

Resultados: De los 22 pacientes que completaron el seguimiento (47% de pérdidas), el 65% eran hombres con una edad media de 52 años. El 61% ingresaron por motivos médicos, con un APACHE II inicial de 19,8 y una estancia media en UCI de 19 días. A los 3 meses, el 50% de los pacientes fueron diagnosticados con SPCI, distribuidos en 27% leve, 18% moderado y 5% grave. A los 6 meses, se observó una mejora significativa, con una prevalencia reducida al 25%, incluyendo solo 2 casos de SPCI moderado o grave. La esfera más afectada fue la cognitivo-laboral, con un 50% de los pacientes que no recuperan su puesto trabajo habitual y un 50% con resultados patológicos en la escala MoCA. Aunque no se identificaron diferencias significativas en las variables demográficas o terapéuticas, la afectación psicológica mostró una relación más estrecha con el SPCI en comparación con otras variables (dimensión mental en SF-12, $p < 0,05$; dimensión depresión en HAD, $p < 0,05$).

Conclusiones: La prevalencia de SPCI en nuestra cohorte fue del 50%, un hallazgo consistente con la literatura existente, caracterizado principalmente por formas leves. Las pérdidas de seguimiento, que alcanzaron un 47%, limitaron la capacidad para realizar un análisis exhaustivo de los factores de riesgo asociados. En este contexto, la afectación psicológica mostró una correlación significativa con el desarrollo del SPCI, mientras que las alteraciones cognitivas se identificaron como las manifestaciones más prevalentes dentro de la población estudiada.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 1

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 2

Moderadora: Cruz Soriano Cuesta, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

105. REPERCUSIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE FILMARRAY NEUMONÍA PLUS EN LA DESESCALADA ANTIBIÓTICA DE PACIENTES CRÍTICOS

Chova Sendra Z, Moreno Fontanillas O, Da Costa Llacer L, Rincón Franco S, Vendrell Torra E, Iglesias Rodríguez R y Garro Martínez P

Hospital General de Granollers, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la repercusión de la implantación de Filmarray neumonía plus (PNplus) en la desescalada antibiótica de pacientes con neumonía y requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Analizar la concordancia de resultados entre PNplus y el cultivo convencional.

Métodos: Entre diciembre de 2023 y julio de 2024, se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad con diagnóstico de neumonía comunitaria o nosocomial que requirieron de ventilación mecánica invasiva. Se obtuvieron 22 muestras de lavado broncoalveolar mediante fibrobroncoscopia. Cada muestra fue analizada mediante PNplus y cultivo convencional. El presente estudio es un estudio descriptivo para valorar el porcentaje de concordancia entre ambas técnicas y el porcentaje de cambio de tratamiento según los resultados del PNplus.

Resultados: Al comparar los resultados de ambas técnicas, éstas fueron negativas en el 45,5%. En el 27% de los casos, PNplus detectó patógenos siendo el cultivo negativo, mientras que en el 9% el cultivo fue positivo siendo PNplus negativo. En el 14% detectaban diferentes microorganismos y solo en un 5% detectaban el mismo. Destacar que en algunos casos se aislaron diferentes microorganismos en una misma muestra. Resultados de PNplus: el 54,5% de las muestras fueron negativas. Entre las muestras positivas, *Influenzae A* se aisló en un 36%, *Staphylococcus aureus* en un 21% y *Haemophilus influenzae* en un 14%. Además, se aisló *Enterobacter cloacae* (7%), *Streptococcus pneumoniae* (7%), *Human rinovirus/enterovirus* (7%) y *Parainfluenzae virus* (7%). No se encontraron genes de resistencia. Resultados de cultivo convencional: el 72,7% de las muestras fueron negativas. En un 14% para cada microorganismo se aisló: *Stenotrophomonas maltophilia*, *Aspergillus fumigatus*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Achromobacter xylosoxidans*, *Candida tropicalis*, *Enterobacter cloacae*. Impacto en la terapia: en el 54,5% de PNplus se realizó cambio en el tratamiento, y de estos, al 50% se le retiró el antibiótico y al 50% restante

se desescaló. En lo que refiere al cultivo, solo se realizó cambio en un 27%: retirada en el 50% y escalada, desescalada e inicio de antibioterapia en un caso respectivamente (17%).

Conclusiones: PNplus permite detectar de forma precoz más microorganismos y con ello ajustar la antibioterapia para evitar el desarrollo de resistencias. Es posible que el PNplus sea negativo y el cultivo positivo, esto ocurre cuando PNplus no testa el microorganismo en cuestión (por ejemplo, *Aspergillus*). En cuanto a actitud médica, globalmente, PNplus permite adecuar el tratamiento antibiótico.

106. UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE A LO LARGO DE 17 AÑOS

Ruiz Villa G, Del Baño Aledo MD, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Torrano Ferrández A, Rozua López AM, Martínez Martín G, Carrasco González E, Higón Cañigral A y López Gómez L

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

Objetivos: Analizar el uso de antimicrobianos (AM) a lo largo de 17 años en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, utilizando el registro ENVIN, de todos los AM que recibieron los pacientes ingresados en UCI con una estancia superior a 48 horas, entre el año 2006 y 2023. Se excluyeron los AM utilizados como profilaxis. Las variables se expresan como medias con su desviación estándar, mediana (rango intercuartílico) y frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron utilizados 16261 antimicrobianos, de los cuales el 89,9% eran antibacterianos, 6,0% antifúngicos, 3,5% antiviricos y el 0,5% otros. El motivo del uso del AM fue infección comunitaria en el 53,0% de los casos, infección nosocomial desarrollada en planta en el 23,4%, infección nosocomial desarrollada en UCI en el 21,9% y en el 1,7% por motivo desconocido. Únicamente 1.688 (10,6%) de los AM habían sido utilizados de forma dirigida. Entre los antibacterianos, las 3 familias más utilizadas fueron los betalactámicos/inhibidor de betalactamasa en el 23,8%, las fluorquinolonas (13,3%) y las cefalosporinas de 3.^a generación (12,5%). Tanto el tipo de AM como la familia de antibióticos utilizados difieren con el paso de los años ($p < 0,001$ para ambas comparaciones). Según la clasificación AwaRe, el 75,8% de los antibióticos fueron clase W, 11,9% clase A y 12,3% clase R. El uso de antibióticos clase R ha ido aumentando con el tiempo, 4,3% en 2006, 3,5% en 2007 y 5,3% en 2008, frente al 16,9% en 2021, 21,3% en 2022 y 21,8% en 2023 ($p < 0,001$). La mediana de duración de los AM ha sido de 5 (3-8) días, 62,7% de los AM menos de 7 días, 29,0% entre 7 y 14 días y 8,3% más de 14 días, con diferencias según los años analizados ($p < 0,001$), con porcentajes mayor del 10% de AM utilizados por encima de 14 días durante los años 2006 a 2010, y menores del 5% en los últimos tres años del estudio ($p < 0,001$).

Conclusiones: El uso de antimicrobianos es frecuente en la UCI. La mayoría son antibacterianos y la indicación principal es la infección comunitaria. A lo largo de los años, ha aumentado el uso de los antibacterianos restringidos, pero la duración del tratamiento es cada vez menor.

107. EFECTIVIDAD CLÍNICA Y RESISTENCIA EMERGENTE A CEFIDEROCOL EN PACIENTES CRÍTICOS CON INFECCIONES POR BGN-MDR

García-Roig B, Martín-Cerezuela M, Frasset-Artés J, Martín-Latorre R y Ramírez-Galletmore P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Describir la experiencia con pacientes críticos tratados con cefiderocol e investigar la aparición de resistencias mediante la evaluación de la CMI al diagnóstico, durante y al final del tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de 13 pacientes ingresados en la UCI del HUIP La Fe (2021-2023). Se analizaron variables clínicas y microbiológicas, definiendo fallo clínico como persistencia de síntomas en EOT y fallo microbiológico como cultivos positivos en EOT. La sensibilidad a cefiderocol se evaluó con difusión en disco, y la evolución de la CMI mediante t pareada ($p < 0,05$). Estudio retrospectivo de 13 pacientes ingresados en la UCI del HUIP La Fe (2021-2023). Se analizaron variables clínicas y microbiológicas, definiendo fallo clínico como persistencia de síntomas en EOT y fallo microbiológico como cultivos positivos en EOT. La sensibilidad a cefiderocol se evaluó con difusión en disco, y la evolución de la CMI mediante t pareada ($p < 0,05$).

Figura Póster 107.jpg

	Age	Sex	Infection site	Etiology	Days between infection and cefiderocol use	Cefiderocol use	Combined antibiotic	Duration treatment (days)	Initial CMI	Final CMI	Clinical response EOT	Microbiological response EOT
1	20	M	Pneumonia	P. aeruginosa	8	Targeted	-	42	0,5	1	No	No
2	77	M	UTI	A. baumannii	1	Targeted	-	11	0,25	0,25	Yes	Yes
3	36	M	VAP	P. aeruginosa	23	Rescue	Linezolid	53	0,25	0,25	No	No
4	62	M	UTI	P. aeruginosa	0	Targeted	-	10	0,125	0,25	No	No
5	64	F	UTI	A. baumannii	1	Targeted	Colistin	10	0,125	0,5	Yes	Yes
6	51	M	BSI	A. baumannii	0	Targeted	Colistin	12	0,25	0,5	Yes	No
7	65	M	VAP	P. aeruginosa	25	Rescue	-	9	0,25	0,25	Yes	Yes
8	41	M	VAP	A. baumannii	7	Rescue	Tigecycline	9	0,25	0,25	No	Yes
9	52	M	VAP	A. baumannii	0	Targeted	-	10	0,25	1	Yes	No
10	66	M	VAP	A. baumannii	0	Targeted	Linezolid	20	0,25	0,25	Yes	Yes
11	51	F	Pneumonia	P. aeruginosa	1	Targeted	-	13	0,25	0,25	Yes	No
12	66	M	Abdominal	P. aeruginosa	1	Targeted	-	5	0,125	0,25	Yes	Yes
13	60	M	BSI	A. baumannii	12	Targeted	-	14	0,5	1	Yes	No

Tabla 1

Resultados: El 53,8% ingresó por SARS-CoV-2, el 30,7% requirió ECMO y el 61,5% recibió terapia de reemplazo renal. Todas las infecciones fueron nosocomiales, causadas por *Acinetobacter baumannii* MDR (53,85%) y *Pseudomonas aeruginosa* MDR (46,15%). El cefiderocol se utilizó como terapia dirigida (30,7%), de rescate (23%) o de primera línea (46,1%). Se administró mayoritariamente en monoterapia (92,3%) y, en dos casos, con colistina inhalada para VAP. La duración media fue de 11 días [rango, 9,5-17], con respuesta clínica en el 69,2%, fracaso microbiológico en el 23% y colonización persistente en el 92,3%. Todas las cepas permanecieron sensibles, aunque la CMI promedio aumentó de 0,25 a 0,36 µg/ml ($p = 0,0591$). La mortalidad fue del 30,7%, con dos muertes atribuibles a la infección.

