos los pacientes ingresados en UCI por neumonía por SARS-CoV-2 en 2022. Un 32% no estaba vacunado y no se determinó la generación de Ac. Un 36% del total de pacientes estaba vacunado y generó Ac y un 10% del total, estaba vacunado y no generó Ac. El resto, un 22% desconocemos la generación de Ac. El 100% de pacientes que

ingresaron por neumonía COVID estando correctamente vacunado y que a pesar de ello no genera Ac, estaban inmunodeprimidos y todos ellos fallecieron. Analizando las causas de inmunosupresión que no han generado anticuerpos, el 80% presentaban patología oncológica y el 20% estaban en tratamiento con inmunosupresores. Del 80% de patología oncológica, el 87,50% eran tumores hematológicos y el 12,50% eran tumores mamarios. De los pacientes con tumores hematológicos, el 71,43% se encontraban con tratamiento activo y el 28,57% no. De los pacientes con tumores mamarios el 100% estaban en tratamiento con tamoxifeno. Analizando aquellos pacientes que a pesar de estar inmunodeprimidos generan Ac, encontramos que un 33,33% presentaban patología oncológica, un 50% estaban en tratamiento con inmunosupresores y un 16,67% eran diabéticos. Analizando qué pacientes con riesgo de inmunosupresión no se habían vacunado en el momento del ingreso por neumonía COVID encontramos, un 28,57% de oncológicos, un 42,86% de diabéticos y un 28,57% de hepatópatas.

**Conclusiones:** Hay que destacar que a pesar de que el tamaño muestral es pequeño, hemos podido observar que en los pacientes ingresado por neumonía COVID en nuestro hospital, las principales causas de inmunosupresión han sido por procesos oncológicos de los cuales destacan los de estirpe hematológica. Es relevante, que en 2022 todavía haya un porcentaje importante de pacientes no vacunados entre los cuales destacan aquellos con cierto grado de inmunosupresión donde destacan oncológicos, diabéticos y hepatópatas. Probablemente el perfil de paciente hepatópata se relacione con que ninguno de ellos en esta muestra se había vacunado.

### 118. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR BILATERAL DE ALTO RIESGO

Manzano Moratinos D, Avilés Parra JP, Dos Santos Avernia FC y Manteiga Riestra E

Hospital Infanta Cristina-Empresa Publica Hospital del Sur, Madrid.

**Objetivos:** Describir la evolución de la situación funcional al alta de UCI, las variables sociodemográficas, los factores de riesgo protrombóticos y el tratamiento recibido de los pacientes ingresados en la UCI con tromboembolismo pulmonar (TEP) bilateral de alto riesgo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo incluyendo a pacientes ingresados en UCI por TEP bilateral agudo en la UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla desde 1/12/2021 hasta el 1/12/2022. Las variables continuas son expresadas como media y rango intercuartílico; las variables cualitativas son expresadas como porcentaje. Datos analizados con IBM SPSS Statistics 25.

**Resultados:** Se incluyen 9 pacientes con diagnóstico tomográfico de TEP bilateral de alto riesgo, con una edad de 68 años (63-73); 56% masculino; principales factores de riesgo protrombótico: 11% enfermedad oncológica activa, 11% trombosis venosa profunda en el último año, 11% inmovilización o cirugía en el mes previo, 67% sin factores de riesgo protrombótico; 11% de pacientes recibía tratamiento anticoagulante previo; 22% de pacientes recibía tratamiento antiagregante previo. La situación funcional (FRAILTY scale) en el mes previo al ingreso era de 2 (2-3); el SAPS 3 al ingreso fue de 54 (46-59); el índice de severidad del TEP (PESI) fue de 130 (92-150). El 89% de pacientes tenía datos de sobrecarga de ventrículo derecho en el angio-TAC al ingreso. La troponina I fue de 278 (154-991); el proBNP fue de 820 (35-820); el TAPSE al ingreso fue de 15 (12-15); la mediana de PSAP estimada mediante ecografía al ingreso fue de 50 (48-62) mmHg; tratamiento anticoagulante: el 89% heparina de bajo peso molecular, 11% heparina no fraccionada; el número de dosis hasta alcanzar niveles de anticoagulación fue de 4 (3-12); el 56% de los pacientes llegaron a niveles de anticoagulación antes del alta; el 11% de pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico a dosis completa; el TAPSE al alta fue de 18 (15-19); la mediana de PSAP al alta fue de 42 (36-42); la situación funcional (FRAILTY scale) al alta fue de 3 (2-4); la mortalidad en los primeros 6 meses fue de 11%; la disnea (mMRC scale) ambulatoria fue de 1 (0-2).

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en UCI por TEP bilateral de alto riesgo pueden desarrollar un deterioro de su clase funcional; en nuestra cohorte, estos pacientes parecen tener un mayor índice de gravedad (PESI) al ingreso, mayor SAPS 3 y mayor TAPSE. El presente trabajo es un punto de partida para futuros estudios que identifiquen correctamente a estos pacientes y valorar nuevas terapias que disminuyan el futuro deterioro funcional.

### 119. ECMO VENOVENOSO CON TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Presa Orúe A, Rodrigo Pérez H, Ansotegui Hernández A, Ares Miró P, Arregui Remón S, Artaza Beltrán de Heredia A, Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Llorente Sánchez A y Martínez San José N

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

**Objetivos:** El objetivo principal es la evaluación de resultados clínicos de los pacientes sometidos a soporte respiratorio con ECMO venovenoso con técnicas continuas de reemplazo renal en la fase inicial del programa ECMO en un hospital terciario sin programa de trasplante pulmonar.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes que recibieron tratamiento con ECMO VV con TCRR, desde enero del 2016 hasta diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de Navarra, centro de referencia de Cirugía Cardíaca y Torácica para una población de 650.000 habitantes, sin programa de trasplante cardiopulmonar. Se excluyen pacientes trasladados a centro de trasplante de referencia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad general (índice de Charlson), SOFA ingreso y variables específicas relacionadas con ECMO VV y las TCRR: índice de oxigenación, AKI previo a indicación de TCRR, diuresis en las 24 horas previas a TCRR, uso de TCRR previo ECMO, indicación principal de TCRR para manejo de volemia, días de TCRR, balance en las primeras 72 horas tras inicio de terapia, uso de hemoadsorción y supervivencia en UCI, a los 30 días y al año pos-UCI. Se realiza análisis descriptivo con mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas continuas y porcentajes para variables cualitativas.

**Resultados:** Se incluyen 5 pacientes que recibieron soporte combinado con ECMO VV y TCRR, que representan el 38% de todos los que precisaron ECMO VV. Edad 62,1 (57-66) años. Sexo varón 60%. Índice de Charlson 2,0 (2-2). SOFA 7,2 (4,2-15,1). Índice de oxigenación 36 (30-37). AKI estadio III KDIGO previo a TCRR 40%, AKI estadio II KDIGO previo a TCRR 40%. La diuresis en las 24h previas a TCRR fue de 1.120 cc (430-2.680). Uso de TCRR previo a ECMO en el 60% y 40% respectivamente. En el 60% de los casos la indicación principal de inicio de las TCRR fue el manejo de volemia. Días de TCRR 16 (7-19). La mediana de balance negativo a las 72h de inicio de la terapia fue 5.013,5 cc (7.334-1.613). Uso de hemoadsorción en el 20%. Supervivencia al alta de UCI 60%, supervivencia a los 30 días y al año del alta de UCI de 60% y 40% respectivamente.

**Conclusiones:** Alta prevalencia de uso de TCRR acopladas a ECMO-VV y mortalidad asociada similar a centros de alto volumen. Empleo selectivo en pacientes jóvenes con baja morbilidad previa. Similar porcentaje entre los estadios I y II KDIGO al momento del inicio de las TCRR. Alto porcentaje de indicación con objetivo de manejo de volemia. Alto balance negativo a las 72 horas de terapia. Días de TCRR en ECMO y porcentaje de hemoadsorción similar a centros de alto volumen. Alto empleo de recursos sanitarios.

datos epidemiológicos (edad, sexo, factores predisponentes de delirium) y clínicos (tipo ingreso, diagnóstico de *delirium* mediante la escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit, medidas farmacológicas y no farmacológicas y estancia media). 4. *Feedback*, al finalizar el periodo de estudio, se evaluará el grado de cumplimiento, seguridad, calidad asistencial y nivel de satisfacción percibido.

**Resultados:** La participación en la encuesta fue 100%. Destacar que la mitad de los encuestados consideraba, hasta entonces, los sedantes y la contención mecánica las medidas más efectivas para su control y el 60% desconocía la escala CAM-ICU; sin embargo, el 77,8% considera fundamental su monitorización y más del 97% declara que la instauración del protocolo mejorará la calidad asistencial y la seguridad. Hasta el momento (1 agosto 2022-31 diciembre 2022) se incluyen 58 enfermos (26 mujeres 45%, 32 hombres 55%) con edad media de 69,74 años. El ingreso, urgente en 42 de ellos (72,4%), fue mayoritariamente de causa médica (65,5%). La estancia media global fue 8 días (4,6 días obviando 3 estancias extremas). Cuarenta y cinco pacientes (77,5%) presentaron factores de riesgo de delirium. El más prevalente HTA (32), seguido de polimedición (2 o más fármacos de distintas familias) (28) y pluripatología (28), ansiedad (12), antipsicóticos (10), déficit de audición (7), tabaco-alcoholismo (12). Salvo 2 casos no valorables, el delirium se detectó en 13 enfermos (22,4%), 4 hipoactivo y 9 hiperactivo. El hipoactivo fue diagnosticado mayoritariamente tras intubación prolongada. El fármaco más usado fue quetiapina (9), seguido de haloperidol (4), benzodiacepinas (3), dexmedetomidina (3), propofol (2) y clonidina (1). Se priorizaron las medidas no farmacológicas en todos los casos.

**Conclusiones:** Las características de nuestros pacientes predisponen al *delirium*, probablemente infradiagnosticado hasta ahora. La encuesta demuestra la concienciación del personal. Se espera que el protocolo mejore la seguridad y calidad asistencial, disminuyendo la estancia y costes.

### 121. INTRODUCCIÓN DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA "GÓMEZ ULLA"

García Santos J, Mombiedro Segarra J, García Guerrero S, Sáez Sáez R, Martí Tebar G y Gaona Coscia C

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

**Objetivos:** Realizar estudio observacional retrospectivo descriptivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Gómez Ulla, que han recibido sedación inhalatoria entre el 1 de julio de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022.

**Métodos:** Pacientes admitidos. En este estudio se tomaron pacientes adultos que ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del HCDGU que cumplieran los siguientes criterios: Criterios de inclusión: sujetos ingresados en la UCI del HCDGU y precisan sedación vía inhalatoria durante al menos 24 horas. Criterios de exclusión: sujetos ingresados en la UCI del HCDGU que no hayan precisado sedación vía inhalatoria, o que esta haya sido menor de 24 horas. Variables a estudio: sexo, edad, días totales de intubación orotraqueal (IOT), el motivo de sedación inhalatoria mediante AnaConDa®, los días totales con sedación inhalatoria mediante AnaConDa®, el motivo de finalización de la sedación inhalatoria y la necesidad de coadyuvancia con opioides intravenosos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 6 pacientes, 5 varones y 1 mujer con edades entre los 25 y 71 años y peso entre 60 y 90 kg. Solo un paciente estuvo sedado todo el tiempo vía inhalatoria. El resto precisó de vía intravenosa convencional previo a destete. Solo 2 pacientes cumplieron los días máximos de sedación inhalada. El motivo de inicio de sedación inhalatoria fue por broncoespasmo en un 66,6% de los pacientes, sedación difícil mediante agentes intravenosos (incapacidad de RASS objetivo a pesar de dosis de midazolam por encima de 0,25 mg/kg/min o propofol por encima de 4 mg/Kg/min) en un 50%, sedación prolongada en un 33,3% de los pacientes y estatus epiléptico en un 16,6%. El motivo de finalización de la sedación inhalatoria fue la mejora de la situación clínica, que conllevó la extubación de los pacientes, excepto en uno de ellos que precisó la suspensión de la AnaConDa® por mal control tensional. En cuanto a la administración de opioides intravenosos, en coadyuvancia sedoanalgésica, se utilizaron fentanilo y remifentanilo.

**Conclusiones:** Se halló una necesidad de dosis de fentanilo inferior al 50% en sedación inhalatoria respecto a sedación intravenosa, y una necesidad de remifentanilo muy similar en sedación inhalatoria respecto a

## Defensa pósteres

### SEDACIÓN/ANALGESIA

11:40-12:00 h. PANTALLA 5

### 120. PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROL DEL DELIRIUM EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Val Jordán E<sup>1</sup>, Morales Hernández D<sup>2</sup>, Fuentes Esteban D<sup>1</sup>, González Natera R<sup>1</sup>, Rodríguez Ruiz S<sup>2</sup>, Servia Goixart L<sup>2</sup> y Caballero López J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de la Defensa, Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** Describir la casuística de nuestra UCI-Evaluar el conocimiento real del personal sobre *delirium* (análisis del problema). Implementar un protocolo asistencial previa formación del personal (educación, comunicación, seguridad).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, vigente en la actualidad, que consta de 4 fases: 1. Encuesta sobre *delirium*. 2. Protocolo: formación y puesta en marcha. 3. Análisis: registro de todos los ingresados en UCI durante el periodo de estudio, sin criterios de exclusión. Incluye

intravenosa convencional. Todo ello sin modificar la escala RASS en los pacientes ni la monitorización BISS de los mismos.

### 122. MANEJO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Egües Lugea A, Martiarena Orce A, Irigoyen Rodríguez I, Ruiz Lucea J, Llorente Sánchez A, Lasa Berasain P y Zabalza Goya A

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

**Objetivos:** Evaluar la práctica clínica real en relación con la analgesedación en una unidad de cuidados intensivos polivalente, y valorar el grado de adecuación al protocolo vigente en la unidad.

**Métodos:** Estudio observacional transversal que incluye pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel. El grado de sedación y agitación se monitorizó mediante la escala RASS y el grado de dolor mediante las escalas EVA o ESCID. Se registró el número de pacientes en los que el objetivo de analgesedación estaba indicado y reflejado en el curso clínico del paciente por parte del médico responsable del mismo, y en cuántos casos este era monitorizado por parte del personal de enfermería. Se analizaron variables antropométricas, demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio, así como tipo de fármaco empleado y dosis utilizadas.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 30 pacientes (70% hombres), con una media de edad de 66 años (rango 43-82 años). El motivo de ingreso fue: insuficiencia respiratoria (10%), shock séptico (30%), paciente neurocrítico (27%), posoperatorio de cirugía cardíaca (10%), parada cardíaca recuperada (7%) y otros (16%). Un 47% (n = 14), en el momento del análisis estaban con VMI. En el 33% de los pacientes, el facultativo indica el nivel de sedación objetivo y en un 10%, se indica monitorización del dolor. El personal de enfermería registra en su evolutivo estado de sedación (90%) y dolor (67%). En el momento del análisis, dentro de los pacientes con perfusión de analgesia y/o sedación, 5 pacientes (16,67%) tenían un RASS -4/-5 (sedación profunda), estando clínicamente indicado según protocolo en 1 paciente (20%); 3 pacientes (10%) sedación moderada y 8 pacientes (26,7%) sedación ligera. En 2 pacientes (7%) se registró inquietud. No se constató ningún paciente agitado en el momento del análisis. El fármaco más utilizado como sedante fue propofol (64,7%), a una dosis media de 2,31 mg\*kg/h (rango 0,89-4 mg\*Kg/h), seguido de dexmedetomidina (36,36%). La prevalencia de dolor fue del 40%, en un 75% de carácter leve-moderado y en un 25% moderado-grave. El fármaco más utilizado como analgésico fue remifentanilo (67%) a dosis de 0,07 µg\*kg/min.