Conclusiones: El tratamiento de infecciones complejas por bacterias MDR en pacientes críticos con cefiderocol no se acompañó de selección de cepas resistentes. No obstante, si se observó un incremento no significativo de la CMI.

108. ANÁLISIS DE LOS GÉRMEENES AISLADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE A LO LARGO DE 17 AÑOS

Maíquez Sánchez L, Ruiz Villa G, Del Baño Aledo MD, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, López Morales P, García Linares GS, Ruiz Rodríguez A, Higón Cañigral A y Fernández Gambín H

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

Objetivos: Analizar los aislamientos de gérmenes a lo largo de 17 años en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, utilizando el registro ENVIN, de todos los gérmenes aislados en los pacientes ingresados en UCI con una estancia superior a 48 horas, entre el año 2006 y 2023. Las variables se muestran como mediana (rango intercuartílico) y frecuencias absolutas y relativas, y la comparación entre variables mediante la prueba χ^2 de Pearson.

Resultados: Durante el periodo de estudio fueron ingresados 12.471 pacientes, de los cuales 1.033 (8,3%) desarrollaron infección nosocomial, 909 (7,3%) con aislamiento microbiológico. En 764 (84%) casos se aisló un único germen y en el resto hubo crecimiento polimicrobiano. La tasa de infección polimicrobiana era mayor en los primeros años de estudio (36,2% en 2006, 25% en 2007, 24,7% en 2008) que en los últimos tres años (4,7% en 2021, 7,1% en 2022 y 6,3% en 2023) [$p < 0,001$]. Fueron aislados 1663 microorganismos 1358 (81,7%) eran bacterias, 297 (17,9%) hongos y 8 (0,5%) virus, con aumento de aislamiento fúngico en los últimos años ($p = 0,008$). Los gérmenes más aislados fueron bacterias Gram negativas (44,2%), bacterias Gram positivas (37,5%), levaduras (16,6%), hongos filamentosos (1,3%) y 8 (0,5%) virus. Los porcentajes de gérmenes aislados han ido variando a lo largo de los años ($p = 0,028$) con un aumento de levaduras en los últimos. Entre las bacterias Gram positivas, las más frecuentes fueron diferentes tipos de *Staphylococcus* y de las bacterias Gram negativas la más frecuente fue *Pseudomonas aeruginosa*, con diferencias en los aislamientos en relación con el tiempo analizado ($p < 0,001$).

Conclusiones: Menos del 10% de los pacientes ingresados en UCI con estancia mayor de 48 horas desarrollan infección nosocomial, la mayoría monomicrobianas. Las bacterias Gram negativas son los gérmenes más frecuentemente aislados, destacando *Pseudomonas aeruginosa*. Las bacterias Gram positivas van en aumento en los últimos años. Las levaduras son los hongos predominantes en los últimos años.

109. INFECCIONES POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN UCI: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTRATEGIAS DE MANEJO Y RESULTADOS

Chas Bami W, Viejo Moreno R, Agurto Rivera SN, González Wagner GA, Siervo von Reitzenstein A, Castaño Bourgan O, Romo Gonzales JE, Eguileor Marín Z, Vicente Esteban P y Marian Crespo C

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Describir las características clínicas, fuentes de infección, complicaciones, manejo y resistencia antimicrobiana en pacientes con infecciones por *Streptococcus pyogenes* en UCI. Evaluar el impacto del control del foco infeccioso.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 29 pacientes con infecciones por EBHGA confirmadas microbiológicamente en la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara (2010-2024).

Resultados: La mediana de edad fue de 45,7 años (IQR 37,3-59,5), con un 62,1% de hombres. Los principales focos de infección fueron piel y tejidos blandos (58,6%), respiratoria (24,1%) y puerperal (17,2%). Las complicaciones incluyeron shock séptico (82,8%), insuficiencia renal aguda (72,4%), coagulopatías (72,4%) e insuficiencia respiratoria (62,1%). El 51,7% recibió terapia empírica con clindamicina, linezolid y carbapenémicos. En el 44,8% de los casos se utilizó inmunoglobulina, y el control del foco infeccioso se logró en el 72,4%. Las tasas de susceptibilidad antimicrobiana fueron del 100% para penicilina y clindamicina, mientras que se observó resistencia en un 19,2% para macrólidos y un 3,4% para quinolonas. La estancia media en UCI fue de $12,9 \pm 6,5$ días, y en el hospital, de 38,6 días. La mortalidad fue del 13,8%.

Tabla 1. Características clínicas y tratamiento

Características demográficas	Edad (mediana- IQR) Hombres	45.7 (37.3–59.5) 62.1%
Foco de infección	Piel/Tejidos blandos Puerperal Respiratorio	58.7% 17.2% 24.1%
Duración de ingreso (días)	ICU (mediana - IQR) Hospital (mediana - IQR)	7 (4-11) 22 (10-45)
Fracaso orgánico	Insuficiencia respiratoria Insuficiencia renal aguda Coagulopatía Shock	62.1% 72.4% 72.4% 82.8%
Antibióticos sensibilidad	Penicilina Clindamicina Macrólidos Quinolonas	100% 100% 80.8% 96.6%
Tratamiento y manejo	Inmunoglobulinas Control del foco	44.8% 72.4%
Mortalidad	13.8%	

Conclusiones: Los pacientes con infecciones por EBHGA que requieren ingreso en UCI presentan importante gravedad clínica, destacando-

se complicaciones como el *shock* séptico y el fallo multiorgánico. La mortalidad en esta cohorte fue menor a la reportada en poblaciones similares, lo que podría reflejar la efectividad del control temprano del foco infeccioso y el uso precoz de terapias con inmunoglobulina. Sin embargo, la persistencia de resistencia a antibióticos, especialmente a macrólidos, subraya la necesidad de un uso racional de estos fármacos.

110. MORTALIDAD EN PACIENTES DE UCI CON INFECCIONES POR *S. PYOGENES*: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Chas Brami W, Viejo Moreno R, Agurto Rivera SN, González Wagner GA, Siervo von Reitzenstein A, Castaño Bourgan O, Benito Puncel C, Vicente Esteban P, Mariblanca Nieves B y Marian Crespo C

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Analizar la mortalidad y factores asociados en pacientes de UCI con infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (EBHGA), evaluando el impacto del control del foco infeccioso sobre la supervivencia.

Métodos: Cohorte retrospectiva de 29 pacientes con infecciones por EBHGA confirmadas microbiológicamente, ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Guadalajara (2010-2024).

Resultados: La mediana de edad fue de 45,7 años (IQR 37,3-59,5), con un 62,1% de hombres. Los focos de infección fueron piel y tejidos blandos (58,6%), respiratoria (24,1%) y puerperal (17,2%). La mortalidad fue del 20,7%, siendo los pacientes fallecidos más mayores (edad mediana 58,6 años frente a 45,4 años en los sobrevivientes). Las infecciones respiratorias presentaron una mortalidad mayor (42,9%) en comparación con las infecciones de piel o tejidos blandos (17,6%), aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,13$). Todas las infecciones puerperales sobrevivieron. Las estancias en UCI fueron más largas para las infecciones respiratorias (18,9 frente a 10,4 días). El FMO ocurrió en el 79,3% de los pacientes, con un 24,1% que sufrió fallo en cuatro o más órganos. El control del foco infeccioso se logró en el 72,4% de los casos, correlacionándose fuertemente con la supervivencia ($r = 0,88$, $p < 0,001$). Las estancias medianas en UCI y hospital fueron de 7 (IQR 4-10) y 22 días (IQR 10-45), respectivamente.

Tabla 1. Características clínicas y resultados.

	Total (n=29)	Supervivientes (n=23)	Fallecidos (n=6)
Edad (mediana - IQR)	45.7 (37.3-59.5)	45.4 (36.3-57.2)	58.6 (40-66.9)
Hombres (%)	62.1% (18)	77.8% (14)	22.2% (4)
Foco Infección			
- Puerperal (%)	17.2% (5)	100% (5)	0% (0)
- Respiratorio (%)	24.1% (7)	57.1% (4)	42.9% (3)
- Piel/Tejidos blandos (%)	58.6% (17)	82.4% (14)	17.6% (3)
Control del foco (%)	72.4% (21)	78.3% (18)	50% (3)
Estancia en UCI (IQR)	7 (4-10)	7 (4-10)	6 (1-8.5)
Estancia hospitalaria (IQR)	22 (10-45)	29 (20-49)	6 (1-8.5)

Imagen 1. Número de fallos de órgano vs mortalidad

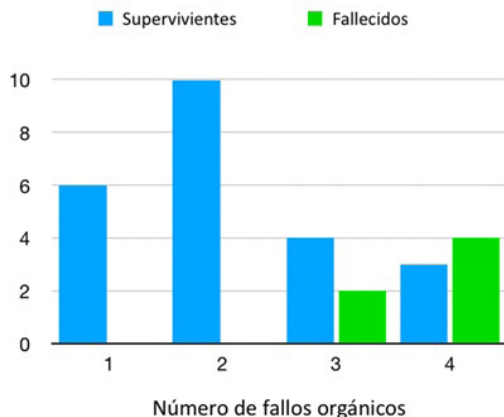
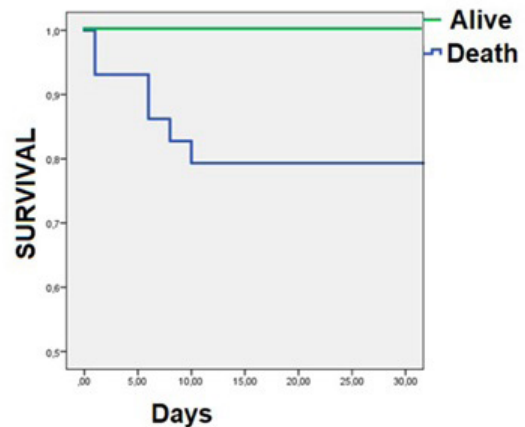


Imagen 2. Curva de supervivencia Kaplan Meier



Conclusiones: Las infecciones por EBHGA en pacientes de UCI son graves, con alta incidencia de FMO y mortalidad. Las infecciones respiratorias se asociaron con estancias más prolongadas en UCI, aunque no mostraron un aumento estadísticamente significativo en la mortalidad. La fuerte correlación entre el control del foco infeccioso y la supervivencia resalta la importancia de un control temprano y efectivo del foco para mejorar los resultados.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 2

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 3

Moderadora: Antonia Socías Mir, Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca

111. BACTERIEMIAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS A INFECCIÓN POR CATÉTER EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL CHUNSC EN TENERIFE

Rodríguez Ramos ST, Parrilla Toribio DM, Domínguez González A, Cereijo Arteaga A, Marinero Colonna Á, Ayala Durán R, Finger Kamps M, Ruiz García MC, Fraga Quintana CR y Medina Cabrera N

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

Objetivos: Describir las tasas de bacteriemias primarias y secundarias a infección por catéter por cada 100 pacientes ingresados, por cada 1.000 días de estancia y por cada 1.000 días de catéter venoso central (CVC). Comparar los resultados con los de nuestra Comunidad Autónoma (Canarias) y a nivel nacional.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC) durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2021 y el 30 de junio de 2024. La recolección de datos se realizó a través de la aplicación informática ENVIN-HELICS®, utilizando la versión completa de la misma a lo largo de todo el período de estudio.

Resultados: Las tasas de bacteriemias primarias y secundarias asociadas a infecciones por catéter, expresadas por cada 1.000 pacientes ingresados durante los años 2021, 2022, 2023 y el primer semestre de 2024, fueron de 9,72, 4,80, 4,04 y 3,86, respectivamente. Las tasas por cada 1.000 días de estancia hospitalaria fueron de 9,84, 5,50, 5,89 y 4,68. En cuanto a las tasas por cada 1.000 días de catéter venoso central (CVC), se registraron valores de 11,61, 6,94, 8,89 y 6,32. Se ha observa-

do un descenso significativo en estos resultados a lo largo del tiempo. Al comparar nuestras tasas con las de la comunidad autónoma canaria, se evidencia que son ligeramente desfavorables, y esta discrepancia se acentúa aún más al realizar una comparación a nivel nacional. Los microorganismos más frecuentemente aislados en los episodios de bacteriemia fueron *Staphylococcus epidermidis*, *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae* y *Candida parapsilosis*. Esta última presenta una prevalencia notable tanto en nuestro centro como en la comunidad, en comparación con los datos a nivel nacional.

Conclusiones: A pesar de la observación de una disminución significativa en las tasas de bacteriemia pospandemia de COVID-19, así como de la intensificación de la capacitación del personal mediante los proyectos ZERO, la implementación del proyecto PROA-UMI desde noviembre de 2023 y el inicio de Rondas de Seguridad internas desde abril de 2024, es imperativo continuar identificando y abordando áreas de mejora para alcanzar los resultados obtenidos a nivel nacional.

112. SOBREINFECCIÓN POR *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* EN PACIENTES FALLECIDOS INFECTADOS POR SARS-CoV-2 EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Gómez Martínez L, Blasco Lorente D, Egea González A, Rafeles Perucha BI, Ortiz Calzada S, Bueno Vidales N, Lafita López A, Fraile Martínez T y Ocabó Buil P

Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

Objetivos: Demostrar el aumento de mortalidad en pacientes con sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Intensiva infectados por SARS-CoV-2 entre 2020 y 2022.

Métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo. Se comparan tres grupos de pacientes fallecidos por SARS-CoV-2 en 3 periodos diferentes y se calcula tasa de incidencia de infección por *Pseudomonas aeruginosa*. Se calcula el RR de fallecimiento en infectados por *P. aeruginosa*.

Resultados: Mortalidad por SARS-CoV-2 ha sido del 31%. 47 fallecidos de 148 pacientes ingresados. 18 de estos 47 pacientes fallecidos han presentado una infección por *Pseudomonas aeruginosa*: incidencia acumulada (IA) es del 38,2%. Dado que el tiempo de observación no ha sido el mismo en los 3 grupos: el primer año se observaron 9 meses, el segundo año 12 meses y el último año 3 meses, se calculará la tasa de incidencia o densidad de incidencia. En la que se tiene en cuenta el tiempo de observación individual de cada paciente. Según este caso se puede objetivar como existe mayor número de nuevos casos persona-mes de infección por dicha bacteria en nuestro servicio. RR de fallecimiento en sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa* 49. Ic (6,2 + 385) con una p: 0,001.

Conclusiones: Se ha triplicado la tasa de Incidencia de coinfección por *Pseudomonas aeruginosa* a lo largo de estos dos años. Se ha relacionado analíticamente la infección por *Pseudomonas aeruginosa* con una probabilidad más alta de fallecimiento, siendo estadísticamente significativa. La incidencia acumulada de infección por *Pseudomonas aeruginosa* fue alta.

113. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE TERCER NIVEL

Pérez Bazaga LJ, Aguilera García C, Flecha Morales N, Morocho Guadalajara AP, Raya Rojas L, Santiago Triviño MÁ y Córdoba López A
Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: La neumonía constituye una causa significativa de morbi-mortalidad global, variando su etiología si se trata de neumonía comunitaria o nosocomial. El objetivo de este trabajo consiste en realizar un análisis descriptivo de los pacientes ingresados con neumonía y relacionar la mortalidad con las variables estudiadas.

Métodos: Este estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y unicéntrico se realizó en la UCI del Hospital Universitario de Badajoz obteniendo los datos a partir de registros incluidos en el Estudio Nacional de Vigilancia de Infección Nosocomial (ENVIN) con datos recolectados del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. Los pacientes tenían más de 18 años, indicación de ingreso en UCI y diagnóstico de neumonía comunitaria o nosocomial durante o previo a su ingreso en UCI. Del total de 1.064 pacientes ingresados, se obtuvieron 65 con diagnóstico de neumonía. Se excluyeron menores de edad, otros diagnósticos y aquellos sin indicación de ingreso en UCI. Los datos se analizaron con SPSS, se realizó análisis de frecuencias para las variables cualitativas y media para variables cuantitativas.

Resultados: De los pacientes, 55,4% eran varones y 53,8% tenían neumonía nosocomial. El *S. pneumoniae* fue el microorganismo más comúnmente aislado (13,8%). En la tabla se expone el porcentaje de cada técnica microbiológica utilizada para realizar el diagnóstico de neumonía. El 95,4% recibió tratamiento antibiótico empírico y de ellos, el 24,6% desescalaron antibioterapia según antibiograma. El 16,9% de los pacientes falleció, sin que el tipo de microorganismo, la procedencia del paciente o la gravedad, definida por *shock* séptico, mostraran una relación estadísticamente significativa.

Tipo de muestra	Frecuencia	Porcentaje
PCR en BAS/BAL	9	13,8
BAS	29	44,6
Cultivo líquido pleural	1	1,5
Antigenuria	5	7,7
Serología	1	1,5
BAL	1	1,5
Total muestras positivas	46	70,8
Total	65	100

Conclusiones: En nuestro estudio no pudo demostrarse dependencia de las variables analizadas con la cifra de mortalidad. Sin embargo, esta demostrado como factores independientes la puntuación en la escala CURB y el desarrollo en las primeras 24 horas de *shock* séptico, SDRA o fracaso renal agudo; variables que no se han estudiado. Cabe destacar también un porcentaje bajo de desescalada antibiótica lo que supone un área de mejora significativa en nuestra unidad.

114. NEUMONÍA NECROTIZANTE GRAVE EN LA UCI: SERIE DE CASOS

Ibáñez Año F, Tarré Ferré L y López de Arbina Martínez N

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: 1. Identificar posibles factores de riesgo para adquirir neumonía necrotizante (NN) grave. Evaluar el perfil demográfico de los pacientes y estudio del patógeno. 2. Describir la evolución de los pacientes con NN en la UCI, incluyendo mortalidad, gravedad al ingreso, necesidad de soporte orgánico y complicaciones. 3. Representación radiológica de las NN por diferentes microorganismos (radiografía de tórax o tomografía computarizada).

Métodos: Presentamos una serie de 13 casos de neumonía necrotizante (NN) ingresados en la UCI del Hospital Dr. Josep Trueta (Girona, Espa-

Figura 1 Póster 112

FALLECIDOS POR COVID-19 Y TASA DE INCIDENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA					
Fallecidos 2020		Fallecidos 2021		Fallecidos 2022	
21		20		6	
Infección por P. aeruginosa	9	Infección por P. aeruginosa	7	Infección por P. aeruginosa	2
NO Infección por P. aeruginosa	12	NO Infección por P. aeruginosa	13	NO Infección por P. aeruginosa	4
Densidad de Incidencia		Densidad de Incidencia		Densidad de Incidencia	
0,04 nuevo caso persona-mes		0,02 nuevo caso persona - mes		0,11 nuevo caso persona - mes	

Figura 1 Póster 114

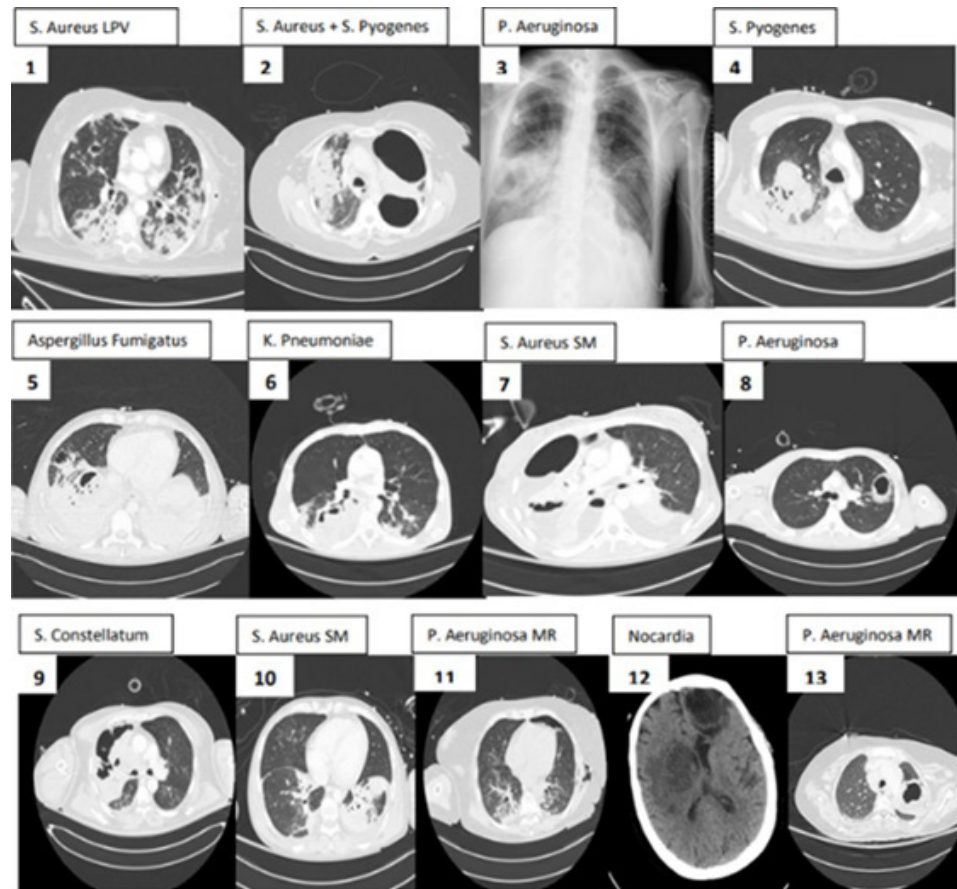


Figura 1: presenta imágenes diagnósticas de NN mediante radiografía de tórax o tomografía computarizada (TC). Se agregó un TC cerebral para el caso de la Nocardia.