**Conclusiones:** Asumiendo las limitaciones del tipo de estudio, podemos concluir que la implementación del protocolo de analgesedación en la unidad debería optimizarse. Se refleja la necesidad de mejorar la inclusión de los niveles objetivo de analgesedación dentro de la planificación diaria del paciente, probablemente un primer paso para lograr un nivel de sedación más adecuado a la indicación clínica, otro punto susceptible de mejora.

### 123. INFLUENCIA DE LA CREACIÓN DE UN EQUIPO DE TRABAJO EN SEDACIÓN Y DELIRIO EN EL CONSUMO DE OPIÁCEOS Y SEDANTES EN UNA UCI

Eugenio Robaina MDP, Prada Osorio R, Vega Rodríguez A, Ortega Camara J, Vega Vega A, Blanco López JJ y Santana Cabrera JL

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

**Objetivos:** Evaluar si la creación de un grupo de trabajo específico en sedación influye en el consumo de opiáceos o sedantes en los pacientes críticos en una UCI de 32 camas. Evaluar si el consumo de opiáceos o sedantes influye en que los pacientes reciban una sedación adecuada.

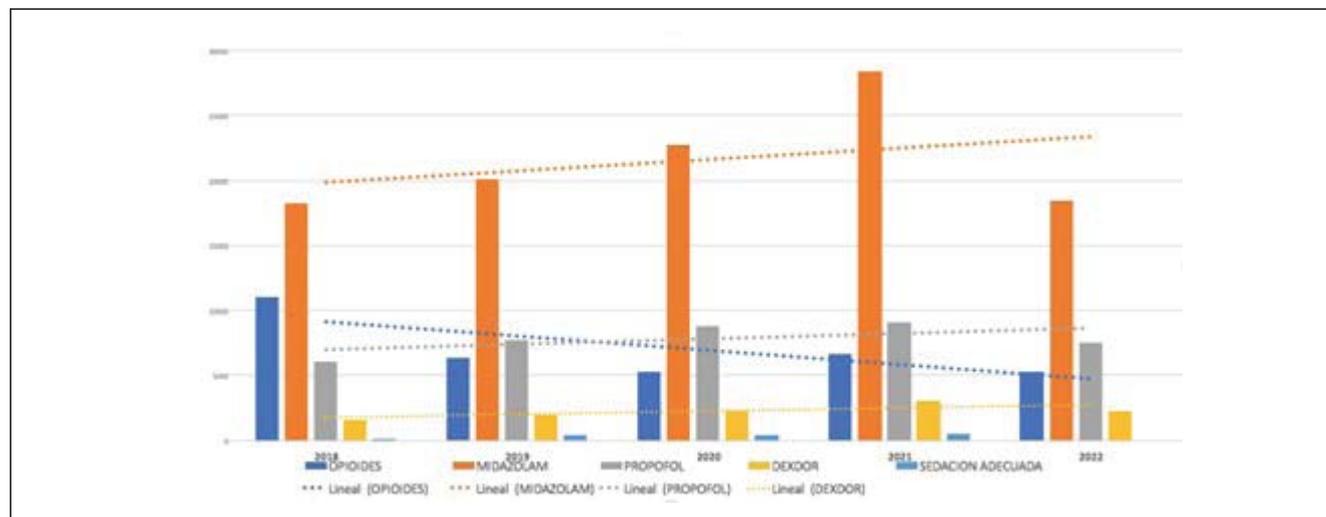
**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una UCI de 32 camas polivalentes. En mayo de 2017 se creó un grupo de trabajo específico en sedación y delirio constituido por dos médicos intensivistas y 3 enfermeros. Se realizaron sesiones formativas a todo el personal, tanto médico como de enfermería y se actualizaron los protocolos de tratamiento incluyendo analgesia multimodal. Se han recogido las ampollas de opiáceos, midazolam, propofol y dexmedetomidina consumidas por año desde enero de 2018 hasta diciembre de 2022, así como, el porcentaje de pacientes que tienen registrado en la historia clínica la escala RASS al menos cada 6 horas y si cumplen el objetivo de sedación pautado al menos el 80% del tiempo (sedación adecuada), como establecen los indicadores de calidad de la SEMICYUC.

**Resultados:** En el 2018 el 77,1% de los pacientes que estaban recibiendo algún tipo de sedante tenían registrada la escala RASS al menos cada 6h y desde 2019, este porcentaje se mantiene por encima del 98%. En cuanto al objetivo de sedación adecuada, en 2018 lo cumplían el 34,90% de los pacientes sedados y durante los 3 últimos años lo cumplen más del 80%. Durante el año 2018 se consumieron 11.007 ampollas de opiáceos en nuestra unidad, dicho consumo se ha reducido casi a la mitad en 2022 (5.318 amp). El consumo de sedantes no ha presentado cambios significativos, aunque sí se ha visto una reducción del consumo de midazolam en el año 2022 y un incremento del uso de dexdor desde que se creó el equipo.

Año	Opioides	Midazolam	Propofol	Dexdor	RASS/6H	Sedación adecuada
2018	11.007	18.291	6.089	1.588	77,10%	34,90%
2019	6.354	20.159	7.751	1.977	98,50%	74,50%
2020	5.269	22.792	8.773	2.269	98,20%	82,90%
2021	6.648	28.392	9.069	3.022	98,70%	90,50%
2022	5.318	18.496	7.492	2.307	99,9%	84,4%

**Conclusiones:** La creación de un grupo de trabajo ha influido de manera significativa en la reducción del consumo de opiáceos en nuestra unidad y ello no ha repercutido en que los pacientes reciban una sedación adecuada. La creación de un grupo de trabajo en sedación ha repercutido de manera significativa en la monitorización y el manejo de la sedación adecuada en nuestra Unidad.

Figura Póster 123



**124. USO DE PSICOFÁRMACOS DURANTE UN AÑO DE PANDEMIA EN UNA UCI POLIVALENTE**

López Pérez L, Díaz Díaz D, Villanova M, Ryan P, Macaya Redin L, Andrade Vivero G, Escuela MP y Palencia Herrejón E

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

**Objetivos:** Identificar los distintos psicofármacos (PF) administrados durante el 2021 en una UCI polivalente de 8 camas, valorando la influencia del COVID-19. Se incluyen dentro del estudio los agonistas alfa-2, no así otros sedantes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo con datos extraídos del programa Critical Care, de todos los pacientes ingresados más de 24 horas durante 2021. Se analizan las siguientes variables: Edad, sexo, duración de la estancia en UCI, desenlace, diagnóstico principal al ingreso, COVID-19, CAM-ICU y los distintos PF (tipo, duración y principal indicación), así como el número de estos usados por paciente. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

**Resultados:** Durante 2021 ingresaron 185 pacientes > 24 horas, de ellos 117 hombres (63%) con una mediana de edad de 64 años (RIQ 52-

73). El principal motivo de ingreso fue la insuficiencia respiratoria aguda (48%), seguido de la sepsis (12,5%); con un 34% de COVID-19 (63 pacientes). Recibieron dexmedetomidina 74 pacientes (40%) y algún otro tipo de PF 103 (55%), pudiendo ser uno o más de uno: uno 30 pacientes (16%), dos 25 (13,5%), tres 16 (8,5%), cuatro 18 (10%) y 5 o más 14 (7,5%). La escala CAM-ICU fue (+) en al menos una determinación en 39 pacientes (21%). El resto de resultados se exponen en las tablas.

**Conclusiones:** 1. Durante la pandemia por SARS-CoV-2 el uso de DEX y de psicofármacos ha sido frecuente en nuestra UCI. 2. La duración de la estancia media y la CAM-ICU (+) se asocian de forma significativa con el uso de PF en la UCI, independientemente de la edad, el sexo y la existencia de COVID-19. 3. Hay una relación entre el número de PF por paciente con la existencia de COVID-19, la positividad de la CAM-ICU y la duración de la estancia en la UCI. 4. En nuestra unidad la DEX se usa principalmente como sedación de transición, la quetiapina como tratamiento del delirium, el haloperidol para control de la agitación y las benzodiacepinas y antidepresivos (mirtazapina y trazodona) como hipnóticos. 5. Coincidiendo con la COVID-19 disminuyó la calidad de los registros de la CAM-ICU con aumento del porcentaje de no evaluables o no registrados.

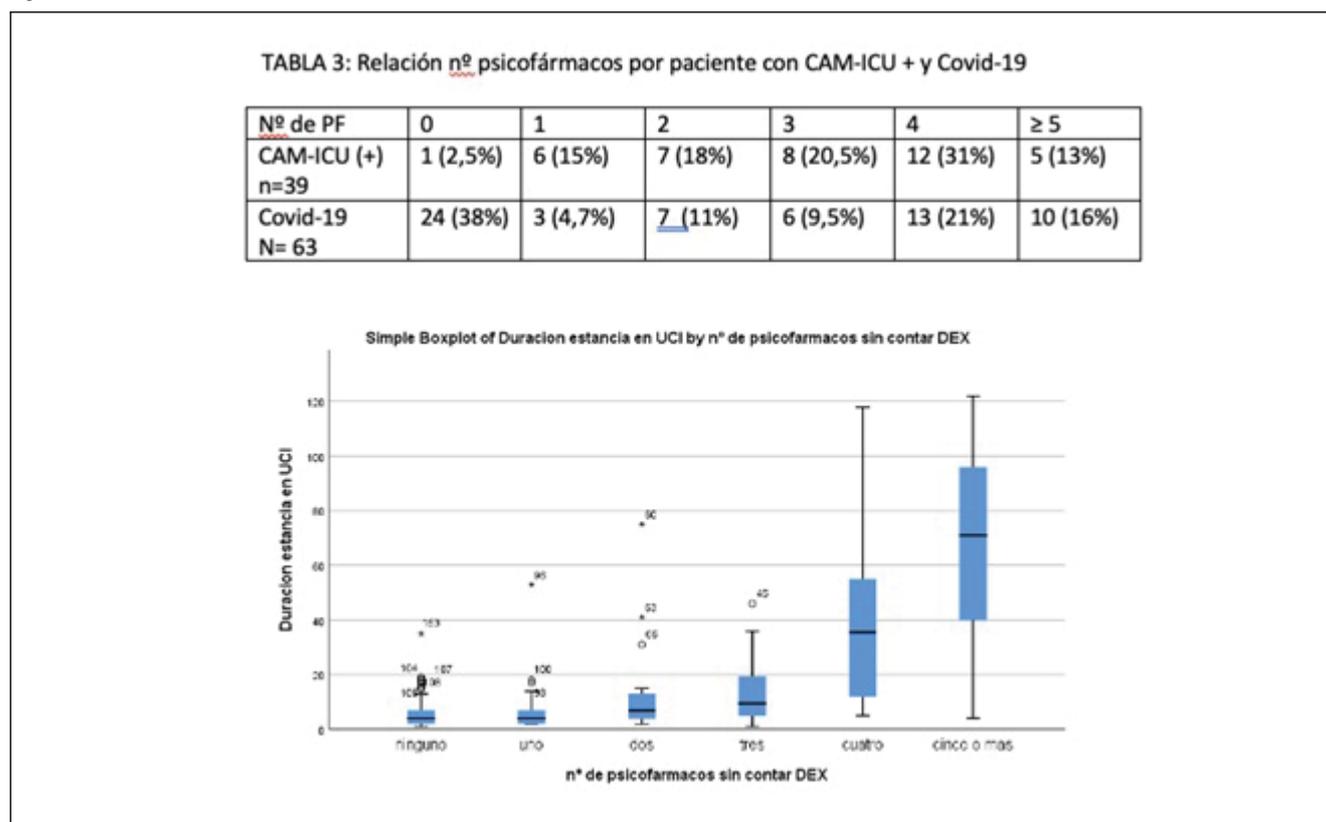
**TABLA 1: Influencia del Covid-19**

N= 185	SEXO Hombres	CAM-ICU	VM	Desenlace	Estancia mediana
COVID (-) 122 (66%)	75 (61,5%)	(+) 18 (15%) (-) 70 (57%) No evaluable 23 (19%) No realizada 11 (9%)	No 61 (50%) Si 49 (40%) VNI 12 (10%)	Planta 103 (85%) UCRI 1 (0,8%) Traslado 4 (3%) Muerte 13 (11%)	4 (RIQ 4)
COVID (+) 63 (34%)	42 (67%)	(+) 21 (33%) (-) 18 (29%) No evaluable 18 (29%) No realizada 6 (9%)	No 4 (6%) Si 58 (92%) VNI 1 (1,5%)	Planta 33 (52%) UCRI 7 (11%) Traslado 7 (11%) Muerte 16 (25%)	16 (RIQ 40)

**TABLA 2: Psicofármacos (PF)**

PF (n=185)	Frecuencia n (%)	Duración mediana (RIQ)	VM	CAM-ICU +	Indicación
<b>Dexmedetomidina</b>	74 (40%) + Quetiapina 34 (46%)	5 d (2-10)	29 (39%)	29 (39%)	1. Sedación 42 (59%) 2. Delirium 21 (29%)
<b>Clonidina</b>	6 (3%)	3 d (1,7-9)	6 (100%)	5 (83%)	1. Sedación 1 (3%) 2. Delirium 1(33%)
<b>Haloperidol</b>	36 (19%)	2 d (1-3)	27 (75%)	18 (50%)	1. Agitación 24 (69%) 2. Delirium 11 (31%)
<b>Quetiapina</b>	56 (30%)	5,5 d (2-11,5)	47 (84%)	29 (52%)	1. Delirium 43 (78%) 2. Agitación 7 (13%)
<b>Otros neurolépticos</b>	14 (7,6%) Tiapride 8 Risperidona 3 Olanzapina 1	4 d (3-7,7)	10 (71%)	5 (36%)	1. Delirium 6 (46%) 2. Deprivación 5 (38%)
<b>Benzodiacepinas</b>	81 (44%) Clorazepato 40 (22%) Lorazepam 39 (21%) Zolpidem 20 (11%) Bromazepam 9 (5%)	4 d (2-11)	50 (62%)	31 (38%)	1. Insomnio 29 (36%) 2. Agitación 17 (21%) 3. Ansiedad 15 (19%)
<b>Antidepresivos</b>	42 (22%) Mirtazapina 19 (10%) Trazodona 18 (8,3%) Paroxetina 5 (2,3 %)	6 d (6-14)	31 (74%)	14 (33%)	1. Insomnio 24 (57%) 2. Medic habitual 10 (24%) 3. Depresión 6 (14%)

Figura 3 Póster 124



**125. EXPERIENCIA DE ANALGOSEDACIÓN Y RELAJACIÓN EN PACIENTES CON ECMO**

Ruiz-Escribano Taravilla E, Prado Mira A, Munera Valero M, Romero Navarro F, Ruiz Iniesta C, García López P, Castillo Lag MD, Saiz Vinuesa MD, Carrilero López C y Piqueras Díaz J

Hospital General Universitario de Albacete (C. H. de Albacete), Albacete.

**Objetivos:** Analizar el uso de analgésicos (A), sedantes (S), y bloqueantes neuromusculares (BNM) en pacientes con ECMO previo a introducir un protocolo de analgo-sedación (AS) específico y evaluar su relación con delirio, estancia en UCI y mortalidad.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo en UCI médica hospital terciario (2020-22), factor de exposición precisar ECMO por SDRa de

origen pulmonar. Recogidos datos clínicos, estancia y mortalidad en UCI. Paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** N 16 pacientes, 10 con neumonía COVID. Edad media 56 años (DE10, IC95% 46-65); hombres 11 (69%), peso medio 98 kg (DE57, IC95% 45-150), APACHE II medio 15 (DE4,5, IC95%11-19); SAPSIII medio 3,4 (DE2,7, IC95%1-6). Un 38% HTA, 24% fumadores, 41% EPOC/asma y 12% enfermedad psiquiátrica. De media, recibieron opiáceos 33 días (DE 26, IC95% (9-58), sedantes 27 días (DE 24, IC95% 4-49) y BNM 9 días (DE 15, IC95% (-5-23). Estancia UCI mediana 43 días (22-53) falleciendo el 37,5%.

**Conclusiones:** Empleamos dosis altas de A y S por las alteraciones pK/pD de la terapia. Mayor utilización de morfina según avanza el ingreso con buen control del dolor. El RASS objetivo no siempre se cumple. Mayor tendencia a fallecer con más días de A, S y BNM.

Tabla 1 Póster 125						
Fármacos, control del dolor y objetivos de RASS según día de ingreso						
	Fenta vs. morfina	MDZ (mg/día)	Nimbex (mg/día)	ESCID	RASS objetivo	RASS medido
Día 1	12 (71%) vs. 2 (12%)	350 (140-516)	188 (16-305)	0: 10 (59%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%)	-4: 1 (6%) -5: 10 (59%) No espec: 2 (12%)	-4: 2 (12%) -5: 12 (71%)
Día 3	9 (53%) vs. 5 (29%)	378 (144-656)	180 (86-330)	0: 10 (59%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%)	-2: 1 (6%) -4: 1 (6%) -5: 8 (47%) No espec: 4 (12%)	-4: 5 (29%) -5: 7 (41%)
Día 7	6 (35%) vs. 7 (41%)	247 (113-450)	140 (56-170)	0: 8 (47%) 1: 3 (18%) 2: 1 (6%) 3: 1 (6%)	0: 4 (24%) -1: 2 (12%) -3: 1 (6%) -4: 3 (18%) -5: 3 (18%)	0: 5 (29%) -2: 2 (12%) -3: 1 (6%) -4: 3 (18%) -5: 5 (29%)
Día 15	1 (6%) vs. 6 (35%)	310 (144-690)	-	0: 9 (53%) 1: 2 (12%) 2: -	0: 6 (35%) -2: 1 (6%) -4: 1 (6%) -5: 3 (18%)	1: 1 (6%) 0: 3 (18%) -3: 1 (6%) -4: 2 (12%) -5: 3 (18%)

Tabla 2 Póster 125

Relación entre Días totales analgesedación/BNM y fallecer o tener delirio

NS (no significativo)	Exitus	No exitus	Delirio	No delirio
Días A	43 (DE 37, IC95%3-89)	32 (DE 24, IC95% 11-52)	38 (DE 32, IC95% 14-61)	30 (DE 15, IC95% 7-68)
Días S	35 (DE 24, IC95% 5-66)	25 (DE 22, IC95% 7-43)	29 (DE 25, IC95% 11-47)	29 (DE 17, IC95% 12-71)
Días BNM	15 (DE 77, IC95%6-36)	3 (DE 3, IC95% 1-6)	4 (DE 3, IC95% 2-6)	20 (DE 22, IC95% 8-30)

## Defensa pósteres

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD II

11:40-12:00 h. PANTALLA 6

#### 126. ENTRENAMIENTO A CUIDADORES DE PACIENTES EN SOPORTE VITAL Y BÁSICO Y DEA DESDE EL COMITÉ DE ATENCIÓN A PARADAS CARDIACAS INTRAHOSPITALARIAS Y ÁREA SANITARIA

de la Torre Prados MV<sup>1</sup> y Peña Huertos J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Málaga, Málaga. <sup>2</sup>061, Málaga.

**Objetivos:** Incorporar la voz del usuario en los Comités de Resucitación Cardiopulmonar de los hospitales y área sanitaria. Valorar el grado de formación en soporte básico vital (SBV) y DEA y grado actuación en situaciones de emergencia presenciadas previas.

**Métodos:** Estudio descriptivo longitudinal desarrollado desde 2017 a 2022 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde 2017 a 2022 en familiares y cuidadores de pacientes cardiológicos, respiratorios y neurológicos. Se define el contenido del curso taller adaptado a los alumnos potenciales con cinco horas de asistencia presencial y dos horas *online* que incluye libro referente, adaptado los contenidos a la pandemia por COVID-19 desde 2020 a la actualidad. Se evalúan variables demográficas, relacionadas con emergencias presenciadas, el grado de formación previa, resultados teóricos y habilidades prácticas. El análisis estadístico se realiza acorde a las variables relacionadas con los objetivos del estudio.

**Resultados:** Un total de cursos talleres de SVB y DEA se han planificado desde el Comité de Atención a la Parada Cardíaca del Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Han sido familiares y cuidadores de pacientes los que han asistido. Edad media, % de varones, nivel cultural, emergencias presenciadas y grado de formación previa. Los resultados a nivel teórico previo con post muestran diferencias significativas, así como a el grado habilidades del % a nivel medio o superior, solo repetir curso. El grado de satisfacción ha sido excelente con una media global de 4,8 sobre 5 de máxima puntuación en relación a la metodología, y calidad docente recibida.

**Conclusiones:** Es necesario incorporar actividades docentes en Soporte Vital Básico a los familiares y cuidadores de pacientes desde los Comités de atención de Paradas Cardíacas intrahospitalaria y en su área, dado la importante función que tienen como testigos presenciales a las potenciales emergencias que podrían presentar estos pacientes con patología crónica agudizada tras su alta hospitalaria.

#### 127. EL PESO DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA SOBRE LA AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES Y FAMILIARES

Iglesias Franco J<sup>1</sup>, Martín Torres J<sup>2</sup>, González de Marcos B<sup>1</sup>, Temprano García I<sup>1</sup>, Izquierdo Sánchez L<sup>1</sup>, Suárez Sipmann F<sup>1</sup>, Sánchez Giralt JA<sup>1</sup>, Rosas Carvajal E<sup>1</sup>, Canabal Berlanga A<sup>1</sup> y Vega González G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Identificar el riesgo que supone la gravedad de la enfermedad crítica para el desarrollo de malestar psíquico derivado del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en los pacientes y sus familiares.

**Métodos:** Estudio de cohortes con evaluaciones repetidas. Se incluyeron pacientes que permanecieron más de 3 días, y sus familiares (máximo 3 por paciente), en una UCI médico-quirúrgica de adultos de un hospital de tercer nivel. Las herramientas de medida empleadas fueron: gravedad de la enfermedad mediante Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation scoring system (APACHE II) y Simplified Acute Physiologic Score (SAPS II), ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory y Hospital Anxiety and Depression scale (HADS), depresión mediante Beck Depression Inven-

tory y HADs, y estrés postraumático mediante Impact of Event Scale Revisited. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares. La mediana del índice APACHE II fue de 18 puntos (R-IC: 14-23 puntos) y la del SAPS II de 38,5 puntos (R-IC: 29-54 puntos). Una puntuación  $\geq 18$  puntos en el índice APACHE II supuso mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología tanto durante el ingreso hospitalario (depresión en pacientes: RR = 3,5, IC95% 1,1-11; p = 0,04; ansiedad en familiares: RR = 1,4, IC95%: 1,2-1,4; p = 0,004), como 3 meses después del alta hospitalaria (estrés postraumático en familiares: RR = 2,8 IC95% 1,3-6; p = 0,05). Una puntuación  $\geq 40$  puntos en el índice SAPS II supuso mayor riesgo para el estrés postraumático en familiares 3 meses tras el alta hospitalaria (RR = 4, IC95% 1,8-7,7; p < 0,0001).

**Conclusiones:** La gravedad de la enfermedad crítica al ingreso en la UCI es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología secundaria al propio ingreso, tanto en pacientes como en familiares. Es posible identificar precozmente a las personas con mayor riesgo de afectación psicológica para implementar herramientas dirigidas a disminuir la probabilidad del impacto en dichas poblaciones vulnerables.

#### 128. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES CRÍTICOS INTRA Y POS-UCI

Segovia García de Marina L, Castilla López V, Gómez Grande ML, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gosalves G, Camacho Dorado E, Ortiz Díaz Miguel R, Ambrós Chueca A y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluar el número de consultas realizadas por un psicólogo clínico incluido en el equipo y el seguimiento post-UCI de los pacientes del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo. Se incluyeron 112 pacientes ingresados en UCI durante el periodo de enero a mayo de 2022 y se evaluó: número de consultas, seguimiento psicológico pos-UCI y derivación a SM relacionada con tiempo de ingreso y *exitus*.

**Resultados:** Se presentan en las tablas.

Tabla 1. Número de consultas según tiempo de ingreso en UCI y *exitus*

Tiempo de ingreso en UCI	Datos	Exitus		Total
		Sí	No	
> 1 mes	Nº pacientes	11	23	35
	Nº consultas	15	34	49
	Media de consultas	1,36	1,47	1,41
< 1 mes	Nº pacientes	23	55	79
	Nº consultas	42	75	117
	Media de consultas	1,8	1,36	1,58

Tabla 2. Seguimiento pos-UCI y derivación a SM (de pacientes (p) y familiares y pacientes (a)) relacionado con tiempo de ingreso en UCI y *exitus*

Tiempo de ingreso	Seguimiento pos-UCI	Derivación a SM	Exitus		Total
			Sí	No	
> 1 mes	Sí	Sí	0	0	0
		No	1	5	6
		Sí	0	1 (p)	1
< 1 mes	No	No	8	19	27
		Sí	0	1 (p)	1
		No	12	20	32
Total	No	Sí (a)	3	0	3
		No	10	32	42
		Sí	34	78	112

**Conclusiones:** El número de consultas fue mayor (promedio 1,8) en aquellos pacientes que estuvieron ingresados menos de 1 mes y fallecieron. El seguimiento post-UCI se realizó en un 34% de los casos, siendo más frecuente en ingresados menores de 1 mes y no fallecidos (18%). La derivación a salud mental no fue muy común (4%) siendo ligeramente más frecuente en pacientes (4%) que en familiares de pacientes fallecidos (3%).

**129. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES QUE DESARROLLAN SÍNDROME POS-UCI (PICS) EN NUESTRA UNIDAD**

Antón Juarros S<sup>1</sup>, Castrillo Guiral S<sup>1</sup>, Mayordomo García C<sup>1</sup>, Herrero García S<sup>1</sup>, Isern de Val I, Montes Aranguren M, Malingre Gajino M, Mercado Castillo H, Orduna Casla I y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar las características basales de los pacientes que presentaron síndrome pos-UCI (PICS). Analizar las causas de ingreso. Analizar las intervenciones y tratamientos recibidos durante su ingreso en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de 54 pacientes atendidos en la Consulta Post UCI desde febrero a noviembre de 2022. Los pacientes debían cumplir al menos dos de los siguientes criterios de inclusión para ser citados en la consulta pos-UCI. Estancia superior a 10 días. Duración de la ventilación mecánica superior a 7 días. APACHE II > 14. Fragilidad al ingreso en UCI (escala CSHA). Pacientes que no logran deambular con asistencia o presentan debilidad marcada al alta. Criterio médico de indicación de seguimiento. Excluir pacientes con deterioro cognitivo previo o cualquier condición que impida la rehabilitación.

**Resultados:** El total de pacientes atendidos en la consulta pos-UCI desde febrero de 2022 a noviembre de 2022 ambos inclusive, han sido 54. La edad media fue de 60 años (DE 12,5), predominando el sexo masculino (58,3%). Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran HTA (44%), dislipemia (35%), diabetes mellitus tipo 2 (26%) u obesidad (17%). Las causas de ingreso más frecuentes entre los pacientes fueron la neumonía por COVID-19 (41%), seguido de la neumonía de etiología diferente a COVID-19 (15%). De lejos le siguen el TOH (5,6%), PCR (5,6%), insuficiencia cardiaca (3,7%) e ictus isquémico (3,7%). El APACHE II al ingreso era de 15 (DE 6,8). La estancia media en la unidad de cuidados críticos fue de 23 días (DE 18), llegando hasta 46 días (DE 22,2) de estancia hospitalaria tras el alta de la UCI. Durante su estancia en UCI precisaron ventilación mecánica el 81,5%, durante un período de 17 días

de media (DE 18). La ventilación mecánica conlleva el empleo de sedación, habiendo recibido benzodicepinas a dosis altas el 66% y relajantes musculares el 45%. Tuvieron que ser pronados el 21% y acabaron con traqueostomía el 30%. Se detectó delirio el 44%. Desarrollaron polineuropatía el 76%, comenzando rehabilitación en la UCI únicamente el 48% y en planta el 72%.

**Conclusiones:** El perfil del paciente que sufre síndrome pos-UCI es un varón de 60 años con factores de riesgo cardiovascular. La causa de ingreso más frecuente es la patología respiratoria. Los tratamientos más utilizados en estos pacientes fueron la ventilación mecánica y la sedación. Las complicaciones durante el ingreso más frecuentes de los pacientes con síndrome pos-UCI han sido la polineuropatía y el delirium.

**130. ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS EN UCIS ESPAÑOLAS. DIFICULTAD DE REALIZACIÓN**

Sánchez Álvarez C<sup>1</sup>, Cerezo Arias M<sup>2</sup>, Vila García B<sup>3</sup>, Vaquerizo Alonso C<sup>4</sup>, Martínez Carmona JF<sup>5</sup>, González Iglesias C<sup>6</sup>, Gastaldo Simeón R<sup>7</sup>, Flordelis Lasiera JL<sup>8</sup>, Colmenero Ruiz M<sup>9</sup> y Pérez Pérez B<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Badajoz (C. H. Universitario de Badajoz), Badajoz. <sup>3</sup>Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. <sup>5</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. <sup>6</sup>Hospital de Barbastro, Huesca. <sup>7</sup>Hospital de Manacor, Illes Balears. <sup>8</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>9</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>10</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Estudio piloto comparativo de 2 dosis proteínicas (1 vs. 1,5 g prot/kg/día) con productos iguales de nutrición parenteral y enteral. Participan investigadores de 23 hospitales. Contrato de CRO, presentación a CEim referencia 12 octubre 13/7/2021 y Agencia Española del medicamento Vº bº 22/9/2021. (+ 66 días). Duración del estudio 1 año, aún no terminado. Objetivo: analizar la causa de esta demora.

**Métodos:** 23 ucis participantes; La CRO requirió a las fundaciones el modelo de contrato; presentó documentación, requirió permiso del CEIC de todos los hospitales, contactó con el IP, pidió permiso de la dirección del centro para firma el contrato. Día de inicio del estudio el día del permiso de AEMPS) 22/09/2021. Día de inicio de contaje de demora de firma contrato: día de contacto de la CRO con la fundación.

**Resultados:** Media de días firma del contrato: 97,21 días, ± 49,39. (51-205) Moda 59. 14 hospitales sobrepasaron 59 días para la firma del contrato: (media 124,8 ± 43,27 (67-205). Motivos de demora: 1. Contra-

Figura Póster 130

Hospital	Fecha inicio CONTACTO con fundación	Causa retraso	Fecha firma de contrato con la fundación	Días transcurridos para firma de contrato	Problemas posteriores a firma de contrato
General de Eida	23/09/2021	Trámites administrativos (TA)	22/11/2021	58	Farmacia
Infanta Cristina (Badajoz)	25/10/2021	Realización de Seguro proyecto	22/03/2022	148	
Germana Trias i Pujol	26/10/2021	Farmacia / Fundación demora el contrato	13/05/2022	199	Farmacia
Bellvitge	04/10/2021	Fundación: traducción O al catalán	17/12/2021	75	Cambio IP
General de Castellón	29/10/2021	TA	17/12/2021	49	
Dr. Josep Trueta	05/11/2021	Fundación: Ausencia de contrato inicial. Problemas IP	30/03/2022	145	Farmacia
San Cecilio Granada	23/09/2021	(TA)	29/11/2021	67	
Virgen de las Nieves	23/09/2021	(TA)	15/11/2021	54	
Barbastro	23/09/2021	Farmacia: Demora de contrato en fundación	04/02/2022	134	
San Jorge	23/09/2021	Farmacia: Dirección del centro	04/02/2022	134	
Univ. 12 de Octubre	23/09/2021	Farmacia: Costo del producto	12/11/2021	50	
Fuenlabrada	04/10/2021	(TA)	25/11/2021	52	
Infanta Cristina de Madrid	24/11/2021	Fundación	21/04/2022	149	
La Paz	25/10/2021	Fundación: Farmacia	28/02/2022	136	Baja laboral IP
Carlos Haya	23/09/2021	(TA)	30/12/2021	68	
Los Arcos Mar Menor	27/10/2021	(TA)	17/12/2021	52	
Morales Meseguer	27/10/2021	Fundación Farmacia	09/02/2022	113	
Reina Sofía (Murcia)	27/10/2021	Farmacia: Dirección	20/05/2022	205	Cambio IP Farmacia
Virgen Arrixaca (Murcia)	27/10/2021	(TA)	20/12/2021	54	
Santa Lucía (Murcia)	27/10/2021	Farmacia / Fundación / problemas con IP	18/02/2022	134	
Manacor	05/11/2021	Fundación/farmacia	16/02/2022	103	IP: Se retira del estudio
Mutua Terrassa	17/09/2021	(TA)	10/11/2021	58	Farmacia: Se retira del estudio
General de Alicante	20/10/2021	(TA)	10/01/2022	72	

TIEMPO ENTRE EL INICIO DE LOS TRÁMITES ADMINISTRATIVOS Y LA FIRMA DE LOS CONTRATOS CON FUNDACIONES. CAUSA DEMORA

tación de seguro por parte del promotor: 1 caso. 2. Farmacia del centro: 10 casos. 3. Dirección hospital: 2 casos. 4. Asumibles solo a la fundación: 8 casos. 5. Solicitud de traducción: 2 casos. 6. Problemas con IP: 2 casos. 7. Trámites administrativos: en todos los casos ± 51 días. Tras firmar el contrato nueva demora por resistencia de la farmacia a utilizar los productos en 7 hospitales. uno de ellos tuvo que abandonar el estudio tras la firma del contrato.