ña). Planteamos un análisis retrospectivo observacional descriptivo durante un período de 2 años.

Resultados: La muestra estudiada tenía una edad media de 46 años, con un 53% de mujeres. Los puntajes de gravedad al ingreso fueron elevados: APACHE II 22, SAPS II 52, SOFA 8,54 y Charlson 1,62. El 15% de los pacientes eran diabéticos e inmunodeprimidos, un 38% alcoholísticos, un 15% asmáticos y un 38% fumadores. Los principales factores de riesgo fueron tabaquismo, alcoholismo e inmunosupresión. El 69% de los pacientes necesitó traqueostomía temporal, con una estancia media en UCI de 28 días y 26 días de ventilación mecánica. El lactato medio al ingreso fue de 28 mg/dL y un 69% requirió fármacos vasoactivos en altas dosis. Además, un 23% precisó terapia de hemodiafiltración venovenosa continua. La mortalidad de la muestra fue del 31%. La neumonía necrotizante primaria fue la causa de ingreso en el 62% de los pacientes, de los cuales el 53% eran casos comunitarios. El 60% presentó complicaciones, como empiema (30%), neumotórax (15%) y hemorragia alveolar (15%). El 57% requirió drenaje pleural, y un 23% recibió soporte ECMO V-V. La antibioterapia tuvo una duración media de 17 días, y las principales etiologías fueron *S. aureus* (30%), *P. aeruginosa* (15%) y *S. pyogenes* (15%).

Conclusiones: Los resultados obtenidos coinciden con hallazgos recientes sobre los factores de riesgo, microbiología y mortalidad de la neumonía necrotizante (NN). Afecta principalmente a pacientes jóvenes, fumadores, alcoholísticos e inmunosuprimidos, y se asocia con alta gravedad al ingreso, elevada morbilidad y mortalidad, así como un incremento de complicaciones durante la hospitalización. La frecuencia de esta entidad, su gravedad y la falta de estudios demuestran que se necesita más investigación al respecto.

115. CEFIDEROCOL EN PACIENTES CON INFECCIONES GRAVES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN UCI: EFICACIA Y SEGURIDAD TRAS TRES AÑOS

Sánchez Ramírez C, Lara Franco L, Ridings Figueroa C, De Luis Hernández MÁ, Lübke Vázquez CF y Romero Luján JL

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

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del uso de cefiderocol en pacientes con infecciones graves por bacilos Gram negativos con opciones de tratamiento limitado durante tres años en una UCI con descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes mayores de 18 años ingresados con infecciones graves por BGN en nuestra UCI de 30 camas desde el 1 noviembre de 2021 a 31 octubre de 2024. Utilizamos DDS. La ausencia de datos importantes o muerte en 48 horas fue criterio de exclusión. Se analizaron datos demográficos; comorbilidades; datos a día -3, 0 y 7 de la infección; negativización microbiológica y clínica; efectos secundarios, mortalidad (28 días, alta UCI y hospital) y otros. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y las numéricas en medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos.

Resultados: Se trataron 26 pacientes en 3 años en nuestra UCI. Todos usaron DDS. La mediana de edad fue 64,5 (48,2; 68,2) y 61,9% fueron varones (tabla). El APACHE II en la infección tratada fue de 20 (12,5; 26,7) y fue adquirida en UCI en pacientes médicos en el 92,3%. Tres pacientes tuvieron trasplante previo. La neumonía asociada a ventila-

Figura 1 Póster 115

Pacientes tratados con cefiderocol	N= 26				
Edad	64,50(48,25; 68,25)	Traqueobronquitis	5 (23,1)	Insuficiencia renal	3 (11,5)
APACHE II ingreso	17 (12,75;23)	Bacteriemia secundaria	1 (3,8)	Duración tto con cefiderocol	9 (7,13)
APACHE II infección	20 (12,5; 26,75)	NAVM	14 (53,8)	Cefiderocol en monoterapia	18 (69,2)
DDS	26 (100,0)	EXITUS ALTA UCI	11 (42,3)	Tipo paciente:	
Sexo varón	16(61,5)	EXITUS A LAS 28 DIAS (infección)	7 (23,1)	Médico	24 (92,3)
Índice Charlson	3,73 (1,75; 6)	EXITUS ALTA HOSPITAL	12 (46,15)	Cirugía programada	0
Paciente coronario	3(11,5)	<i>Acinetobacter baumannii</i>	2 (7,7)	Cirugía urgente	2 (9,5)
Cirugía urgente	5 (19,2)	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	3 (11,5)	Respuesta inflamatoria ingreso:	
Inmunosupresión	5 (19,2)	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (15,9)	No sepsis	2 (7,7)
Neutropenia	3 (11,5)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MR	12 (46,15)	Sepsis	16 (61,5)
Inmunodepresión	5 (19,2)	Enterococo resistente a vancomicina	1(3,8)	Erradicación microbiológica a 7 días tto	6 (22,4)
Nutrición Parenteral	10 (38,5)	BLEE	17 (65,4)	Curación clínica a los 7 días tto	7 (23,1)
Desnutrición	11 (42,3)	Metabetalolactamasa	9 (34,5)	Mortalidad a los 7 días tto	3 (11,5)
Cirrosis	1 (3,8)	TRR	19 (73,1)	Curación clínica alta UCI	15 (57,7)
Diabetes	4 (15,9)	ECMO	6 (23,1)	Erradicación microbiológica alta UCI	13 (50)
EPOC	4 (15,9)	Trasplante	3 (11,5)	Mortalidad 28 días	7 (23,1)
Neoplasia	3 (11,5)	COVID 19	4 (15,9)	Tto 14 días previos :	
Variables:	Día -3 infección	Día 0 infección	Día 7 infección	Meropenem	11 (42,3)
				Ceftazidima-avibactam	6 (23,07)
PCT >0,05	17 (65,4)	22 (84,6)	15 (57,7)		
PCR elevado	19 (73,1)	24 (92,3)	13 (50)		
Leucocitosis	17 (65,4)	15 (57,7)	8 (30,8)		
Leucopenia	1 (3,8)	1 (3,8)	2 (7,7)		
Clínica de infección	23 (88,5)	25 (96,2)	7 (26,9)		
Shock séptico	3 (11,5)	13 (50,0)	4 (15,4)		
Ionotrópicos	7 (26,9)	16 (61,5)	7 (26,9)		
APACHE II	18,00 (12; 22)	30 (12,5;26,75)	16 (8,25)		I
SOFA	6,5 (4,22;9)	8 (6,75;8,5)	5 (3,12)		

Los datos son número y frecuencia, media±desviación estándar o mediana con rango intercuartílico. DDS: descontaminación digestiva selectiva;EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica;TRR: técnica de reemplazo renal;BLEE: Beta metalo-betactamasa de espectro extendido; Tto: treatment

ción mecánica fue la infección más frecuente (53,8%) y en total el 81% infecciones tuvieron origen respiratorio. En ventilación mecánica estuvieron el 88,5% de los pacientes. El germen más frecuente fue la *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente. (46,1%). Dos pacientes tuvieron *Acinetobacter baumannii* con curación clínica y microbiológica, vivos al alta del hospital. El 23,1% pacientes con ECMO. Recibieron antibióticos previo a cefiderocol el 80,8% y el meropenem fue el más usado (42,3%). Coinfección por otro GMR tuvieron el 46,15% ninguna resistente a cefiderocol. A los 7 días de tratamiento la erradicación del germen fue 22,4% y la curación clínica del 23,1%. La mortalidad a los 28 días fue 23,1%. La curación clínica al alta UCI fue de 57,7% con una erradicación microbiológica de 50% y la mortalidad UCI fue 42,3%. Un paciente presento diarrea (3,8%).

Conclusiones: En nuestra UCI el uso del cefiderocol durante 3 años en estos pacientes fue seguro y eficaz. La curación clínica fue 57,7%, al alta UCI con una erradicación microbiológica de 50%. La mortalidad a los 28 días de inicio del tratamiento fue de 23,1% y alta de UCI de 42,3%. Además, solo un paciente presentó diarreas.

116. ANÁLISIS DE LA TASA DE COLONIZACIÓN POR ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HUNSC AÑOS 2021-2024

Parrilla Toribio DM, Rodríguez Ramos ST, Quintero Torres JM, Díaz Sazo BC, Ruiz García C, Fraga Quintana CR, Medina Cabrera N, Medina Rodríguez JC, Marinero Colonna A y López Ferraz C

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

Objetivos: Describir las tasas de colonización por una o más bacterias multirresistentes por cada 100 pacientes ingresados, por cada 1.000 días de estancia durante los años 2021, 2022, 2023 y el primer semestre del 2024, y comparar los resultados con los de nuestra Comunidad Autónoma (Canarias) y a nivel nacional.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el Servicio de Medicina Intensiva (UMI) del CHUNSC incluyendo pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de medicina intensiva durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2021 y 30 de junio de 2024 en los cuales se analizó la mortalidad y la estancia media hospitalaria en UCI, según la presencia o no de infección por bacterias multirresistentes (BMR). Los datos fueron obtenidos de los recogidos en la base de datos ENVIN-HELICS durante todo el período de estudio.

Resultados: La evolución de las a tasa de colonización por BMR durante el periodo estudiado ha sido de 5,65, 3,82, 5,59 y 3,49 respectivamente en los años 2021, 2022, 2023 y primer semestre de 2024. Se observa una tendencia similar a nivel comunitario, sin embargo, se mantiene una diferencia de 2 puntos en comparación con los resultados nacionales. A destacar una tendencia al descenso de dicha tasa a partir del año 2022, coincidiendo con la implementación en nuestro servicio de la descontaminación digestiva selectiva en los pacientes infectados por bacterias gram negativas multirresistentes. Dicha tasa presenta un nuevo repunte el año 2023, que en los análisis pudiera estar en relación con el aumento en el aislamiento de otros BMR (SAMR y *Acinetobacter* R imipenem) y con mejores resultados en el primer semestre del año 2024. En frecuencia destacan las enterobacterias BLEE (43,90%, 48,31%, 45,71% y 34,86% respectivamente en los años 2021, 2022, 2023 y 2024), los bacilos gram negativos produc-

tores de carbapenemasas (26,83%, 21,35%, 17,86%, 25,58%), la *Pseudomonas* multirresistente (13,01%, 21,35%, 10,71% y 11,63%). En el año 2022, aumenta en frecuencia el estafilococo *aureus* meticilín resistente (SARM), con 11,24% (año 2021 en 5,69%) y 12,14% en el 2023. El *Acinetobacter baumannii* Resistente a imipenem repunta en el año 2023 con una frecuencia del 10,71%, (años 2021 y 2022, con 4,88% y 6,74%).