**Conclusiones:** La demora en la firma del contrato fue siempre superior a 50 días. Un trámite administrativo debe ser más rápido, más tras haber sido aprobado por CEIm de referencia y AEMPS. Las fundaciones deben agilizar la burocracia. La desigualdad en la respuesta de cada hospital significa que no hay una norma para la realización de estudios multicéntricos que le dan poder a los estudios. Ante problemas con los servicios hospitalarios las fundaciones tienen una respuesta lenta: En 10 casos de demora, una de las causas fue la respuesta de la farmacia: la fundación debería mediar para adelantar la firma Instamos a la Administración a asumir que las fundaciones deberán servir de acicate para los estudios y evitar las trabas, tanto más cuando la mayor parte son administrativas. Ante problemas posteriores a las firmas de contratos, las fundaciones deberían gestionar como conseguir solventarlos, y evitar el abandono de los estudios.

**131. AGITACIÓN PSICOMOTRIZ Y COMPLICACIONES EVOLUTIVAS DURANTE EL INGRESO DE ENFERMOS CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 EN UCI**

Dalorzo González M, Sánchez Casado M, Guerra Cuervo J, Piza Pinilla R y Sánchez Carretero MJ

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

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de agitación psicomotriz de los pacientes ingresados en UCI con neumonía por SARS-CoV-2 y examinar su asociación con las complicaciones evolutivas que se presentaron durante su estancia.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, donde se evalúan los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo del 2020 y septiembre del 2021. Se utilizó la escala Richmond para el diagnóstico de agitación psicomotriz, diagnosticándose en aquellos pacientes con puntuación mayor a 1. Se revisaron variables demográficas, evolutivas y de gravedad. Se comparan pacientes no agitados vs. agitados.

**Resultados:** De 538 pacientes 206 (38,3%) presentaron agitación psicomotriz, siendo en su mayoría hombres con edad media de 60 años, hipertensos y obesos. En dicho grupo se objetivó mayores complicaciones evolutivas, exceptuando la insuficiencia renal, que no presenta diferencias estadísticamente significativas y a destacar una estancia hospitalaria más prolongada. No se evidenciaron diferencias en cuanto a las escalas pronósticas al primer día de ingreso, así como en el tiempo de VMI.

Escores pronósticos del primer día, complicaciones y evolución, comparando no agitados vs. agitados

	No agitación psicomotriz (N = 332; 61,7%)	Agitación psicomotriz (N = 206; 38,3%)	p
Escora pronósticos UCI 1 día			
SOFA	6,8 ± 3,1	6,9 ± 2,4	0,596
APACHE II	15 ± 6,3	15,1 ± 5,9	0,903
Complicaciones evolutivas			
Complicaciones infecciosas	111 (33,4%)	117 (56,8%)	< 0,001
NAVM	75 (22,6%)	78 (37,9%)	< 0,001
TAVM	11 (3,3%)	28 (13,6%)	< 0,001
ITU	16 (4,8%)	29 (14,1%)	< 0,001
Insuficiencia renal aguda	84 (25,3%)	49 (23,8%)	0,692
Íleo adinámico	30 (9,0%)	53 (25,7%)	< 0,001
Diarrea	10 (3,0%)	30 (14,6%)	< 0,001
Debilidad muscular adquirida UVI	33 (9,9%)	111 (53,9%)	< 0,001
Úlcera por presión	6 (1,8%)	21 (10,2%)	< 0,001
Reintubación	19 (5,7%)	34 (16,5%)	< 0,001
Evolución			
Estancia	15,1 ± 11,4	21,7 ± 14,4	< 0,001
Limitación esfuerzo terapéutico	100 (30,1%)	26 (12,6%)	< 0,001
Exitus	147 (44,3%)	30 (14,6%)	< 0,001

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en UCI por neumonía por SARS-CoV-2 que presentan agitación durante su ingreso, se asocian con mayores complicaciones evolutivas, así como, mayor tiempo de estancia hospitalaria. Sin encontrar diferencias en las escalas pronósticas al ingreso, así como tampoco en los días en VMI y sin repercusión en cuanto a la mortalidad.

**Defensa pósteres**

**NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS I**  
11:40-12:00 h. PANTALLA 7

**132. APROXIMACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL NEUROPRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS POR PCR**

Giménez Gutiérrez JM, Fernández Morales P, Cruces Moreno MT y Pelaez Veléz J

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

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

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyen pacientes ingresados por PCR recuperada durante un periodo de 49 meses > 18 años. Excluimos pacientes con traumatismo craneoencefálico.

**Resultados:** n: 109 pacientes (33% mujeres, 67% hombres), edad media 62 años. 49,5% atendidos de forma intrahospitalaria, 50,5% en extrahospitalaria. Causa: 32,1% arritmias, 29,4% cardiopatía isquémica, 24,8% insuficiencia respiratoria, 4,6% intoxicación medicamentosa y 6,4% hemorragia. Complicación quirúrgica 2,8%. En la escala Glasgow Outcome pronóstico bueno 37,6% y mal pronóstico 62,4%. De estos, un 35,8% fallecieron por fallo múltiple de órganos. En el 26,6% restante se decidió ATSV. Para la toma de dicha decisión, se combinaron diferentes predictores de mal pronóstico incluyendo la exploración neurológica: principalmente niveles de enolasa + neuroimagen+ EEG (37,9%) y un (24,1%) utilizamos enolasa + EEG. El tiempo de limitación medio fue de 3,36 días. La determinación de enolasa no siguió un protocolo establecido; por ello analizamos la cifra máxima registrada en todos los pacientes durante su evolución observándose una relación significativa de dicho valor con respecto al pronóstico (pico enolasa mal pronóstico: 59,59, OR de 1,06; p 0,01) con un cociente enolasa 48/24 horas (media 1,8).

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

**133. ANÁLISIS DE GRAVEDAD Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL SIN UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS**

López López Á, Morala Vega P, Martínez Ruiz J y Barakat Shrem O

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

**Objetivos:** Conocer el perfil de pacientes politraumatizados que ingresan en UCI en un hospital de tercer nivel sin unidad de neurocríticos, incluyendo gravedad del trauma, supervivencia y estancia media en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional de carácter prospectivo de pacientes que ingresan en UCI polivalente de 30 camas (HUVM) tras sufrir politraumatismo por diversos mecanismos que no incluyen TCE en el año 2022. Se usó la hoja de severidad del trauma que recoge: datos demográficos, constantes vitales en la atención inicial, tipo, intencionalidad y mecanismo del trauma, puntuación del ISS score, variables en la actuación pre e intrahospitalaria, requerimiento de cirugía, y días de estancia en UCI. Consideramos como trauma grave todo paciente con ISS score > 16. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas con media y DE.

**Resultados:** Se analizaron un total de 30 pacientes (edad media 41 años, DE 19,6). APACHE II al ingreso medio de 8,5 (DE 6). El tipo de

trauma predominante fue cerrado (20 pacientes, 66,6%) sobre el penetrante (10 pacientes, 33,3%). Respecto a la atención inicial, la gran mayoría presentaba constantes vitales estables (96,6% Glasgow > 12; 96,6% FR 10-29 rpm; 83,3% TAS > 89 mmHg). Según la intencionalidad, encontramos predominio no intencionado respecto a intencionado (21 pacientes vs. 9 pacientes). En el primer caso, el tráfico fue lo más frecuente (10 pacientes), seguido de caídas (6), laboral (3), deportivo (1) y otras causas (1). En los casos intencionados, la agresión fue lo más frecuente (6 pacientes) seguido de la autolisis (3). En cuanto al mecanismo de lesión, lo más frecuente fue las heridas por arma blanca (8 pacientes), caídas accidentales (7) y accidente de coche (6). En menos incidencia encontramos accidentes de moto (4 pacientes), precipitaciones (2), y atropello, aplastamiento y herida por arma de fuego (1 paciente por cada uno). 21 pacientes (70%) presentaron un ISS score > 16 (considerados trauma grave). El ISS score medio de los mismos fue de 20,5 (SD 5,08). 18 pacientes (60%) requirieron de intervención quirúrgica al ingreso o durante su estancia en UCI. Lo más frecuente fue la cirugía abdominal (9 pacientes, 50%), seguido de cirugía ortopédica (6 pacientes, 33,3%). La supervivencia fue del 100% (en UCI y hospitalaria), con una estancia media en UCI de 3,76 días (DE 3,7).

**Conclusiones:** Los pacientes politraumatizados de nuestra área, pese a alto porcentaje de traumas grave según el ISS score (70% pacientes), y que requieren cirugía en el 60% de las ocasiones, tienen una supervivencia del 100%, con estancia media en UCI relativamente corta.

### 134. PUESTA EN MARCHA DE UN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO PARA LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Ruiz Rodríguez A, Higón Á, Bayoumy P, Carrasco E, López L, Torrano A, Martínez G, Carrillo MJ y Carrillo A

Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia.

**Objetivos:** La enfermedad traumática constituye la principal causa de muerte en menores de 45 años, por lo que son necesarios protocolos que permitan una actuación precoz y sistematizada en estos pacientes. Nuestro objetivo fue elaborar y evaluar un protocolo de identificación precoz y manejo del paciente con trauma grave para optimizar la atención de estos pacientes y así minimizar complicaciones y mortalidad.

**Métodos:** Creación del Grupo de Trabajo del Código Politrauma en un hospital Universitario, que aglutina a todos los intervinientes, de diferentes especialidades, en el proceso asistencial del paciente politraumatizado y que elabora las recomendaciones para el manejo del paciente en base a la evidencia científica más reciente. Los servicios implicados son: Urgencias, UCI, Cirugía General, Traumatología, Radiología, Anestesia y Cirugía Vascul. Tras varias reuniones multidisciplinares, el protocolo se presenta en Sesión General Hospitalaria el día 24 de marzo de 2022 poniéndose en marcha el 1 de octubre de 2022. Se analizan los datos hasta el 31 de diciembre de 2022. Los criterios de inclu-

sión de Código Politrauma son: índice de shock > 0,9, frecuencia respiratoria < 10 o > 30, ABC score > 2, Glasgow < 13, lactato > 4, excesos bases < 6, hemoglobina < 11, INR > 1,5, TTPA > 1,5.

**Resultados:** Desde la puesta en marcha del protocolo se han producido 19 activaciones, incluyéndose 14 pacientes, 5 no cumplieron los criterios de activación. La edad media fue 44,1 años (rango 2-80 años), 12 varones (85,7%). Todos los pacientes incluidos fueron considerados politraumatismos graves requiriendo ingreso en UCI. De ellos, 2 pacientes (14,3%) fueron trasladados a otros centros. El mecanismo lesional fue herida penetrante por arma blanca en 2 casos (14,3%), accidente de tráfico en 10 pacientes (71,4%), un precipitado (7,1%) y uno por agresión (7,1%). De los originados por tráfico, 6 de ellos fueron de automóvil, 3 de motocicleta y un atropello. Se realizó TC total body a 13 pacientes (92,8%), radiografía de tórax a 6 pacientes (42,8%) y ecografía abdomino-pélvica a un paciente (7,1%). Se realizó cirugía urgente en 4 casos (28,6%), uno por Traumatología y 3 por Cirugía General. Ningún paciente precisó intervencionismo vascular ni requirió la activación del protocolo de transfusión masiva. Ningún paciente falleció.

**Conclusiones:** La puesta en marcha del Código Politrauma ha permitido disponer de un registro que permita analizar el abordaje de la patología traumática con una mejor integración de los diferentes especialistas implicados, lo que permitirá detectar posibles áreas de mejora.

### 135. GOLPE DE CALOR, ¿HA CAMBIADO ALGO?

Giner Brocal E, Zaragoza Crespo R, Borrás Pallé S, Hernández Garces H, Alcalá Gallardo CA, Chavero García T, Chacón Betancourt EB, Sánchez Zafra S y Sigona-Giangreco I

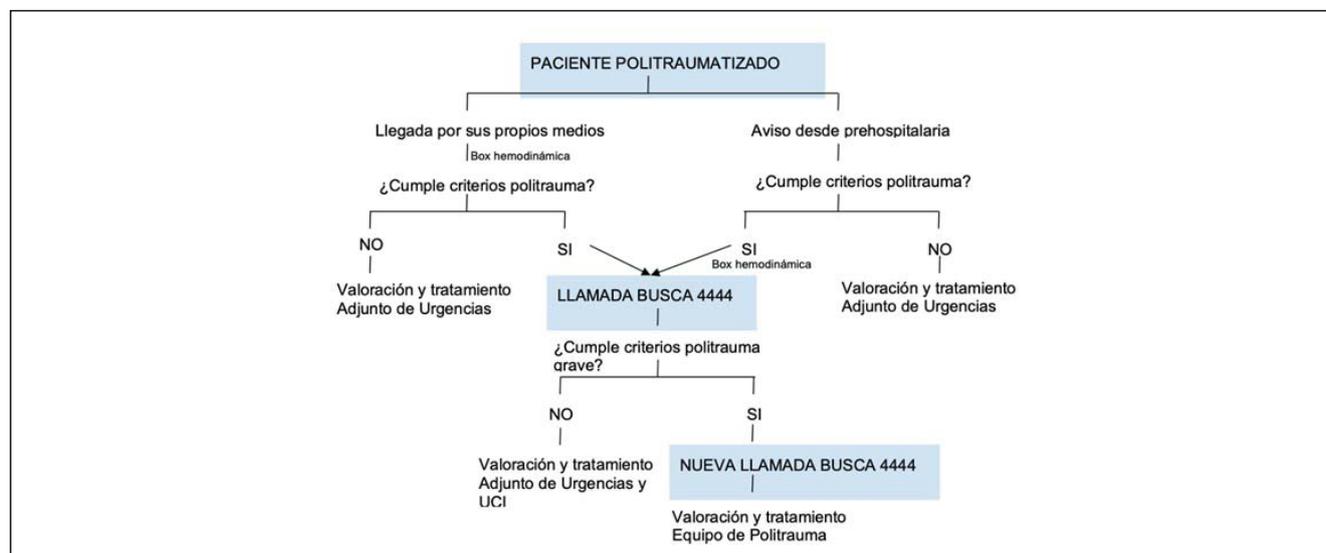
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes que ingresan por el motivo golpe de calor. Comparar los pacientes que ingresaron el año 2022 con los ingresados en años anteriores. Comparar las características de los pacientes fallecidos y supervivientes.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Doctor Peset de Valencia con el diagnóstico "golpe de calor" desde el año 2010 hasta el 2022. Las variables cualitativas se expresan mediante número de casos y porcentajes, mientras que las variables continuas en forma de mediana (IQR). Para la comparación de grupos se utilizó chi-cuadrado o el test de Fisher para variables cualitativas, y el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Se consideró significación estadística p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron en el análisis 10 pacientes, 9 (90%) de ellos fueron varones. 5 (50%) ocurrieron en el año 2022. La edad fue de 57 (17,5) años. La dislipemia estaba presente en 9 (90%) pacientes, y 4 (40%) eran hipertensos. Tomaban medicación relacionada con golpe de calor (antidepresivos, antipsicóticos, antihistamínicos y topiramato) un total de 7 (70%) pacientes. Sucedieron en domicilio 6 (60%). La tempe-

Figura Póster 134



ratura máxima ambiental el día de su ingreso fue de 34°C (4), y la temperatura corporal de 40,5°C (1,7). El fracaso hemodinámico se presentó en 7 (70%) pacientes, fracaso renal agudo en 7 (70%), fallo respiratorio con necesidad de ventilación mecánica 6 (60%), coagulopatía 5 (50%). El tiempo hasta que recibieron asistencia médica fue de 2,5 (5,5) horas, y hasta conseguir la temperatura objetivo de 4 (9) horas. La estancia en UCI fue de 5 (26,51) días. Fallecieron 5 (50%) pacientes, dos de los cuales fueron donantes de órganos. Al comparar los pacientes del 2022 con los de años anteriores, no hubo diferencias significativas en sus características, salvo que presentaron mayor temperatura ambiental los del año 2022 (36,2 vs. 32,5 °C;  $p = 0,02$ ). En cuanto a la comparación fallecidos/supervivientes, los fallecidos tuvieron una estancia más larga en UCI (28 días vs. 9 días,  $p = 0,03$ ), pese a que ambos grupos presentaron similar gravedad al ingreso, APACHE II de 27 (9) vs. APACHE de 24 (8) y SOFA de 9 (13,5) vs. SOFA de 8 (9,5).

**Conclusiones:** La mortalidad en los pacientes que ingresan por golpe de calor es elevada. La temperatura ambiental podría relacionarse con un aumento de casos.

### 136. ESTATUS NO CONVULSIVO. ¿AUMENTO DE INCIDENCIA O INCREMENTO DIAGNÓSTICO?

Listo Quílez H y Aylagas Martínez D

*Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante.*

**Objetivos:** Revisar el incremento diagnóstico de estatus epiléptico no convulsivo objetivado en la UCI del Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant desde el final de la pandemia SARS-CoV-2 y determinar si se debe a un cambio en la incidencia o en nuestra capacidad diagnóstica y si se relaciona con la infección por SARS-CoV-2 o su vacunación.

**Métodos:** Análisis observacional retrospectivo de los casos diagnosticados de estatus epiléptico mediante registro electroencefalográfico comparando los casos registrados en nuestra UCI en 2018 y 2019 con los casos registrados en 2022.

**Resultados:** Entre los años comparados (2018, 2019 y 2022), no hubo diferencias significativas en las características de pacientes (Edad, sexo, antecedentes de epilepsia ni toma de FAE previos). Se registraron 14 casos en 2022 frente a 6 y 5 en 2019 y 2018, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en mortalidad (durante el ingreso, 30 y 180 días), estancia media en UCI, número de FAE y fármacos sedantes necesarios para controlar el estatus ni en la refractariedad de los mismos, así como en el retraso de realización de EEG/detección del estatus tras sospecha clínica. Sí encontramos diferencia estadísticamente significativa en el número de EEG realizados por paciente, con una media de 5 en 2022 frente a 1,8 en 2018 y 2019 ( $p 0,02$  ANOVA).

**Conclusiones:** Si bien contamos con una n pequeña (46 pacientes), la incidencia de estatus epiléptico es equiparable a lo largo de los períodos comparados y ni la infección previa ni la vacunación por COVID se relacionan con el desarrollo de estatus epiléptico. Sí los casos de encefalitis por COVID o encefalitis inmunomediada, pero sin justificar el aumento aparente en la incidencia. Por otro lado, nos llama la atención tras la recogida de los datos el poco peso que se da en la práctica clínica al tiempo transcurrido entre la primera sospecha de actividad epiléptica y el diagnóstico, llegando a diagnosticarse estatus epilépticos de más de 24h de evolución en el 18% de los casos. Además, el aumento diagnóstico se corresponde con un aumento en la sospecha clínica y realización de EEG, lo que nos obliga a preguntarnos si seguimos infradiagnosticando esta entidad clínica a día de hoy.

## Defensa pósteres

### CARDIOVASCULAR I

11:40-12:00 h. PANTALLA 8

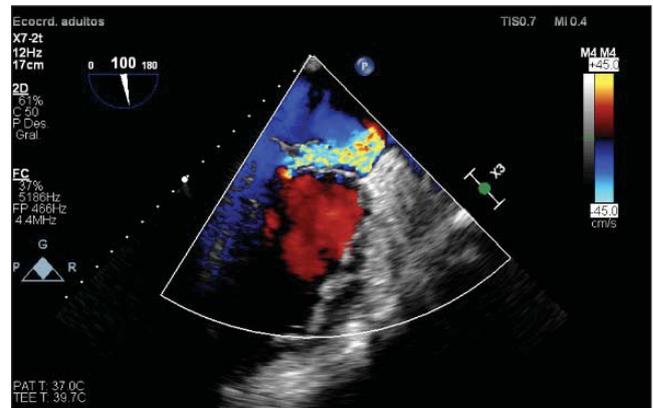
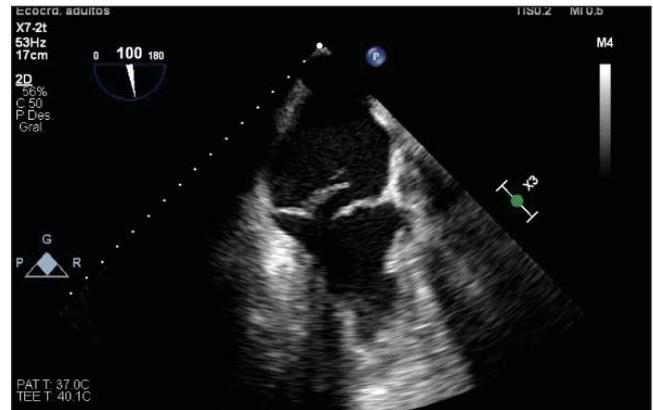
#### 137. MITRACLIP EN EL TRATAMIENTO DE INSUFICIENCIA MITRAL GRAVE PRIMARIA EN PACIENTE CON DESTETE COMPLICADO

Cano Navarro M, Ramiro González S, Garcés González R, Barrios A, Gudín Uriel M y López Rovira E

*Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.*

**Objetivos:** La evidencia del MitraClip para el tratamiento de la IM severa en pacientes en *shock* cardiogénico es limitada. Presentamos el caso clínico de un paciente con insuficiencia mitral primaria severa y dificultad para liberación de la ventilación mecánica sometido a la colocación del dispositivo Mitraclip con resultados satisfactorios y posibilidad de destete. Se pretende resaltar esta técnica como alternativa terapéutica en pacientes críticos que no pueden someterse a cirugía por elevado riesgo quirúrgico.

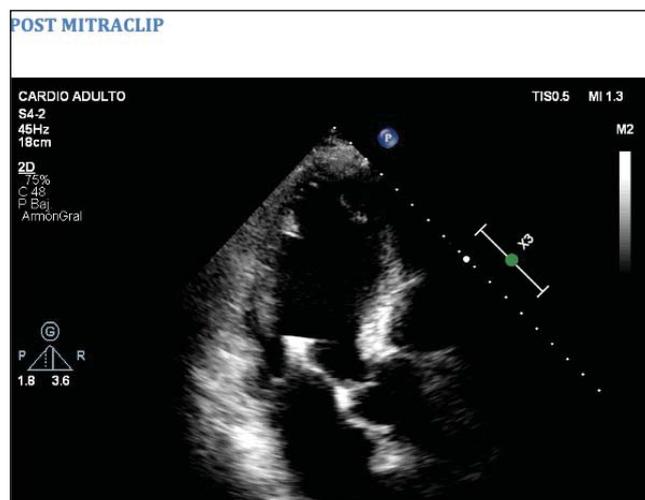
**Métodos:** Varón de 65 años con antecedentes de fumador, adenocarcinoma de pulmón libre de enfermedad y EPOC grado moderado. Acude Urgencias por clínica de disnea de mínimos esfuerzos requiriendo de forma urgente ingreso en UCI e intubación secundaria a EAP. En la evolución destaca imposibilidad para retirada de ventilación mecánica por EAP recurrente secundario a IM grave por rotura aguda de cuerda tendinosa. Se presenta el caso clínico en sesión médico-quirúrgica, descartándose cirugía por su elevado riesgo y valorándose como posible candidato para colocación de MitraClip, el cual se lleva a cabo.



**Resultados:** Tras ello, posibilidad de retirar soporte hemodinámico y respiratorio con liberación de VM a los diez días de la implantación de MitraClip. En controles posteriores de ETT se comprueba que no existe regurgitación residual con gradientes transvalvulares normales y descenso evidente de presiones de llenado del VI. En los últimos años se han publicado series de casos y estudios de cohortes en pacientes no candidatos a cirugía con resultados favorables en términos de mortalidad y regurgitación mitral a corto plazo, aunque en estos no especifica la etiología de la IM. Vallakati *et al.* realizan un metaanálisis de 4 estudios en pacientes con IM secundaria y *shock* cardiogénico refiriendo también una reducción tanto de la mortalidad a los 30 días como de necesidad de reingreso.

**Conclusiones:** MitraClip permitió retirada de soporte vasoactivo, tratamiento depleitivo y destete de VM en paciente con *shock* cardiogénico refractario a tratamiento médico. Los estudios realizados hasta la fecha también refieren resultados favorables. En pacientes con *shock* cardiogénico, *weaning* de VM complicado y elevado riesgo quirúrgico, la implantación de MitraClip podría ser una opción a considerar. Las publicaciones en pacientes agudos describen casos donde la IM es secundaria especialmente a cardiopatía isquémica aguda. En este caso, la IM es

primaria por rotura de cuerdas. La etiología de la IM no contraindica la implantación de MitraClip, por lo que deben evaluarse los criterios anatómicos en cada caso.



### 138. ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN RCP EN ÁREAS HOSPITALARIAS DONDE SE PRODUCE CON FRECUENCIA UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Peral Santos A, Espinosa González MC, Muñoz Moreno JF, Corcobado Márquez MC, Rubio Prieto E, Segovia García de Marina L, Sobrino López AM, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G y Ortiz Díaz-Miguel R

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Analizar los datos de encuestas realizadas a Servicios Hospitalarios con alta incidencia de paradas cardíacas: Medicina Intensiva, Urgencias, Cardiología, Medicina Interna y Digestivo de un Hospital de segundo nivel como es el Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Métodos:** Estudio descriptivo que recoge 75 encuestas realizadas a profesionales sanitarios, en las cuales se quiere comprobar si realmente saben qué tienen que hacer tras atender una parada cardíaca con DESA tras una desfibrilación y cuál es el rango de las compresiones cardíacas por minuto (cpm) como ítem de calidad.

**Resultados:** Se incluyen 75 encuestas, en las que el 46,8% de la muestra reanudan compresiones sin comprobar pulso tras una descarga con el DESA, 42,6% comprueban pulso tras la descarga y un 10,4% otros (ventilan con ambú, posición de seguridad). Con respecto al margen de compresiones, el 68% de la muestra respondieron de forma correcta a 100-120 cpm, el 29,3% velocidad de 60-100 cpm y un 2,7% > 120 cpm. Si dividimos la muestra según su actualización de conocimientos de RCP en materia de cursos realizados, el 37,1% refiere que ha realizado un curso de RCP en los últimos 2 años, un 9,2% nunca ha asistido a ninguno de ellos y un 53,3% ha realizado algún curso habiendo transcurrido más de

2 años. Con respecto a si la actualización de conocimiento en formación en RCP incrementa el número de respuestas válidas respecto a los menos formados, en relación a la pregunta qué hacer tras una descarga con DESA en una parada, el 63% de los que recibieron un curso < 2 años contestó de forma correcta frente al 11% de los que nunca y al 26% de los que lo realizaron hacen > 2 años. En cuanto a la velocidad de compresión, el 45,3% de los formados en < 2 años identificaron bien la velocidad frente a los 43% de los > 2 años y un 11,7% en los que no han realizado cursos de RCP.

**Conclusiones:** Parece fundamental la formación en maniobras de RCP para realizarla con criterios de calidad. El 46,8% de nuestra muestra reanuda RCP tras una descarga con el DESA y el 68% identifica el rango de compresiones en 100-120 cpm. Son los formados en RCP, sobre todo, los de formación más reciente los que presentan los mejores datos.

### 139. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INTERVENIDAS POR PERSONAL DE UCI EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Gómez Romero C

Hospital General la Mancha Centro, Ciudad Real.

**Objetivos:** Analizar las características sociodemográficas, comorbilidades preexistentes, así como la ubicación del paciente, la actuación médica y su evolución según el tipo de parada cardiorrespiratoria.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional de los pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) desde el 01 de marzo de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022. Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes por los que fue avisado el Servicio de Medicina Intensiva de Alcázar de San Juan, que cubre una población de 184.000 personas. Las variables continuas serán representadas con media y desviación estándar (DE) y las variables categóricas mediante porcentajes (N (%)). El análisis estadístico fue realizado usando el software R versión 4.0.2.

**Resultados:** Se analizaron un total de 23 pacientes, de los cuales un 74% eran varones y la media de edad fue de 67 años (DE 10). Un 17% de los pacientes eran fumadores y presentaban obesidad y DM2. Un 52% padecían HTA, un 26% cardiopatías previas y un 22% patología respiratoria previa. El 100% de las PCR fueron presenciadas, de las cuales un 4% fueron extrahospitalarias. De las PCR intrahospitalarias registradas un 61% ocurrieron en el Servicio de Urgencias (SUH). Un 13% presentó ritmo desfibrilable frente a un 87% que presentó asistolia o actividad eléctrica sin pulso. El 100% de los pacientes analizados recibió desde el inicio de la PCR soporte vital avanzado (SVA) con una duración media de 24 minutos (DE 21). La supervivencia en los primeros 30 días fue del 22%, presentando como causa principal de *exitus* la causa hipoxémica (37%).

**Conclusiones:** A pesar de tener un número de pacientes limitado en nuestro estudio, la actuación por parte de los profesionales de la UCI podría considerarse satisfactoria. Sin embargo, sería preciso establecer medidas dentro de la estandarización del protocolo de atención a la PCR, destinadas a mejorar la calidad de la asistencia de nuestros pacientes.

### 140. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI QUE REQUIERON COLOCACIÓN DE FILTRO DE VENA CAVA

Huertas Marín C, Ortiz Lasa M, Sánchez Arguiano J, Campos Fernández S, Labrador Romero L, García Miguélez A, de Berrazueta Sánchez de Vega A, del Moral de Diego A, Silva García C y García Moreno P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

**Objetivos:** Conocer las indicaciones, curso y resultado de la colocación de filtro de vena cava (FVC) en los diez últimos años en una UCI de un Hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico revisando las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en UCI y precisaron colocación de FVC de enero de 2011 a diciembre de 2022. Se estudiaron datos demográficos, indicaciones del FVC, evolución hospitalaria, contraindicaciones de la anticoagulación y complicaciones.