Conclusiones: Nuestros resultados, aún no logran los alcanzados a nivel nacional. El refuerzo en la formación del personal a través de los proyectos ZERO, y la implementación del proyecto PROA-UMI, ha supuesto una mejora. Es imperativo apostar y mantener programas y sistemas de vigilancia que permitan lograr los estándares marcados por los Proyectos-ZERO.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 3

CIRUGÍA CARDÍACA 1

Moderadora: Rocío Amézaga Menéndez,
Hospital Universitario Son Espases,
Palma de Mallorca

117. OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL (ECMO-VA): UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

San Martín Bragado M, Romero Luján JL, Sosa Domínguez Y, Roldán Furelos L, Estupiñán Díaz A, González Morales LM, Urso S, Padrón Mújica A, Hípola Escalada S y Zayas Gallardo JA

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

Objetivos: Describir las características y la evolución de los pacientes con *shock* cardiogénico refractario con necesidad de asistencia con ECMO-VA ingresados en UCI en hospital terciario durante un periodo de 10 años.

Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en una UCI de 10 camas de cardiológicos agudos, cirugía cardíaca y con trasplante cardíaco, en un periodo de 10 años, que precisaron soporte con ECMO-VA. Se obtuvieron del registro clínico los datos demográficos, datos clínicos y valores propios relacionados con el ECMO, su mantenimiento y destete, así como los datos de supervivencia en UCI, a los 3 meses, 6 meses y al año. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo empleando frecuencias absolutas para las variables categóricas, las variables continuas se resumieron mediante medias y desviación estándar (DE) cuando los datos siguieron una distribución normal, y medianas y rangos intercuartílicos cuando la distribución se apartó de la normalidad.

Resultados: En el periodo analizado, se implantaron un total de 90 ECMO VA. La media de edad de los pacientes fue 57,52 años ($\pm$ 13,52) con total de varones 74,74% (67/90). Las principales indicaciones fueron: poscardiotomía 50% (45/90), cardiopatía isquémica 13,48% (13/90), IC avanzada 11,24% (10/90) y postrasplante cardíaco 2,25% (2/90). La modalidad de canulación se distribuyó en centrales (11/90) 10,23% y periféricas (79/90) 89,77%. El SAVE Score medio fue -6,67. La duración de la asistencia fue 6,5 días. En un 73,3% se utilizó algún sistema de *venting*, siendo el más utilizado el BCIAo (65%). Las principales complicaciones fueron: fracaso renal agudo 87% (78/90), sangrado 50% (45/90), isquemia de miembros inferiores 27% (24/90), infección 22% (20/90). La supervivencia UCI global fue de 33,33% (30/90), a los 3 meses 33,33%, a los 6 meses 18,9% (17/90) y al año 17,77% (16/90). Resto de variables desglosadas en la tabla.

Conclusiones: El *shock* poscardiotomía fue la indicación más frecuente, en más de la mitad de los pacientes. La mayoría de los pacientes son varones en torno a los 57 años, se mantuvieron en estancia media de aproximadamente una semana y se observó con frecuencia fracaso renal agudo e infecciones como complicaciones más destacables. Esta serie

de datos puede aportar valor en la construcción y desarrollo de nuevas hipótesis así como acciones de mejora.

ECMO VA (N 90)	
Edad Media (DE)	57,522 (13,53)
Varón N (%)	67 (74,4)
Peso Media kg (DE)	77,11 (15,7)
Indicación canulación N (%)	
STEMI	10 (11,24)
NSTEMI	3 (3,3)
Miocarditis	7 (7,8)
Postcardiotomía	45 (50)
Tormenta arritmica	8 (6,7)
IC avanzada	10 (11,24)
PCR	7 (7,8)
Trasplante cardíaco	2 (2,25)
ERC N (%)	16 (17,8)
HTA N (%)	46 (51,1)
DM N (%)	32 (35,6)
CI previa N (%)	34 (37,8)
ICC N (%)	34 (37,8)
Coagulopatía N (%)	4 (4,4)
EAP N (%)	24 (26,7)
Canulación N (%)	
Central	11 (12,3)
Periférico	79 (87,7)
Save Score, media (DE)	-6,67 (5,6)
Lactato preECMO, media (DE)	10,9 (6,54)
Fracaso renal N (%)	78 (86,7)
Sangrado N (%)	45 (50)
Infección N (%)	20 (22,2)
Decanulación N (%)	0 (0)
Trombosis N (%)	13 (14,4)
Hemólisis N (%)	10 (11,1)
Isquemia MMII N (%)	24 (26,7)
Encefalopatía anóxica N (%)	3 (3,3)
Supervivencia UCI N (%)	30 (33,33)
Supervivencia 3 meses N (%)	30 (33,33)
Supervivencia 6 meses N (%)	17 (18,9)
Supervivencia 1 año N (%)	16 (17,77)

118. CETOACIDOSIS POSQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA CARDÍACA: UNA COMPLICACIÓN EMERGENTE. RESULTADOS PRELIMINARES

Ginestal Calvo J, Blanco Carrasco L, Galiano Carrilero C, Campos Bermejo L, Coso Garrido C, Quílez Trasobares N, Terceros Almanza LJ, Domínguez Aguado H, Flordelis Lasiera JL y Pérez Vela JL

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Se desconoce la incidencia y factores asociados a cetoacidosis en el posoperatorio de cirugía cardíaca. El objetivo de este estudio es describir su incidencia e identificar las variables asociadas a su aparición.

Métodos: Estudio prospectivo observacional de adultos ingresados en una UCI Cardiológica tras cirugía programada desde junio hasta diciembre de 2024. Las variables analizadas incluyeron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, empleo de iSGLT-2, variables quirúrgicas (duración de circulación extracorpórea, EUROSORE II), valores analíticos pre y posoperatorios (cetonemia, pH, lactato, exceso de bases, bicarbonato) y variables evolutivas (estancia en UCI y días de ventilación mecánica). Se definió cetoacidosis como pH < 7,30 y cetonemia $\geq$ 0,6 mmol/l (con valores prequirúrgicos inferiores). Se realizó un análisis descriptivo y univariante con el *software* SPSS v26.0.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes de los cuales el 60,71% fueron varones. 14 (22,58%) desarrollaron cetoacidosis. Entre los 14 pacientes que tomaban crónicamente iSGLT-2, 9 de ellos (64,3%) presentaron cetoacidosis, en comparación con 5 de 48 (10,4%) en el grupo sin iSGLT-2 ($p < 0,001$) (tabla 1). La diabetes mellitus fue otra variable asociada a mayor incidencia ($p < 0,001$). Respecto a variables quirúrgicas, no se encontraron diferencias en el tiempo de CEC y en la puntuación de EU-ROSCORE II entre los pacientes con y sin cetoacidosis. Sí hubo diferencias en cuanto a las variables analíticas, encontrando en el grupo con cetoacidosis menor cifra de pH ($p < 0,001$), de lactato ($p = 0,024$), de bicarbonato ($p = 0,012$) y de exceso de bases ($p = 0,03$). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con y sin cetoacidosis en relación a las variables evolutivas (tabla 2).

	NO CETOACIDOSIS	SÍ CETOACIDOSIS
No i-SGLT2 (%)	89,6%	10,4%
Sí iSGLT-2 (%)	35,7%	64,3%

Tabla 1

Variable	CETOACIDOSIS	Media	Desviación Estándar	p valor
EUROSCORE II	NO	2,36	1,93	p=0,117
	SI	3,6	3,01	
Estancia en UCI (días)	NO	6,42	6,11	p=0,333
	SI	7,71	5,95	
Tiempo de CEC (minutos)	NO	143,17	73,9	p=0,186
	SI	117,14	64,18	
PH	NO	7,353	0,035	p<0,001
	SI	7,289	0,055	
Lactato (mmol/L)	NO	1,812	0,937	p=0,024
	SI	1,279	0,531	
Exceso de Bases	NO	-2,775	1,924	p=0,03
	SI	-4,129	1,939	
Bicarbonato (mmol/L)	NO	22,844	1,376	p=0,012
	SI	21,679	1,383	

Tabla 2

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la cetoacidosis podría resultar una complicación frecuente en el posoperatorio de cirugía cardíaca. La asociación con fármacos como los iSGLT2 podría ser relevante y podría condicionar cambios tanto en la vigilancia ante su aparición como en la actitud prequirúrgica de estos pacientes.

119. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL USO DE LA ECMO V-A EN UNA UCI DE TERCER NIVEL CON CIRUGÍA CARDIACA Y SIN TRASPLANTE

Morillo Muela B, Escriche Martín L, León Moya C y Cantón Bulnes ML

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

Objetivos: Caracterización del perfil de pacientes que precisan asistencia ventricular mediante ECMO VA en un hospital de tercer nivel con cirugía cardíaca sin trasplante cardíaco.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo, de pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel, que precisaron ECMO VA entre 2015 y 2022. Se objetivó un aumento significativo de casos en los últimos años. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, escalas de gravedad, características quirúrgicas, indicaciones y particularidades en la implantación del dispositivo, evolución en UCI, complicaciones y mortalidad. Las variables discretas se expresaron en número/porcentaje y las continuas como mediana y rangos intercuartílicos con intervalos de confianza al 95%. Las diferencias se calcularon con chi cuadrado o U de Mann-Whitney, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes con una mortalidad hospitalaria de 63,4%. La mediana de APACHE II 18 (RIC 15-21,75) y SOFA ingreso 9 (RIC 8-10). Las comorbilidades previas a la implantación del dispositivo

se recogen en la tabla 1. Las intervenciones quirúrgicas que más frecuentemente requirieron ECMO VA fueron la cirugía de revascularización con sustitución valvular (19,5%) y la cirugía de la aorta torácica con sustitución valvular (12,2%), siendo el fallo ventricular izquierdo la causa predominante en el 68,3% de los casos. Las características quirúrgicas se muestran en la tabla 2. En cuanto a las complicaciones (tabla 3) las más frecuentes fueron: la politransfusión de hemocomponentes (20 pacientes; 48,8%) y la polineuropatía del enfermo crítico (13 pacientes; 31,7%).

Conclusiones: La indicación más frecuente de ECMO VA en nuestra serie fue el shock poscardiotomía. Las cirugías que más requirieron esta técnica fueron los procedimientos combinados. La complicación más frecuente fue la politransfusión.