**Resultados:** Se analizaron un total de 22 pacientes a lo largo de los 10 años, con una mediana de edad al ingreso de 65,7 años (RIC: 56,6-70,6) y un 54,5% de mujeres. La mediana de días de ingreso en UCI e ingreso hospitalario fue de 9 (RIC 3,7-23,2) y 48 (RIC 20,7-65,5) respec-

Figura 1 Póster 140

**Tabla 1. Indicaciones para la colocación del filtro de vena cava y sus características**

Indicación de colocación del FVC	Nº/Total Fr. rel, %	Causa	N
<b>Contraindicación absoluta para la anticoagulación</b>	14/22 63,6%	Shock hemorrágico	4
		Hemorragia digestiva baja	2
		Hematoma posquirúrgico	2
		Ictus con transformación hemorrágica	3
		Coagulopatía	1
		Traumatismo craneoencefálico	1
		Politraumatismo	1
<b>Complicaciones de la anticoagulación</b>	6/22 27,3%	Hemorragia cerebral	3
		Hemorragia retroperitoneal	2
		Hemorragia abdominal	1
<b>Fracaso de la anticoagulación</b>	1/22 4,5%	Recurrencia de TEP/TVP	1
<b>Otros</b>	1/22 4,5%	Foramen oval permeable	1

**FVC: Filtro de vena cava; nº: número; fr. rel: frecuencia relativa; TEP: Tromboembolismo pulmonar; TVP: Trombosis venosa profunda.**

Figura 2 Póster 140

**Tabla 2. Características epidemiológicas de los pacientes que resultaron exitus durante el ingreso en UCI tras colocación de filtro de vena cava.**

	SEXO	AÑOS	ESTANCIA HOSPITALARIA (días)	ESTANCIA EN UCI (días)	COMORBILIDADES	TIPO DE FILTRO	DE CLINICA	FACTORES DE RIESGO	INDICACION DE FILTRO	ESPECIFICAR
<b>Paciente 1</b>	Mujer	62	5	1	HTA	RECUPERABLE	TVP y TEP	Cirugía e inmovilización	Contraindicación absoluta para la anticoagulación	Coagulopatía cerebral
<b>Paciente 2</b>	Hombre	67	41	8	Ninguna	PERMANENTE	TVP y TEP	Malignidad, cirugía e inmovilización	Complicaciones de la anticoagulación	Hemorragia cerebral
<b>Paciente 3</b>	Hombre	57	33	28	HTA	PERMANENTE	TVP y TEP	Cirugía	Complicaciones de la anticoagulación	Hemorragia cerebral
<b>Paciente 4</b>	Mujer	74	10	1	HTA, DM, CI y ERC	PERMANENTE	TVP y TEP	Cirugía e inmovilización	Contraindicación absoluta para la anticoagulación	ictus con transformación hemorrágica

**TVP: Trombosis venosa profunda; TEP: Tromboembolismo pulmonar; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes Mellitus; CI: Cardiopatía isquémica; ERC: Enfermedad renal crónica.**

tivamente. La mitad de los pacientes presentaban hipertensión, un 23% enfermedad renal crónica, un 18% Diabetes Mellitus y un 13% cardiopatía isquémica. La mayoría (77,3%) procedía de un servicio médico, mientras que el resto procedía de servicios quirúrgicos. El evento tromboembólico responsable de la colocación del FVC fue la trombosis venosa profunda en el 31,8% (7/22), el tromboembolismo pulmonar en un 18,2% (4/22) y ambos en un 50% (11/22). Los factores de riesgo para el desarrollo del evento fueron la presencia de un proceso quirúrgico (59,1%; 13/22), la inmovilización del paciente (31,8%; 7/22), el traumatismo previo (4,5%; 1/22) y la presencia de un acceso vascular en un caso. Las indicaciones de colocación de filtro se detallan en la tabla 1. El 18,2% de los pacientes (4/22) presentaron un evento tromboembólico posterior a la colocación del filtro y previo a su retirada. Tan solo 2 paciente (9,1%) presentaron alguna complicación relacionada con la colocación del FVC, ninguna de ellas letal. La mortalidad en nuestra serie fue del 18,2% (4/22), sin una relación directa con la colocación del filtro (tabla 2).

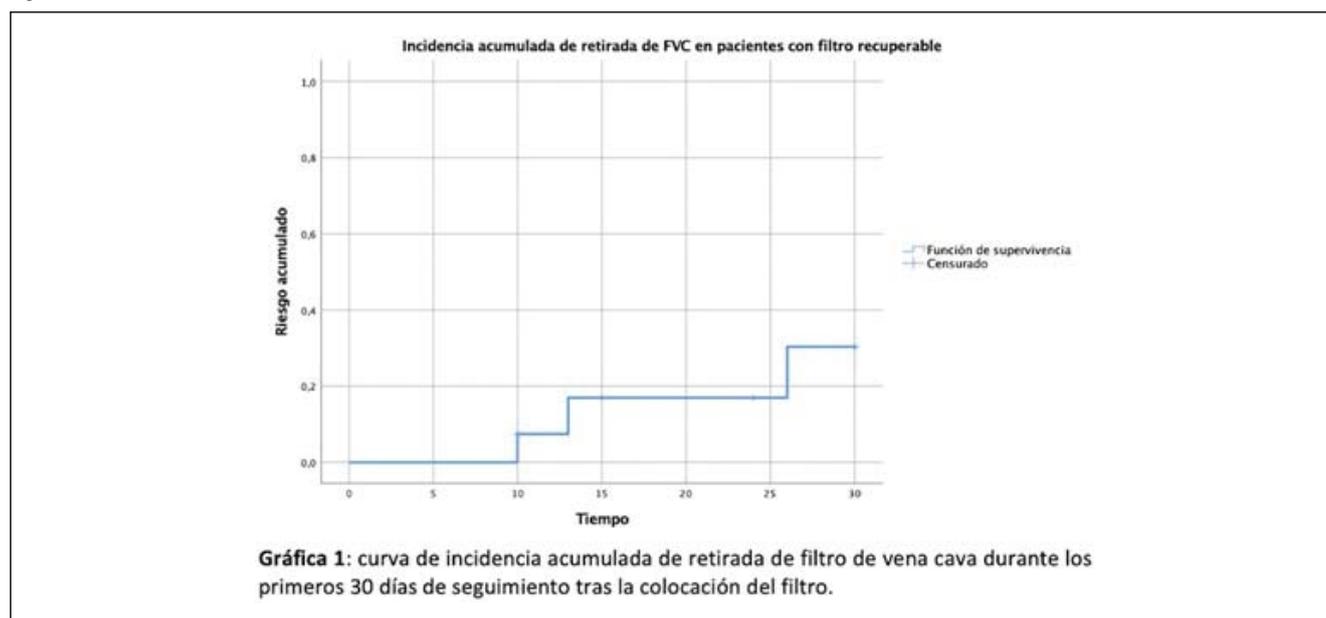
**Conclusiones:** Tras la revisión y análisis de nuestra cohorte, observamos que las indicaciones de colocación del FVC en nuestro centro siguen las recomendaciones recogidas en la literatura, reflejando la importancia que tiene la colocación de este tipo de dispositivos a la hora de prevenir un TEP en aquellos pacientes que presenten contraindicación para la anticoagulación. Por otro lado, podemos afirmar que la tasa de complicaciones debidas a la colocación del filtro es baja con una mortalidad nula.

**141. FILTROS DE VENA CAVA RECUPERABLES COLOCADOS EN UCI. LOS GRANDES OLVIDADOS**

Huertas Marín C, Ortiz Lasa M, López Sánchez M, García Moreno P, Silva García C, Cuenca Fito E, Fernández Rodríguez A, Ceña Carazo J, del Moral de Diego A, Alonso de Armiño Riaño AC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Figura Póster 141



**Objetivos:** Analizar la retirada de los filtros recuperables, así como conocer los motivos de la no retirada en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de seguimiento observacional unicéntrico revisando las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en UCI y requirieron colocación de FVC en un hospital terciario en los últimos 10 años. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 25, utilizando regresión de Cox para el cálculo de las tasas.

**Resultados:** Se analizaron un total de 22 pacientes a lo largo de los 10 años, con una mediana de edad al ingreso hospitalario de 65,7 años (RIC: 56,6-70,6) y un 54,5% de mujeres. La mediana de días de ingreso en UCI e ingreso hospitalario fue de 9 (RIC: 3,7-23,2) y 48 (RIC 20,7-65,5) respectivamente. La mediana de días desde el ingreso en UCI hasta colocación del filtro fue de 1,5 (RIC: 1-7). En la mayor parte de los pacientes (63,6%) se colocó un filtro recuperable, frente al 36,4% que se colocó un filtro permanente. Los accesos vasculares utilizados fueron en su mayoría vena femoral derecha, vena femoral izquierda y vena yugular derecha (54,5%, 22,7% y 18,2% respectivamente). Menos de un cuarto de los filtros retirables fueron realmente retirados (22,4%; 3/14) con una mediana de días hasta su retirada de 13 (RIC 11,5-19,5). La incidencia acumulada de retirada de FVC recuperables fue de 9 por cada mil pacientes y día (IC95%: 1,9-27,6) sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en función de la edad ( $p = 0,777$ ), ni del sexo ( $p = 1,000$ ). La tasa de retirada fue del 15,6% y del 26,1% a los 15 y 30 días de seguimiento respectivamente. (fig.) Los principales motivos de la no retirada fue imposibilidad de iniciar la anticoagulación (45,5%), los problemas técnicos a la hora de la retirada y las limitaciones a la hora de alcanzar dosis anticoagulantes plenas con un 18,2% en ambos casos. Solo en un caso (9,1%) se produjo pérdida de paciente y en otro caso (9,1%) fallecimiento previo a la fecha indicada de retirada.

**Conclusiones:** El análisis de nuestro grupo de pacientes deja presente la baja tasa de retirada de aquellos filtros recuperables. Esto puede deberse a una pérdida del seguimiento del paciente, así como por encontrarse dicha retirada fuera de ficha técnica por el tiempo transcurrido desde su inserción. En esta línea, sería interesante la implantación de un protocolo de seguimiento de pacientes y/o el uso de filtros biodegradables con el fin de aumentar las tasas de retirada o poder omitir este paso en el proceso.

#### 142. TAVI EMERGENTE EN EL PACIENTE CON SHOCK CARDIOGÉNICO VALVULAR

Espinosa Rueda I, Mendoza Prieto M, Martín Villén L, Palomo López N, Navarro Rodríguez J, Quirós Aguirre C, Espinosa Rueda I y Espinosa Rueda I  
Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** Describir las características demográficas y la evolución clínica de los pacientes sometidos a TAVI (implante de válvula aórtica transcateéter) emergente, así como las complicaciones más frecuentes relacionadas con el procedimiento.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de enero de 2021 a diciembre de 2022 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se incluyen pacientes sometidos a TAVI emergente. Se recogen variables demográficas, motivo de ingreso en UCI, Euroscore II, FEVI previa y posterior al procedimiento, evolución y complicaciones. Variables cualitativas descritas mediante frecuencias; cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico (RI).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 4 pacientes, todos ellos varones, con una mediana de edad de 65 años. La principal causa de ingreso fue la insuficiencia cardiaca valvular aguda secundaria a estenosis aórtica grave (50%). La mediana de Euroscore II fue de 14,06 (5,03-23,08), por lo que en todos los casos la intervención quirúrgica fue desestimada por el elevado riesgo quirúrgico. En todos los casos se observó una mejoría significativa de la FEVI tras el procedimiento  $p < 0,027$  (IC 3,71-31,28). La evolución clínica y complicaciones se recogen en la tabla.

Características clínicas	
TAVI emergente	N = 4
Varón; n (%)	4 (100%)
Edad; mediana (RI)	65 (61,75-80,25)
Motivo de ingreso; n (%)	
EAo GRAVE sintomática	2 (50%)
Insuficiencia cardiaca descompensada	1 (25%)
IAM	1 (25%)
Euroscore II; mediana (RI)	14,06 (5,03-23,08)
Hipertensión arterial; n (%)	3 (75%)
Enfermedad renal crónica; n (%)	2 (50%)
FEVI pre-TAVI; mediana (RI)	15 (11,25-26,25)
FEVI pos-TAVI; mediana (RI)	38 (36,50-47)
Arritmias pos-TAVI; n (%)	1 (25%)
VMi; n (%)	2 (50%)
Aminas vasoactivas; n (%)	3 (75%)
Fracaso renal agudo; n (%)	2 (50%)
TRRC; n (%)	1 (25%)
Días de estancia en UCI; mediana (RI)	6,50 (0,9-13,9)
Días de estancia hospitalaria; mediana (RI)	13,5 (2,58-33,99)

EAo: estenosis aórtica; IAM: infarto agudo de miocardio; FEVI: fracción eyección de VI; VMi: ventilación mecánica invasiva; TRRC: terapia de reemplazo renal continua.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte donde el riesgo quirúrgico es prohibitivo debido a la situación de inestabilidad clínica, el TAVI emergente presenta resultados favorables. Se trata de una herramienta a tener en cuenta en los casos de insuficiencia cardiaca aguda valvular.

## Defensa pósteres

### SEPSIS/FRACASO MULTIORGÁNICO I 11:40-12:00 h. PANTALLA 9

#### 143. ESTUDIO DE LA TORMENTA DE CITOQUINAS EN LA ENFERMEDAD COVID-19 DE PACIENTES CRÍTICOS

Bustamante Munguira E<sup>1</sup>, Francisco Amador A<sup>1</sup>, Artola Blanco M<sup>1</sup>, de Pedro Sánchez MA<sup>1</sup>, Bustamante Munguira M<sup>1</sup>, Garcinuño Pérez S<sup>1</sup>, Fernández J<sup>2</sup> y Sánchez Crespo M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. <sup>2</sup>IBGM, Valladolid.

**Objetivos:** El objetivo principal es analizar, mediante estudios de mecanismos moleculares, si los factores de transcripción activados durante la respuesta a proteínas mal plegadas (UPR), en particular SXBP1, mantienen la transcripción de genes que codifican las citoquinas que intervienen en la hiperinflamación asociada a la tormenta de citoquinas (TC). Objetivos secundarios, identificar un perfil de pacientes con viremia elevada en plasma subsidiarios de optimización terapéutica, medicina personalizada, capaz de mejorar la morbilidad e identificar y caracterizar factores de riesgo y pronóstico de la enfermedad COVID-19, definir abordajes terapéuticos en los que se bloquee de forma combinada el efecto de varias citoquinas, la respuesta inmunológica al virus SARS-CoV-2 durante la respuesta inmunitaria, umbral protector. Se trató de caracterizar los enzimas involucrados en el metabolismo y la identificación de huellas de diferenciación de linaje mieloide.

**Métodos:** Se estudió en muestras nasofaríngeas y aspirados bronquiales (BAS) de pacientes con (60 pacientes) y sin (59 pacientes) COVID-19, ingresados en una unidad polivalente con 21 camas en un hospital nivel III, en ventilación mecánica invasiva, durante la 3 y 4 ola, la presencia o ausencia de infección activa y SXBP1.

**Resultados:** Los principales resultados se observan en las figuras: El análisis demográfico de los pacientes con SARS-CoV-2 RT-PCR positivo mostró que eran mayores que aquellos que tenían una prueba negativa (fig. 1A). La incidencia de sXBP1 fue similar en hombres y mujeres (fig. 1G) y aumentó con la edad (fig. 1H). Se observó mortalidad en cua-

tro pacientes que presentaron un grado de empalme superior al 10% del total de XBP1 (fig. 1I). Estos hallazgos muestran que sXBP1 exhibe una mayor frecuencia y extensión en los exudados nasofaríngeos de pacientes con infección activa por SARS-CoV-2, particularmente en pacientes moribundos. La incidencia de sXBP1 fue similar en hombres y mujeres (fig. 1G) y aumentó con la edad (fig. 1H).

**Conclusiones:** Se trata de una enfermedad nueva, desconocida y con gran repercusión a nivel mundial, que debe ser más estudiada. La implicación de TLR7/8 y SXBP1 contribuyen a la sepsis viral, perfilar el paisaje transcripcional, nos ayuda a controlar la cascada inflamatoria, identificar un factor patogénico y proporcionar un biomarcador pronóstico temprano. Se confirma el papel informado de SXBP1 en la activación transcripcional de COX2, TNFL, IL 1B e IL.6. La aplicabilidad del conocimiento derivado del estudio se dirige a la posible utilización de fármacos activos sobre la rama IREL-XBP1.

#### 144. SHOCK SÉPTICO: FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE PARA DESARROLLO DE DELIRIUM

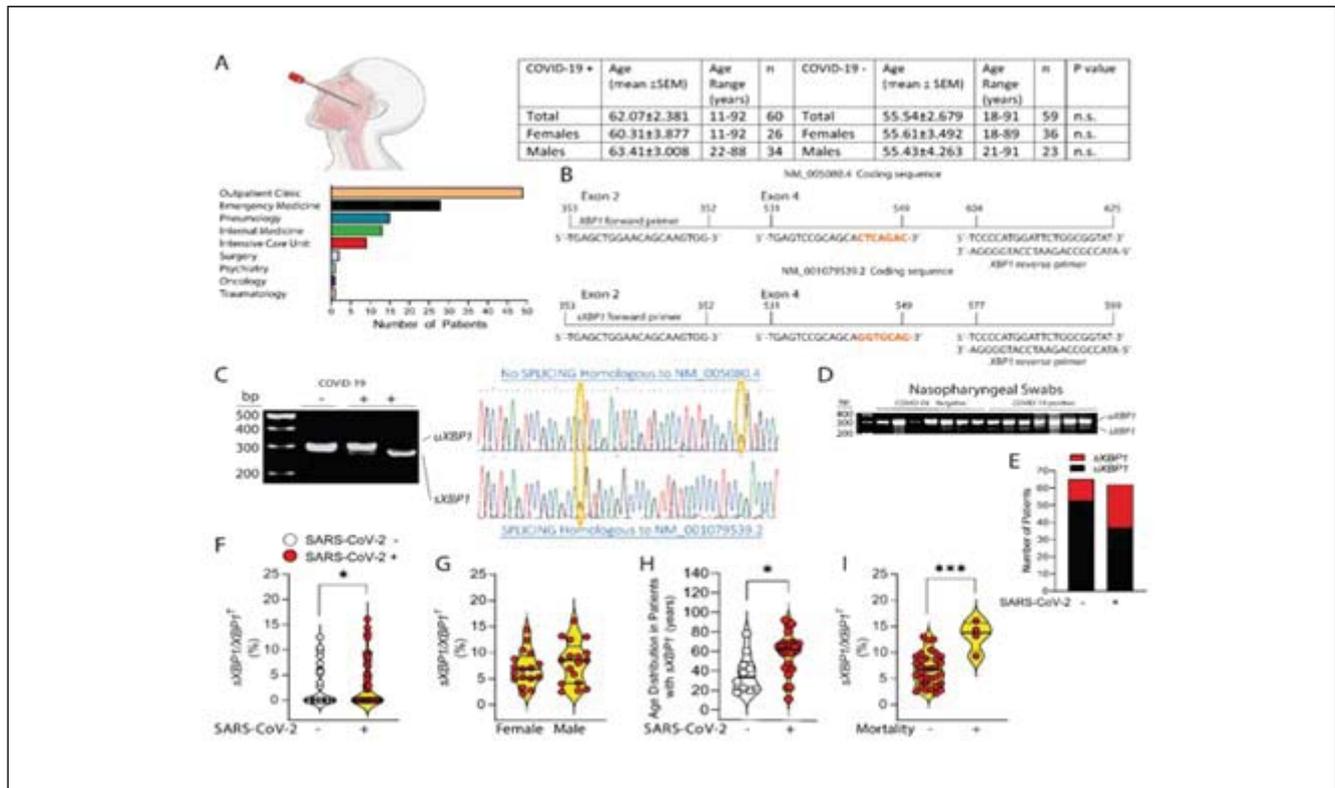
Munera Valero M, Murcia Saez IM, García López FA, Córcoles González V, Gimeno González M, Solís García del Pozo J, Gallego Luján C, Matas Rubio E y García Martínez de los Reyes L

Hospital General Universitario de Albacete (C. H. de Albacete), Albacete.

**Objetivos:** Comparar la incidencia de delirio, eliminando los principales factores de riesgo de presentarlo, entre pacientes críticos con diagnóstico de sepsis y los pacientes críticos con diagnósticos de shock séptico, valorando si el shock séptico es factor de riesgo independiente para desarrollarlo.

**Métodos:** •Estudio de cohortes prospectivo que incluye pacientes en tratamiento antibiótico con diagnóstico de sepsis que cumplan criterios de inclusión y otra cohorte con diagnóstico de shock séptico con los mismos criterios de inclusión en la unidad de cuidados intensivos de un hospital terciario, periodo febrero 2020-septiembre 2022. Diagnóstico de delirio según escala CAM-ICU. Criterios de inclusión: mayores de 18 años que ingresen en UCI con tratamiento antibiótico, con una estancia mayor de 48h y sin criterios de exclusión. Criterios de exclusión: ventilación mecánica, reingreso en UCI en los 6 meses siguientes, paciente neurocrítico como motivo de ingreso, intoxicación por depresores

Figura Póster 143



del sistema nervioso central o tomadores habituales, pacientes con diagnóstico de patología psiquiátrica o demencia.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes, con una edad media 62,48, DE 13,34; IC95% (59,61-65,36), APACHE II 17 (12,5-21,5) y SOFA al ingreso 4 (2,5-6), siendo 53 varones (62,4%) y 32 mujeres (37,6%). 64 pacientes (87,7%) fueron diagnosticados de sepsis y 30 (81,1%) de *shock* séptico, siendo el foco infeccioso más frecuente el respiratorio, seguido de urinario y abdominal. Recibieron tratamiento con cefalosporinas 30 (35,3%), otras penicilinas 24 (28,2%) y resto de grupos antibióticos 31 (36,5%). Presentaron delirio 9 pacientes (10,6%). Fallecieron 6 (7,1%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con y sin delirio, en edad, SOFA, APACHE II, días de ingreso ni otras variables presentadas en la tabla. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p 0,028), al comparar la incidencia de delirio entre pacientes con sepsis y en pacientes con diagnóstico de *shock* séptico.

	NO DELIRIO	DELIRIO	SIGNIFICACIÓN
Varón	49 (92,5%)	4 (7,5%)	p 0,24
Alcoholismo	3 (100%)	0	p 0,54
Fumadores	10 (76,9%)	3 (23,1%)	p 0,11
Sepsis	64 (87,7%)	9 (12,3%)	p 0,19
Mortalidad	6 (100%)	0	p 0,38

	NO DELIRIO	DELIRIO	SIGNIFICACIÓN
Shock séptico	30 (81,1%)	7 (18,9%)	p 0,028
Sin shock	46 (95,8%)	2 (4,2%)	p 0,028

**Conclusiones:** Se observó una mayor tendencia a presentar delirio en pacientes con más altas puntuaciones en la escala SOFA y en la escala APACHE II, sin alcanzar significación estadística, presumiblemente por el pequeño tamaño muestral. Se ha encontrado una significación estadística fuerte entre el diagnóstico de *shock* séptico y la aparición de delirio (p 0,028) frente al diagnóstico de sepsis sin *shock*.

#### 145. VALOR PREDICTIVO EPIGENÉTICO DE LOS MICRO-ARNs EN EL DESARROLLO DE PICS EN EL PACIENTE CRÍTICO SÉPTICO

Ferrando Sánchez C, Osca Verdegall R, Cánovas Cervera I, Ros Valverde F, Rodríguez Gimillo M, Casabó Valles G, Ferreres Franco J, García López E, García Gimenez JL y Carbonell Monleon N

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** Identificar pacientes que desarrollaron enfermedad crítica crónica (ECC) y síndrome de inmunosupresión inflamación y catabolismo persistente (PICS) en una población de paciente crítico con sepsis (S) o *shock* séptico (SS) así como evaluar los cambios de expresión de los micro-ARNs (mi-ARNs) en muestras basales de plasma a su ingreso en UCI y su valor predictivo. Valorar evolución y pronóstico de este subgrupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes que ingresan en UCI médica polivalente de hospital terciario con diagnóstico de S/SS y que según su evolución se clasificaron en 3 fenotipos distintos de acuerdo a los criterios de Gentile et al (S/SS no complicado, ECC y PICS). Se evaluaron variables clínicas y analíticas al ingreso, 8 d y 14 d de estancia. Se analizaron los perfiles de mi-ARNs circulantes en sangre durante las primeras 24h de ingreso mediante técnicas de secuenciación masiva small RNA-seq y análisis bioinformático previamente publicados por el grupo de investigación. Se realizó seguimiento posterior de los pacientes a los 6 m y al año analizando la supervivencia y calidad de vida, para lo que se utilizó el Cuestionario SF-36.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 43 pacientes con S (33%) o SS (66%) (30 fenotipo séptico no complicado, 13 ECC y 11 PICS), con una media de edad 65 ± 11, APACHEII 19 ± 7 y SOFA D1 7 ± 3. Se encontraron 7 mi-ARNs expresados diferencialmente y de manera significativa entre séptico no complicado y PICS, con un FDR < 0,1. El miR-10395 se identificó sobreexpresado tanto en ECC y PICS cuando se comparó la expresión frente a grupo de sepsis no complicado. MiR-122 y miR-27b

se observaron únicamente en PICS. La media de estancia en UCI y hospitalaria fue mayor en el fenotipo PICS vs. séptico no complicado: 16,5 ± 12,1 vs. 4,2 ± 2,6 d (p = 0,007) y 40,3 ± 32,3 vs. 11 ± 6,6 d (p = 0,13), respectivamente. Asimismo, la mortalidad hospitalaria fue superior en el fenotipo de PICS respecto al séptico no complicado (27,3 vs. 15,6%) (p = 0,39) y a los 6 m (18,1 vs. 6,25%) (p = 0,24). El estado de salud valorado a los 6 m y al año fue menor en los pacientes que desarrollaron PICS vs. séptico no complicado (52,8 vs. 71,9, p = 0,14) y (66 vs. 76,5, p = 0,36).

**Conclusiones:** Se trata de un estudio piloto que permite detectar firmas de mi-ARNs con capacidad de identificar casos de sepsis al ingreso con riesgo de desarrollar PICS en lo que además destaca la tendencia a peor morbilidad. Es necesario validar esta firma de mi-ARNs circulantes en una cohorte independiente para evaluar el potencial uso de estos biomarcadores en el manejo clínico de estos pacientes.

#### 146. IMPLICACIÓN CLÍNICA DE LA HIPERCITOCINEMIA EXTREMADAMENTE ALTA EN SHOCK SÉPTICO

Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Martín Sánchez L, Palmada Ibars C, Bajaña Mindiolaza I, Martín Rodríguez C, Ribas V, Hernández González M, Ferrer Roca R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Describir el perfil clínico y pronóstico de un subgrupo de pacientes con *shock* séptico e hipercitocinemia extremadamente alta.

**Métodos:** Unicéntrico, observacional, retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes en *shock* séptico, disfunción multiorgánica y niveles extremadamente altos de IL-6 que fueron activados por Código Sepsis en el periodo de septiembre 2018 a diciembre 2022. Para el diagnóstico de sepsis se utilizaron los criterios Sepsis 3. Se determinaron de forma prospectiva en las primeras 12h de evolución del *shock* la IL-6 (ELLA Protein Simple, California, EE. UU.) en muestra de sangre periférica. No existe una definición consensuada de hipercitocinemia extrema por lo que de forma arbitraria la hemos definido como aquellos niveles de IL-6 superiores a 5.000 pg/mL. Se han recogido variables demográficas, gravedad (APACHE II), disfunción orgánica (SOFA), mortalidad (UCI y hospitalaria). Los datos se han expresado en forma de "n" (%) si son categóricos y de mediana (rango intercuartílico) o media (desviación estándar) si son cuantitativos y se compararon utilizando la prueba t de Student. Se realizó regresión logística multivariada para mortalidad hospitalaria. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de nuestro centro (PR(AG)336/2016).

**Resultados:** Durante el periodo descrito 74 pacientes cumplieron los criterios de inclusión: 56,8% mujeres, 64 (17) años, SOFA 11 (7), SOFA cardiovascular de 4 (1), APACHE II 24 (12), lactato basal de 5,5 (4,2). La tabla resume las características de los pacientes incluidos. La mediana de IL-6 fue de 115.705 (251.261) pg/ml y fue más alta en los pacientes que no sobrevivieron (480.406 vs. 118.352 pg/ml, p = 0,002). Niveles de IL-6 superiores a 318.738 pg/ml se asocian a una mortalidad superior al 60% y se observa un cambio en la tendencia cuando la IL-6 supera los 186.167 pg/ml (fig.). En el análisis multivariante, la escala SOFA y nivel de IL-6 se asociaron a mortalidad mientras que los niveles de lactatos no. La mortalidad hospitalaria fue del 56% la mortalidad en UCI del 34,7%.

**Conclusiones:** En los pacientes con *shock* séptico y disfunción multiorgánica, niveles extremadamente altos de IL-6 se asocian a una mortalidad muy elevada. La hipercitocinemia extrema podría ser considerada como una herramienta clínica de diagnóstico para seleccionar pacientes con *shock* séptico y disfunción multiorgánica que se pueden ser tributarios de medicina de precisión mediante la aplicación de hemoadsorción de citocinas.

#### 147. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: DIFERENCIAS ENTRE EL AÑO 2021- 2022 POR EL REGISTRO ENVIN-HELICS

Reina Martínez J, Fernández Delgado E, Álvarez Osorio S, Gómez González C, del Campo Tejedor R y Amaya Villar R

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

**Objetivos:** Durante a pandemia por SARS-CoV-2 ha existido un incremento exponencial y de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria por la pérdida de la adherencia a las medidas de los proyectos

Figura 1 Póster 146

		N = 74
Edad [m(IQR)]		64(17)
Género [m(IQR)]		Mujer 42(56.8) Hombre 32(43.2)
SOFA [m(IQR)]		11 (7)
SOFA cardiovascular[m(IQR)]		4 (1)
Cardiomiopatía séptica [m(IQR)]		17(23)
APACHE II [m(IQR)]		24(12)
Comorbilidad [n(%)]	Inmunosupresión	42 (56)
	Cardiopatía	12 (16)
	Respiratoria	8 (10)
	Cirrosis	6 (8)
	ERC	9 (12)
Respuesta inflamatoria [n(%)]	Shock séptico	74 (100)
Foco de infección [n(%)]	Respiratorio	9 (12)
	Abdominal	33 (45)
	Urinario	19 (26)
Adquisición de la infección [n(%)]	Comunitaria	31 (42)
	Nosocomial	22 (30)
	ACS	15 (20)
Leucocitos [m(IQR)]		2.6x10e9/L (8.4x10e9/L)
Linfocitos [m(IQR)]		200 (200)
Plaquetas [m(IQR)]		113000 (121500)
Lactato basal [m(IQR)]		5,5(4.2)
PCR basal [m(IQR)]		14 (14)
PCT basal [m(IQR)]		29.8 (53.7)
IL-6 [m(IQR)]		115705 (251261) pg/ml
Días de estancia hospitalaria [m(IQR)]		29 (29)
Mortalidad Hospitalaria [n(%)]		42 (56)
Mortalidad UCI [n(%)]		26 (35)

Tabla 1. Características de la población a estudio. Los datos se han expresado en forma de "n" (%) si son categóricos y de mediana (rango intercuartílico) o media (desviación estándar) si son cuantitativos. ACS: asociado a cuidado sanitario; ERC: enfermedad renal crónica.

Figura 2 Póster 146

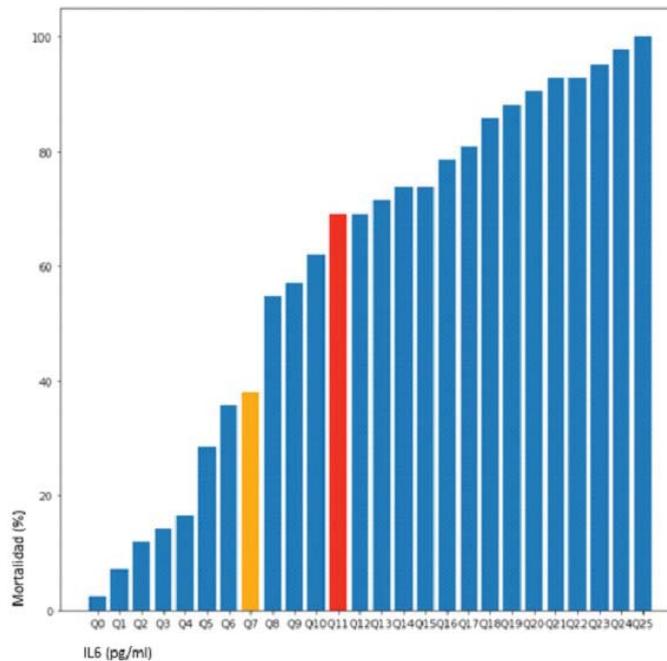


Figura 1. Representación por cuantiles en relación a la mortalidad acumulada. La mortalidad supera el 60% cuando el valor de IL-6 supera los 318738 pg/ml (cuantil rojo) y se observa un cambio en la tendencia cuando la IL-6 supera los 186167 pg/ml (cuantil amarillo).