Variables	N=41
Edad (mediana, p25- p75)	58(47,5 -66)
Sexo masculino, n (%)	34 (82,9%)
Comorbilidades previas implantación dispositivo	
• Diabetes Mellitus	9 (22%)
• Fumador	18 (43,9%)
• Bebedor	11 (26,8%)
• Hipertensión arterial	22 (53,7%)
• Patología hepática previa	3 (7,3%)
• Enfermedad renal crónica	5 (12,2%)
• Hipertensión pulmonar	12 (29,3%)
• Arteriopatía	5 (12,2%)
• Cirugía cardíaca previa	3 (7,3%)
• Disfunción del ventrículo derecho	20 (48,4%)
• Cardiopatía congénita	1 (2,4%)
• Cardiopatía isquémica	15 (36,6%)
• Miocardiopatía dilatada	3 (7,3%)
• Miocardiopatía hipertrófica	1 (2,4%)
• Patología valvular	15 (36,6%)
SOFA al ingreso: 9 (8-10)	
APACHE II: 18 (15-21,75)	
EUROSCORE II: 12,03 % (5,56 - 22,62)	

Tabla 1

Tipo de cirugía		Tiempo quirúrgico			
Sin cirugía	10 (24,4%)	Emergente	7 (17,1%)	Tiempo isquemia	95 (75-155) min
Reparación valvular (1)	1 (2,4%)				
Sustitución univalvular	5 (12,2%)				
Sustitución ≥ 2 válvulas	1 (2,4%)				
Bypass	3 (7,3%)	Urgente	9 (22,0%)	Tiempo de CEC	135 (103-197) min
Bypass + Válvula	8 (19,5%)				
Cirugía aórtica + Válvula	5 (12,2%)				
Otros	8 (19,6%)				
Motivo ECMO					
Puente a decisión		2 (4,9%)		Etiología	
Recuperación aislada		20 (48,8%)		Fallo biventricular 13 (31,7)	
Recuperación y si es preciso trasplante o asistencia a largo plazo		17 (41,5%)		Fallo izquierdo 28 (68,3%)	
Trasplante o asistencia a largo plazo		2 (4,9%)		FEVI pre ECMO: 25% (15-33%)	
Tipo de canulación					
Central		8 (19,5%)			
Periférico		33 (80,5%)			
Lugar de implante ECMO					
Quirófano		28 (68,3%)			
Quirófano en 2ª intervención		8 (19,5%)			
UCI		5 (12,2%)			
Descarga del ventrículo izquierdo					
Balón de contrapulsación aórtico		25 (61,0%)			

Tabla 2

Días de ECMO VA: 5 (3-7) días	
Días de estancia en UCI: 8 (16,48 - 22,75) días	
Días estancia hospitalaria: 13 (23,55 - 38) días	
Evolución en UCI	
• Politransfusión de hemoderivados	20 (48,8%)
• Traqueostomía	5 (12,2%)
• Accidente cerebrovascular isquémico	4 (9,8%)
• Accidente cerebrovascular hemorrágico	9 (22,0%)
• Shock séptico	11 (26,8%)
• Bacteriemia	7 (17,1%)
• Neumonía asociada a ventilación mecánica	11 (26,8%)
• Técnica continua de reemplazo renal	19 (46,3%)
• Sangrado cánula	11 (26,8%)
• Isquemia del miembro canulado	3 (7,3%)
• Decanulación tras recuperación o decisión	19 (46,3%)
• Polineuropatía	13 (31,7%)
Mortalidad: 26 (63,4%)	
• Cardiológica	12 (29,3%)
• Neurológica	4 (9,8%)
• Fallo multiorgánico	5 (12,2%)
• Limitación esfuerzo terapéutico	5 (12,2%)
Supervivencia	
• Supervivencia a los 3 meses	15 (36,6%)
• Supervivencia a los 6 meses	15 (36,6%)
• Supervivencia a los 12 meses	15 (36,6%)

Tabla 3

120. COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR SECUNDARIA A INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

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

Hospital Universitario Vinalopò, Alicante.

Objetivos: La comunicación interventricular (CIV) es una complicación infrecuente del infarto agudo de miocardio con una mortalidad elevada (18,4-54,1%). Exponemos las características de los pacientes que presentaron esta complicación y analizamos la mortalidad hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo de una serie de casos de pacientes con CIV que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital referente en Cirugía Cardíaca en la provincia de Alicante. Los pacientes ingresaron y fueron intervenidos entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de octubre de 2024. Se analizó la mortalidad y su asociación con otras variables.

Resultados: Diecisiete pacientes ingresaron en UCI con diagnóstico de CIV y fueron intervenidos quirúrgicamente. El 58,8% eran hombres y la edad media fue $70 \pm 8,95$ años, siendo el rango de 71-80 años el más numeroso (28,6%). La mayoría presentaron una FEVI moderadamente deprimida (35,3%), disfunción ventricular derecha (70,6%) y la media de lactato pico fue de $4,21 \pm 2,95$ mmol/L. La arteria coronaria derecha fue la más frecuentemente responsable y posteriormente tratada (52,9%), seguida de la descendente anterior (23,6%). La localización más frecuente del defecto fue apical (35,6%). Se identificó una mediana de un día desde el ingreso hospitalario hasta la intervención quirúrgica, siendo el registro más elevado en cirugías emergentes (29,4%). La reparación con ventriculotomía tipo David fue la más realizada (58,8%), seguida del cierre de defecto sin ventriculotomía (17,6%), dos casos de cierre percutáneo con colocación de dispositivo Amplatzer y un caso de enodaneurismorrafia tipo D'or. Como soporte posoperatorio, la mayoría de los pacientes precisaron dos fármacos vasoactivos (82,4%), balón intraaórtico de contrapulsación (88,2%), terapia de reemplazo renal continua (52,9%) y un 35,3% de terapia de oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial. La media de días de ventilación mecánica invasiva fue de $16,15 \pm 15,33$. La mortalidad hospitalaria total fue de 5 pacientes (29,4%). El análisis estadístico de las variables mencionadas no encontró asociación significativa con la mortalidad hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra serie de casos la mortalidad hospitalaria de pacientes con CIV posterior a IAM es elevada (29,4%), similar a otras series, y no se asoció de manera significativa a otras variables.

121. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDIACO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Burgui Gualda E, Ginestal Calvo J, Pérez Vela JL, Domínguez Aguado H, Sanz Ayán MP, Eixeres Esteve A, Blanco Otaegui N y Caballo Manuel A

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir las características y evolución de los pacientes que presentan síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC) en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a través de una base de datos prospectiva en la que se incluyeron los pacientes adultos

Figura 1 Póster 120

Sexo/Edad	Centro	Lactato (mmol/L)	FEVI	Disfunción VD	Tamaño (mm)	Localización del defecto	ICP	Retraso cirugía (días)	Cirugía	Fármacos vasoactivos	VMI (días)	TRRC	ECMO	Mortalidad hospitalaria
H 62	Vinalopò	2,92	55	Si	20	Posterobasal	CD	0	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	11	Si	Si	No
H 72	Tomereveja	2,97	-	No	-	Apical	DA	1	-	NA, adrenalina	1	No	Si	No
H 77	Tomereveja	3,73	45	Si	-	Posterior	CD	0	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	8	Si	Si	Si
H 65	Denia	5,28	35	Si	-	Apical	DA	1	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	34	Si	Si	Si
M 69	Tomereveja	4,1	45	Si	19	Posterolateral	CD	0	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	31	Si	Si	No
H 60	Orizuela	8,17	-	Si	-	Apical	DA	1	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	8	Si	Si	No
M 82	San Juan	1,45	42	No	9	Apical	CX	4	Endaneurismorrafia	NA, DBT	-	No	Si	No
M 87	Tomereveja	1,43	71	Si	13	Apical	DA	15	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	-	No	No	No
M 77	Vinalopò	1,96	-	Si	14	Posterobasal	No	2	Percutáneo	NA	11	No	Si	Si
M 76	Besidoem	3,01	30	Si	6	Medioapical	No	3	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	8	No	Si	No
M 69	Tomereveja	4,67	35	Si	10	Posterobasal	CD	0	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	11	Si	Si	Si
H 79	Tomereveja	1,71	72	No	14	Posteroapical	CD	11	Percutáneo	NA, dopamina	2	No	No	No
H 57	Alicante	3,68	53	No	10	Posteroapical	CD	5	Cierre sin ventriculotomía	NA, adrenalina	-	No	Si	No
H 72	Tomereveja	12,94	60	Si	28	Posterobasal	CD	1	Cierre sin ventriculotomía	NA, DBT, vasopresina	1	Si	Si	No
M 59	Denia	4,0	40	Si	-	Medioapical	CD	0	Cierre sin ventriculotomía	NA, DBT	40	Si	Si	Si
H 58	Tomereveja	7,34	65	Si	26	Posterobasal	CD	6	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT, vasopresina	44	Si	Si	Si
H 69	Denia	2,20	50	No	6	Posterobasal	CX	40	Ventriculotomía tipo David	NA, DBT	-	No	Si	No

Tabla 1. Características de los pacientes estudiados. FEVI, fracción de eyección del ventrículo izquierdo; VD, ventrículo derecho; ICP, intervención coronaria percutánea; VMI, ventilación mecánica invasiva; TRRC, terapia de reemplazo renal continua; ECMO, balón de contrapulsación intraaórtico; ECMO, membrana de oxigenación extracorpórea.

que ingresaron en el posoperatorio inmediato de cirugía cardíaca durante el periodo abril-octubre 2023. Se recogieron características demográficas, situación prequirúrgica, características de la intervención y evolución en UCI, incluyendo la presencia de SBGC, su clasificación en subgrupos (según el documento de consenso de 2012) y comparación de medianas mediante test ANOVA o Kruskal-Wallis y chi-cuadrado o test exacto de Fisher, dependiendo de la naturaleza de las variables.

Resultados: Se incluyeron 197 pacientes, de los cuales 34 presentaban SBGC (29,4% SBGC clínico, 29,4% SBGC monitorizado y 41,2% *shock* cardiogénico). El 55,9% fueron varones con una edad mediana de 69 años (RI 58-78). El 32,3% presentaba diabetes mellitus, el 64,7% hipertensión arterial y el 58,8% dislipemia. Respecto a la situación funcional prequirúrgica, el 38,2% presentaba NYHA II y el 50% NYHA III con una FEVI mediana 55% (RI 40-65%) y EuroScore II mediana 7,5 (RI 4,2-11,4). Las intervenciones quirúrgicas más frecuentes fueron el reemplazo valvular (50%), la revascularización miocárdica (17,6%) y el trasplante cardíaco (14,7%), con un tiempo de CEC mediana 166 minutos (129-199). Aquellos pacientes que presentaron SBGC presentaron una estancia en UCI (8 días vs. 4 días, $p < 0,001$) y hospitalaria (18,5 días vs. 12 días, $p < 0,001$) mayor con ligera menor supervivencia a los 9 meses (91,2 vs. 97,6%, $p 0,06$) que aquellos que no lo desarrollaron. Si analizamos el SBGC por subgrupos, aquellos pacientes con *shock* cardiogénico estuvieron más horas bajo ventilación mecánica (84 vs. 6,5 vs. 7 h, $p < 0,001$), con mayor necesidad de vasopresores (uso de vasopresina 85,7 vs. 30 vs. 40%, $p 0,012$) y con tendencia a mayor dosis de dobutamina (9 $\mu\text{g/kg/min}$ vs. 6,5 $\mu\text{g/kg/min}$ vs. 8 $\mu\text{g/kg/min}$, $p 0,46$). Presentaron mayor prevalencia de fracaso renal agudo con necesidad de terapia de depuración extrarrenal (42,9 vs. 10 vs. 0%, $p 0,05$). El tiempo de estancia mediana en UCI de este subgrupo fue de 20,5 días vs. 7 días ($p 0,017$) sin diferencias en mortalidad.