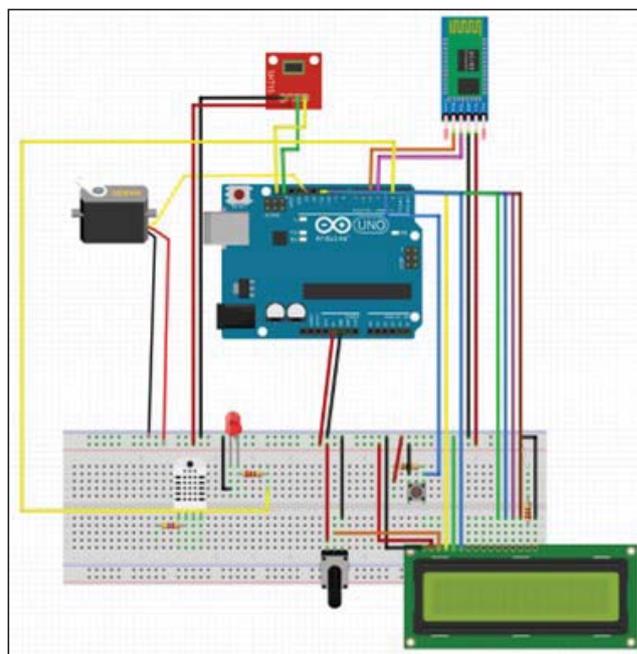
Zero en el contexto de la sobrecarga asistencial, unidades de cuidados intensivos desplazadas y personal inexperto. Nuestro objetivo analiza si, tras haber superado la pandemia, ha existido una disminución de los episodios de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), sus características y la morbilidad asociada en comparación en el año 2021.

**Métodos:** Se incluyen todos los pacientes con NAV registrados durante el periodo abril-junio 2022. Se compararon las variables cualitativas como porcentajes y las cuantitativas como medias y DE.

**Resultados:** Existieron 18 episodios de NAV en 2022 y 40 episodios de 2021, con una densidad de incidencia de 17, 77 y 28,03 episodios/1.000 días de VM, lo que significa una importante reducción. No existieron diferencias en cuanto al sexo, edad, APACHE II, días de estancia, aunque si, existieron un 31,25% de pacientes quirúrgicos en el periodo 2022 sin existir ninguno en el periodo previo. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron los bacilos gram negativos Bac (> 76%) siendo los más frecuentes las *Pseudomonas aeruginosa* (26,09 vs. 31,91%) y *Klebsiella pneumoniae* (17,39 vs. 17,02%), con un aumento de la aparición del perfil de resistencias de la primera. El tratamiento antimicrobiano empírico apropiado fue del 58,82% en el corte 2022 y del 91,67% en 2021. La mortalidad de los pacientes con NAV fue mayor en el año 2022, siendo del 43,75% respecto al 33,33% del 2021.

**Conclusiones:** Se ha producido una reducción importante de la densidad de incidencia de episodios de NAV, aunque aún distan mucho de los estándares aconsejados. No obstante, ha existido un aumento de la inadecuación del tratamiento antimicrobiano empírico y aumento de la mortalidad. Sería necesario una revisión de los aislamientos y de las guías para valorar si estas se adecuan a la actualidad de los patrones de sensibilidad microbiología.

boración con personal de la Universidad de Málaga). Pero nuestro deseo a futuro es hacer esta tecnología tan asequible y fiable que se instaure no solo en pacientes aislados de nuestras UCI, sino a todos los pacientes hospitalizados que lo necesiten.



## Defensa pósteres

### SIMULACIÓN/INTERNET/NUEVAS TECNOLOGÍAS

11:40-12:00 h. PANTALLA 10

#### 148. CREACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA EL PACIENTE EN AISLAMIENTO

Narváez de Linares A, Paradas Torralvo V, Barón Barrera IP, Vegas Pinto R, Varela López A y Zaheri Beryanaki M

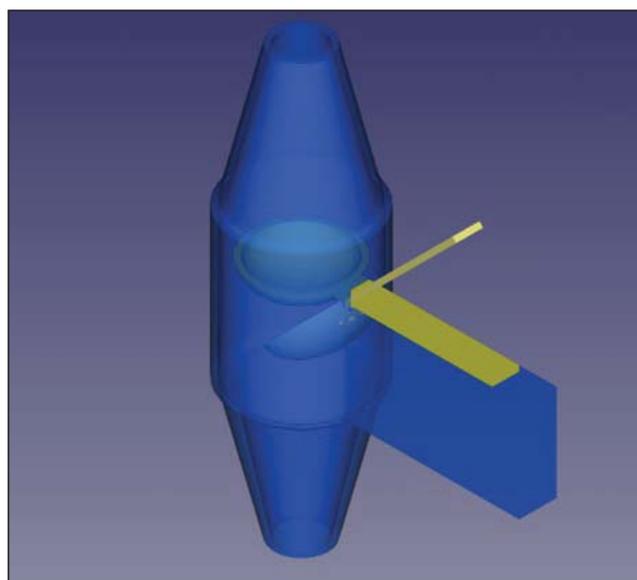
Hospital de Antequera, Málaga.

**Objetivos:** Desarrollar la tecnología para reducir el contacto con el paciente aislado, mediante robótica y sistemas de código abierto.

**Métodos:** Presentamos un sistema de vigilancia del paciente basado en Arduino (Arduino UNO) que nos permite interactuar con el paciente a través de sensores y actuadores. En un presupuesto comedido, pretendemos la máxima interacción a distancia, evitando la exposición del personal innecesaria al paciente aislado y viceversa. Si bien es difícil, a través de una codificación en Arduino (versión de C++) podemos llegar a tomar datos de nuestros pacientes: flujo de diuresis, temperatura, humedad, heces (presencia o no). Y con los actuadores actuar en consecuencia, siendo el paradigma la "bajada de la diuresis". Para ello, hemos tenido que diseñar una interfaz, es la que está todavía en "fase alfa", que es la que se relaciona con el paciente y otros instrumentos habituales en la UCI. Esta interfaz, se ha realizado con modelado en 3D *ex profeso* para cada necesidad, y más en especial el flujómetro de diuresis, para el cual nos hemos basado en los pluviómetros meteorológicos. Mediante pantallas y dispositivos *bluetooth* podemos obtener información y emitir comandos al dispositivo.

**Resultados:** Aunque todavía es una tecnología en laboratorio, estamos obteniendo resultados satisfactorios en las pruebas realizadas hasta ahora. Estando actualmente pendiente de aprobación para la investigación en nuestros pacientes.

**Conclusiones:** Ante el auge de paciente aislados, no solo por el COVID, sino también aquellos en aislamiento inverso o de contacto por colonización o infección de germen multiresistente necesitamos nuevas herramientas para la vigilancia y tratamiento. Sabemos que es un proyecto con sus carencias, pero igualmente reconocemos que debido a su precio bajo puede llegar a ser un sistema muy eficiente. Nuestra gran traba, por ahora, es el inicio de pruebas fuera del laboratorio, (en cola-



#### 149. FORMACIÓN ESPECIALIZADA MEDIANTE SIMULACIÓN CLÍNICA EN ECMO: ¿MODALIDAD SOLO PRESENCIAL O HÍBRIDA?

Chicote Carasa Y, Pérez Vela JL, Muñoz Calahorro R, Burgui Gualda E, Flordelis Lasierra JL, Terceros Almanza LJ y Renes Carreño E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** El objetivo del estudio fue valorar si se detectaron diferencias entre dos modelos de curso formativos sobre el uso y manejo de ECMO (oxigenador por membrana extracorpórea); uno llevado a cabo de forma íntegra presencial y otro híbrido con fase teórica online y fase práctica presencial (pospandemia COVID-19); en cuanto al grado de satisfacción, el interés por los contenidos, la integración con el profesorado y la metodología entre los alumnos que recibieron el curso íntegro presencial respecto a los que recibieron el curso híbrido (on-line más presencial).

Tabla Póster 149

Preguntas	Media presencial	Desviación estándar presencial	Media híbrido	Desviación estándar híbrido	t-Student
Valoración general sobre el curso	4,739	0,212	4,87	0,229	0,466
Interés de los temas tratados	4,067	0,850	4,316	0,730	0,24
Integración de los profesores con los asistentes	4,603	0,649	4,526	0,564	0,642
La metodología ha sido adecuada	4,164	0,730	4,395	0,774	0,234

**Métodos:** Se llevaron a cabo un total de 5 cursos formativos teórico-prácticos incluyendo talleres de simulación avanzada entre los años 2017 y 2022 (4 cursos solo presenciales de 22 horas y uno en formato mixto on-line más presencial). Estudio descriptivo retrospectivo, para el cual, al finalizar el curso, se realizó una encuesta de satisfacción con puntuaciones entre 1 (malo) y 5 (excelente). El análisis estadístico se realizó con SPSS v24, se emplearon variables cuantitativas que se expresaron como media y DE y la comparación de medias se llevó a cabo mediante t de Student con un grado de significación preestablecido de 0,05.

**Resultados:** Se analizaron datos de 134 alumnos (108 contestaron la encuesta, 80,6%). 24 en modalidad híbrida y el resto en modalidad presencial (cursos de 24 a 30 alumnos). En cuanto a los resultados, ambos tipos de curso tuvieron unas elevadas valoraciones y, destacar (tabla) que, en 3 de las 4 categorías analizadas, incluyendo la metodología empleada, el curso híbrido presenta tendencia a una mayor puntuación, sin alcanzar la significación estadística.

**Conclusiones:** Ambos formatos de curso tuvieron un elevado grado de satisfacción en los alumnos. La modificación en la estrategia docente, con formación híbrida (on-line asociada a talleres de simulación presenciales) no muestra diferencias respecto a la estrategia presencial clásica.

recibidas en cuanto a sexo ni especialidad. En cuanto a la recogida de sugerencias, la mayoría coinciden en más tiempo de prácticas, a pesar del alto número de talleres, profundizar en el estudio de la farmacoterapia en ECMO e incluir las infecciones ligadas a estos dispositivos.

Preguntas	Media y DE
Satisfacción general	4,63 ± 0,53
Interés en los temas tratados	4,1 ± 0,85
Comprensión de los temas	4,41 ± 0,6
Participación talleres	4,74 ± 0,53
Aplicación práctica del curso en la asistencia	4,38 ± 0,64
Metodología global	4,39 ± 0,77
Interacción con los profesores	4,52 ± 0,56
Valoración global profesores teoría	4,51 ± 0,56
Valoración global profesores prácticas	4,56 ± 0,58

**Conclusiones:** Los alumnos de este curso híbrido de simulación muestran un elevado interés por los temas tratados y la satisfacción global por este modelo y tipo de curso, considerando que ha sido una excelente herramienta de aprendizaje.

150. ADAPTACIÓN Y MEJORA DE UN CURSO DE SIMULACIÓN CLÍNICA EN ECMO AL PERIODO POSTPANDEMIA. CURSO HÍBRIDO VIRTUAL-PRESENCIAL DE ECMO

Chicote Carasa Y, Pérez Vela JL, Muñoz Calahorra R, Burgui Gualda E, Flordelis Lasiera JL, Terceros Almanza LJ y Renes Carreño E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar la viabilidad y calidad percibida por los alumnos de un curso híbrido de simulación en ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea), con fase teórica virtual y fase práctica presencial.

**Métodos:** El curso tuvo una fase virtual (enero-marzo 2022) en la que se desarrollaron, a través de una plataforma expresamente elaborada para el curso, 21 temas teóricos que abarcan tanto temas generales, como específicos de uso de ECMO VA y VV, así como complicaciones y resultados esperables con el uso de esta tecnología. Tras superar la evaluación de la parte teórica, se desarrollaron 2 jornadas con 13 talleres prácticos, destacando la simulación clínica en 4 de ellos (tanto VV como VA), además del manejo de diferentes dispositivos ECMO y otros talleres complementarios en fisiología, canulación, donación, ecocardiografía, *removal* de CO<sub>2</sub> y Pediatría. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que, al finalizar el curso, se realizó una encuesta de satisfacción con puntuaciones entre 1 (malo) y 5 (excelente). El análisis estadístico se realizó con SPSS v24, con variables cuantitativas expresadas como media y DE.

**Resultados:** De los 24 alumnos (3 grupos de 8), respondieron 19 a la encuesta (80%). La mayoría de asistentes fueron de hospitales españoles y 3 extranjeros (2 latinoamericanos y un irlandés). El 66,6% de los encuestados pertenecían a Medicina Intensiva, el 12,5% a Anestesiología y el 12,5% restante a Cardiología. No hubo diferencias entre las valoraciones

Comunicaciones orales

CARDIOVASCULAR/ORGANIZACIÓN GESTIÓN Y CALIDAD/NEFROLOGÍA

16:45-18:15 h. AUDITORIO 1

151. INFLUENCIA DEL DETERIORO FUNCIONAL TRAS LA ENFERMEDAD CRÍTICA SOBRE DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS FAMILIAR

Iglesias Franco J<sup>1</sup>, Martín Torres J<sup>2</sup>, González de Marcos B<sup>1</sup>, Alvargonzález Riera C<sup>1</sup>, Delgado Arroyo A<sup>1</sup>, Albert de la Cruz P<sup>1</sup>, García Vázquez N<sup>1</sup>, Vaquero Andreu S<sup>1</sup>, Canabal Berlanga A<sup>1</sup> y Vega González G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Identificar el riesgo que supone el deterioro funcional del paciente crítico para el desarrollo de malestar psíquico derivado de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en sus familiares.

**Métodos:** Estudio de cohortes con evaluaciones repetidas. Se incluyeron a los familiares (máximo 3 por paciente) de pacientes que permanecieron más de 3 días en una UCI médico-quirúrgica de adultos de un hospital de tercer nivel. Las herramientas de medida empleadas fueron: deterioro funcional mediante Índice de Barthel (BI), ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory, depresión mediante Beck Depression In-

Figura Comunicación 151

Barthel Index	Situación Basal	Al alta de la UCI				Post-UCI			
		Media	IC95%	Media	IC95%	A los 3 meses		A los 6 meses	
Puntuación	x (rango)	Media	IC95%	Media	IC95%	Media	IC95%	Media	IC95%
Pérdida funcional	X (rango)	NA		52,52 (33,5)	47-58	20,05 (29,7)	15-25	16 (29,3)	11-21
Independencia (100 puntos)	n (%)	122 (84,7)	78-90	9 (6,3)	3-11	47 (32,6)	26-41	52 (36,1)	29-44
Dependencia escasa (91-99 puntos)	n (%)	7 (4,9)	2-10	5 (3,5)	1-8	8 (5,6)	3-11	10 (6,9)	4-12
Dependencia moderada (61-90 puntos)	n (%)	13 (9)	5-15	32 (22,2)	16-30	26 (18,1)	13-25	20 (13,9)	9-20
Dependencia severa (21-60 puntos)	n (%)	2 (1,4)	0-4,5	38 (26,4)	20-34	9 (6,3)	3-11	5 (3,5)	1-8
Dependencia total (0-20 puntos)	n (%)	0		39 (27,1)	20-35	10 (6,9)	4-12	8 (5,6)	3-11
Fuente	n (%)	NA		21 (14,6)	10-21	44 (30,8)	24-39	49 (34)	27-42