Conclusiones: Casi 1 de cada 5 de los pacientes sometidos a cirugía cardíaca presentaron SBGC en el posoperatorio inmediato, con mayor estancia hospitalaria y menor supervivencia. El subgrupo que presentó *shock* cardiogénico requirió mayor soporte orgánico con aumento de la estancia en UCI.

122. IMPACTO DE LA VASOPRESINA EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE POSOPERADO CARDÍACO

Dopazo López B, Manglano Clavero M, Sánchez de la Iglesia M, Simón Miguel L, Mourello Fariña M, Bello Villaverde B, Del Río García D, Ruibal Couso M y Hernández Fernández AFA

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: En posoperados cardíacos una de las principales causas de morbilidad es el *shock* de etiología mixta. Se ha propuesto asociar vasopresina en vez de escalar noradrenalina para control de la vasoplejía. El objetivo de nuestro estudio es evaluar resultados de morbilidad en dicha asociación en una UCI cardiológica y el impacto del inicio de la vasopresina con la dosis de noradrenalina y la perfusión tisular (medida por lactato).

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 19 pacientes posoperados cardíacos ingresados en UCI cardiológica en hospital de tercer nivel con *shock* cardiogénico y vasoplejía posoperatoria. Recibieron vasopresina entre 01/01 y 30/06 del 2024. Variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad (I. Charlson) y escalas de gravedad, cifras de lactato y dosis de noradrenalina al inicio de vasopresina y a las 24 horas. Resuscitación guiada mediante monitorización invasiva. Mediante prueba exacta de Fisher y χ^2 de Pearson se analizó mortalidad intra-UCI en función de variables recogidas

Resultados: Se analizaron 19 pacientes, edad media 67,2 años, I. de Charlson 3,9, APACHE medio de 18,6, SAPS II medio 54,6 y SOFA al ingreso de 14,8. 17 pacientes (89,5%) presentaron *shock* cardiogénico y 2 otro tipo de *shock*. Valor medio de dosis de noradrenalina al inicio de vasopresina de 0,89 $\mu\text{g/kg/min}$ con descenso estadísticamente significativo ($p < 0,05$) en las primeras 12 horas en 14 pacientes (0,61 $\mu\text{g/kg/min}$). El nivel de lactato descendió de forma significativa a las 24 horas (6,43 mmol/L vs. 3,8 mmol/L; $p < 0,05$). 3 pacientes precisaron adrenalina y el 100% inotropo (dobutamina/milrinona). Complicaciones presentadas: 100% fracaso renal con TRRC el 63,2%; 19 efectos adversos graves: 2 isquemia extremidad, 2 isquemia mesentérica, 13 arritmias cardíacas y 1 diabetes insípida. 8 pacientes (42,1%) sobrevivieron, con mortalidad predicha por SAPS II 48,3%, siendo finalmente del 47,4%. La principal causa de muerte fue fracaso multiorgánico. En

todos los pacientes que sobrevivieron hubo descenso significativo de la dosis de noradrenalina en las primeras 12 horas del inicio de vasopresina.

Conclusiones: Los pacientes posoperados cardíacos con *shock* cardiogénico a los que se les asocia un segundo vasopresor como vasopresina tienen elevada tasa de mortalidad, en nuestro caso según lo predicho por escalas de gravedad al ingreso. La disminución de la dosis inicial de noradrenalina en las primeras 12 horas se asocia a un aumento de la supervivencia. Se necesitan estudios con un mayor tamaño muestral que analicen posibles determinantes en la morbilidad.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 4

CARDIOVASCULAR 2

Moderadora: Francisca Pérez Esteban,
Hospital Universitari i Politècnic
La Fe, Valencia

123. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE PRIMER NIVEL DEL USO DE CÁNULA DOBLE LUZ PROTEK-DUO COMO SOPORTE HEMODINÁMICO Y RESPIRATORIO

Orera Pérez Á, Pérez M, Gimeno R, Talavera M, Madrid I, De Hevia L, Gordón M, Pérez F, Tormo S y Martín R

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Análisis resultados cánula Protek-Duo® como asistencia hemodinámica o respiratoria.

Métodos: Análisis observacional, descriptivo y prospectivo de quince pacientes críticos con cánula Protek-Duo en terapia asistencia circulatoria ventricular o respiratoria. Periodo enero 2022 a noviembre 2024. Análisis variables demográficas y comparación resultados de variables clínicas. Resultados expresados media $\pm$ desviación estándar y %.

Resultados: Media edad 55 años ($\pm 10,9$), 73% varones. Medias escalas gravedad SAPS III 66 ($\pm 20,1$) y APACHE II 29 ($\pm 14,9$) Media duración soporte 12,8 días ($\pm 9,5$). En 4 casos objetivo soporte respiratorio (3 patología infecciosa y 1 trauma torácico grave), los restantes (73%) como soporte ventricular derecho (9 con disfunción biventricular y 2 con fallo derecho aislado; 5 INTERMACS 1 y los restantes 2/3). Por etiologías, 8 miocardiopatía dilatada crónica (1/2 isquémicas), uno tras cirugía cardíaca y dos por miocardiopatía aguda. Por expectativas terapéuticas, 40% como terapia a recuperación, 47% puente a trasplante (6 cardíacos y 1 cardiopulmonar) y 2 pacientes para Heart-Mate 3® (estrategia "puente al puente"). Supervivencia global 60%: 4 evolucionaron a recuperación (uno Heart-Mate 3 como terapia definitiva) y 5 trasplantados de corazón (uno falleció post trasplante). Por tipo de terapia, en 4 se utilizó como ECMO V-V para soporte de oxigenación, mientras que en el resto fue dirigida como soporte ventricular derecho asociado al soporte izquierdo (estrategia BIVAD): 2 Centrimag® doble soporte ventricular, 1 Heart-Mate 3 y 7 (46%) Impella® (modelo 5,5 salvo un CP). Uso por igual con consola Cardiohelp® y Centrimag (47 vs. 53%). Todas fueron cánulas 29F; 12 de los 15 casos (80%) abocadas a nivel bifurcación arteria pulmonar y 3 en arteria pulmonar derecha. No problemas de decanulación o desplazamiento, un solo caso de lesión vascular grave durante la canulación (lesión arteria pulmonar en canulación abierta). Análisis complicaciones en los fallecidos destacan las infecciones y complicaciones vasculares (lesiones en la canulación, síndrome vena cava superior e ictus).

Conclusiones: Supervivencia del 60% de los casos (5 trasplantados con éxito y 4 recuperación). Predominio soporte hemodinámico (73%) como soporte biventricular (BIVAD) sobre soporte respiratorio (21%). 55% por miocardiopatía dilatada crónica puente a trasplante cardíaco. Destacar estrategia soporte biventricular conocida como BIVAD híbrido: Protek-duo para asistencia derecha junto con Impella para

soporte izquierdo (46% de los casos). Técnica no exente de complicaciones.

124. CORRELACIÓN DE LA EDAD Y OTRAS VARIABLES EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Díaz Sazo BC, Sereno Mateos MT, Domínguez González A, Rodríguez Ramos ST, Molina Díaz I y Parrilla Toribio DM

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

Objetivos: Valorar la posible correlación entre las variables edad con los valores del proBNP en pacientes con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) que ingresan en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel (CHUNSC). Valorar la posible correlación entre el Índice de Shock (IS) y lactacidemia en los pacientes con TEP en nuestro Servicio.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el CHUNSC durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2022 y 31 de diciembre de 2023. Serie de 44 pacientes. Las variables estudiadas fueron analizadas estadísticamente con IBM SPSS (versión 24). Realizamos estudio de correlación rho de Spearman (no paramétrica) entre las variables anteriormente reseñadas.

Resultados: De nuestra serie de 44 pacientes hallamos una correlación lineal positiva moderada (coeficiente de correlación 0,375), estadísticamente significativa ($p = 0,01$) entre las variables edad y proBNP. Igualmente existe correlación entre las variables IS y lactacidemia ($p = 0,024$), correlación positiva de forma moderada (coeficiente de correlación de 0,340).

Conclusiones: Objetivamos como existen correlación entre la variable edad y los niveles de proBNP, en probable relación con mayor disfunción miocárdica en función de la edad del paciente, la cual contribuiría

a elevar dichos niveles. Asimismo, objetivamos la correlación entre el índice shock y los niveles de lactacidemia. Parámetros hemodinámicos que nos podrían ayudar a identificar pacientes con una posible evolución desfavorable.

125. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Díaz Sazo BC, Sereno Mateos MT, Domínguez González A, Rodríguez Ramos ST, Molina Díaz I y Parrilla Toribio DM

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

Objetivos: Describir las características demográficas de la población de pacientes con TEP que ingresan en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) en un hospital de tercer nivel, Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (CHUNSC). Determinar la gravedad de la presentación inicial, parámetros clínicos, de laboratorio, escalas pronósticas y mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el CHUNSC durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2022 y 31 de diciembre de 2023. Las variables estudiadas fueron analizadas estadísticamente con la versión 24 IBM SPSS®. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar y las categóricas en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se ingresaron 44 pacientes: 23 mujeres (52%), 37 (84%) fueron de riesgo intermedio alto. La estancia media fue de 2,39 días (DE 1,98). La media de edad fue de 61,07 años (17-89 años). El Dímero D al ingreso fue de 20.304 ng/dL (DE 19.193, 81) y el proBNP fue de 9342,86 pg/mL (DE 19.067,79). El índice de shock de la media de pacientes fue de 0,88 (0,14-1,83). El valor medio de lactato sérico medido al ingreso fue de 2.034 nmol/mL (DE 1,1469). La escala PESI simplificada más frecuente

Figura 1 Póster 124

			Estancia	ProBNP	Dímero D	Edad	ÍNDICE SHOCK	LÁCTICO
Rho de Spearman	Estancia	Coeficiente de correlación	1,000	-,238	-,143	,009	-,020	-,073
		Sig. (bilateral)	.	,120	,356	,953	,896	,636
		N	44	44	44	44	44	44
ProBNP	ProBNP	Coeficiente de correlación	-,238	1,000	,230	,375*	-,109	,244
		Sig. (bilateral)	,120	.	,134	,012	,480	,111
		N	44	44	44	44	44	44
Dímero D	Dímero D	Coeficiente de correlación	-,143	,230	1,000	,118	-,005	,276
		Sig. (bilateral)	,356	,134	.	,446	,976	,070
		N	44	44	44	44	44	44
Edad	Edad	Coeficiente de correlación	,009	,375*	,118	1,000	-,354*	,028
		Sig. (bilateral)	,953	,012	,446	.	,018	,859
		N	44	44	44	44	44	44
ÍNDICE SHOCK	ÍNDICE SHOCK	Coeficiente de correlación	-,020	-,109	-,005	-,354*	1,000	,340*
		Sig. (bilateral)	,896	,480	,976	,018	.	,024
		N	44	44	44	44	44	44
LÁCTICO	LÁCTICO	Coeficiente de correlación	-,073	,244	,276	,028	,340*	1,000
		Sig. (bilateral)	,636	,111	,070	,859	,024	.
		N	44	44	44	44	44	44

Figura 1 Póster 125

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Estancia	44	0	11	2,39	1,979
Edad	44	17	89	61,07	18,807
Dímero D	44	4057	111582	20304,75	19193,817
ProBNP	44	121	99846	9342,86	19067,790
PESI	44	0	4	1,09	1,053
ÍNDICE SHOCK	44	,14	1,83	,8880	,37578
LÁCTICO	44	,7	6,4	2,034	1,1469
N válido (por lista)	44				

de los pacientes fue de 0 (36%) y 1 (29,5%). 8 pacientes recibieron tratamiento fibrinolítico, de los cuales 3 fueron de riesgo intermedio alto. Se realizó trombectomía mecánica a un paciente con riesgo intermedio alto. Durante su estancia en UMI se produjo el *exitus* en dos pacientes (ambas mujeres, una con TEP de alto riesgo y otra con riesgo intermedio alto).

Conclusiones: La mortalidad en nuestra serie fue baja (4,5%), probablemente porque la mayoría de los pacientes ingresados en nuestra unidad fueron de riesgo intermedio alto. La trombectomía mecánica fue aplicada únicamente en un paciente de nuestra serie, pero se postula como una opción terapéutica prometedora que deberíamos evaluar más detenidamente en el manejo de pacientes futuros.

126. EXPERIENCIA TRAS IMPLANTACIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI) EN UNA UCI DE SEGUNDO NIVEL

Ongil García B, Beltrán Caro F, Vázquez Hernández M, Pérez Sánchez MV, Lozano Morillo AM, Guerrero de Mier M, López Carranza M, Hurtado Martínez A, Sánchez Román MJ y Sancho Fernández H

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

Objetivos: Describir y analizar complicaciones menores y mayores de la implantación de TAVI como técnica en pacientes de alto riesgo; requiriendo una monitorización breve en UCI en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo del Área de Gestión Sur de Sevilla de un Hospital de segundo nivel que requirieron de estancia en UCI tras implantación de TAVI durante un periodo de casi 4 años. Análisis descriptivo de variables clínicas y demográficas, complicaciones menores y mayores, necesidad de intubación orotraqueal (IOT), aminas vasoactivas y estancia de > 48 horas en UCI. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar y las cualitativas en porcentajes.

Resultados: Se registraron 151 intervenciones en 151 pacientes, 90 mujeres (59,60%) y 61 varones (40,40%) con edad media de 81,79 años ± 5,35. Las comorbilidades incluidas: HTA en 88,74%, DLP en 73,51%, DM en 56,29% y obesidad en 25,83; cardiopatía isquémica (23,84%), miocardiopatía en 35,1% (hipertensiva en 24,5%) y/o arritmias previas 43,71% (con marcapasos en 6,62%). El 90,73% procedentes de domicilio y un 9,27% ingresados. La etiología de la estenosis aórtica en el 96,69% se debía a válvula degenerativa, un 2,65% sobre válvula protésica y un 6,62% sobre válvula bicúspide degenerada. Intervención realizada por Hemodinámica con control ecocardiográfico (ECC) y bajo asistencia por Anestesia, se sigue un protocolo de monitorización durante 24 h (un 1,32% requirieron estancia de > 48h); con necesidad de soporte con aminas vasoactivas en un 1,98% y con necesidad de IOT en un 2,64%. Como complicaciones mayores (3,33%): 4 accidentes cerebrovasculares y una endocarditis sobre prótesis previa. De las menores (44,7%), un 27,15% desarrollaron arritmias *de novo* con implante de marcapasos en 18,54%. Un 11,92% de los accesos femorales presentaron: en 9,93% intervención para control del sangrado (7 compresión manual, 5 *stents* y 3 pseudoaneurismas quirúrgicos); un 1,99% con hipoperfusión en miembros sin complicaciones. Los pacientes pasaron a la planta, presentando derrame pericárdico en la ECC posterior sin necesidad de intervención en 4,64%; con alta hospitalaria sin seguimiento por UCI.

Conclusiones: La implantación de TAVI es una técnica que puede ser asistida por los facultativos de UCI peri y posprocedimiento sin repercusión para los mismos; con posterior monitorización en UCI de < 48 h y sin necesidad de procedimientos invasivos, con pocas complicaciones y resultados satisfactorios, sin requerir seguimiento y alta sin incidencias en alto porcentaje de las intervenciones.

127. ABORDAJE INTERCOSTAL ANTERIOR VS. SUBXIFOIDEO DEL DERRAME PERICÁRDICO EN MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Da Costa Llacer L, Esquirol Puig X, Chova Sendra Z, Iglesias Rodríguez R, Rincón Franco S y Garro Martínez P

Hospital General de Granollers, Barcelona.

Objetivos: Analizar el manejo, abordaje y seguridad de la técnica de drenaje pericárdico realizada (en los casos tributarios de drenaje) de pacientes ingresados en la UCI de un hospital comarcal con diagnóstico de derrame pericárdico durante un periodo de 6 años. Comparativa entre el abordaje clásico subxifoideo vs. el abordaje ecoguiado con punción bajo visión directa por vía intercostal anterior o lateral.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Los datos han sido obtenidos de la base de datos del servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Granollers durante un periodo de 6 años (2018-2024). Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de derrame pericárdico, drenados o no.

Resultados: Cohorte final: 50 pacientes. Edad media de 63 años, el 58% hombres. GMA (grupo de morbilidad ajustada) promedio de 4 (rango de 0 a 5). Apache de ingreso medio de 14. Entre las causas del derrame destacan el paraneoplásico (32%), la pericarditis (16%), patología autoinmune (14%), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) (8%), los idiopáticos (18%) y otros (12%). En cuanto a gravedad: 11% no grave, 14% pretaconamiento (colapso de VD, sin hipotensión), 64% taponamiento cardíaco. Se indicó en drenaje en el 80% de los casos, siendo exitoso en el 95% de estos. En cuanto al abordaje, fue anterior ecoguiado en el 62,5% y subxifoideo en el 37,5%. De los realizados por vía anterior ecoguiada el 100% fueron exitosos. Con el abordaje subxifoideo no se consiguió colocar el drenaje correctamente en un 14,3% de los casos. La tasa de complicaciones asociadas a la colocación del drenaje fue del 7,5%. El 100% de estas en casos con abordaje subxifoideo. Las complicaciones observadas fueron: punción del ventrículo derecho, hematoma de pared y malposición del drenaje. Ninguno de los casos fue *exitus* como consecuencia de la colocación del drenaje.

Conclusiones: El abordaje ecoguiado, vía intercostal bajo visión longitudinal, es una técnica alternativa a la subxifoidea, válida y efectiva. No se han observado complicaciones de ningún tipo en cuanto al abordaje anterior durante el periodo de recogida de datos. Se observó mayor fracaso del abordaje y mayor número de complicaciones en los casos en los que se realizó un abordaje subxifoideo. El abordaje anterior ecoguiado permite localizar con precisión la zona o el área más asequible, más segura y menos susceptible de generar hipotéticas complicaciones, logrando tener controlado el procedimiento en todo momento. Es una técnica que requiere curva de aprendizaje, pero una vez alcanzado va a dotar de mayor autonomía al intensivista.

128. TROMBECTOMÍA PULMONAR PERCUTÁNEA EN TEP DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO. ¿TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN?

Camacho Dorado E, Fernández Guerrero V, Viñas Fernández MP, Marín Marín CM, Muñoz Moreno JF, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Valiente Raya P, Hernández Gozálves G y Espinosa González C

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar la hipertensión pulmonar tras la realización de trombectomía pulmonar percutánea en pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio-alto.

Métodos: Registro observacional y prospectivo realizado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se trata de un hospital de tercer nivel con 24 camas de UCI y con un cardiólogo intervencionista de guardia localizada 24 horas al día y 365 días al año. Se han incluido aquellos pacientes ingresados con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio-alto sometidos a trombectomía mecánica, durante el periodo del enero-diciembre de 2024. Se analiza la mejoría de la hipertensión pulmonar tras el procedimiento en base al desplazamiento sistólico del anillo tricuspídeo (TAPSE medido en mm) y la presión media de la arteria pulmonar (PAPm medido en mmHg) pre y posttrombectomía.

Resultados: En nuestra experiencia se han incluido 14 pacientes con una edad media de $60,57 \pm 16,06$ años. En cuanto a la causa del TEP, 5 de ellos (35,7%) habían presentado inmovilización prolongada, un 42,9% contaba con episodio de TEP o trombosis venosa profunda (TVP) previa, 2 pacientes (14,3%) tomaban anticonceptivos y solo un caso (7,1%) presentaba proceso tumoral activo. La distribución del sexo ha sido equitativa. En el ecocardiograma realizado al ingreso, en 10 pacientes se observó *notch* o muesca mesosistólica (76,9%), hallazgo ecográfico obtenido mediante doppler pulsado en el tracto de salida de ventrículo derecho (TSVD) que es sugestivo de presencia de hipertensión pulmonar. Existe mejoría en los valores de PAPm con una disminución de $46,08$ mmHg a $22,00$ mmHg ($p = 0,01$) tras la trombectomía. Así mismo, el valor medio de TAPSE al ingreso fue de $13,31$ mm que posteriormente asciende a una media de $20,08$ mm ($p = 0,01$). Por otro lado, se observó una reducción significativa en la frecuencia respiratoria pasando de una media de $23,1$ rpm a un valor de $16,85$ rpm ($p = 0,03$). Los análisis estadísticos se han llevado a cabo mediante el test de Wilcoxon.

Conclusiones: Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en los valores de PAPm y TAPSE pre y posttrombectomía mecánica, lo que se traduce en disminución de hipertensión pulmonar en pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto. Este programa sería fácil de implantar al resto de unidades con angioplastia primaria. La creación de equipos multidisciplinares podría mejorar el tratamiento con TPP y la clase funcional de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto.

129. DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA SEGÚN EL RITMO INICIAL

Yeregui Baztán L, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Martínez San José N, Huarte Mañú D, Vázquez Yoldi A, Candau Rodríguez C, Tous Espelósín A, Artaza Beltrán de Heredia A y Usieto Losfables M

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Describir características y evolución de pacientes ingresados por parada cardiorrespiratoria (PCR) recuperada según el ritmo inicial (desfibrilable/no desfibrilable).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Navarra (HUN) registrados en CMBD del 01/01/23 al 31/12/24. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo, comorbilidad, escalas de gravedad, tiempos de parada, parámetros de laboratorio, necesidad de soporte mecánico, complicaciones y resultado al alta. Se compararon características y evolución de pacientes con PCR en ritmo desfibrilable y no desfibrilable.

Resultados: Se recogieron 79 pacientes ingresados por PCR recuperada en la UCI del HUN de los que 33 (41,8%) tuvieron ritmo desfibrilable. La edad media de pacientes con ritmo desfibrilable fue 61 años y la de no desfibrilable 65. Las comorbilidades principales en ritmo desfibrilable fueron cardiopatía en un 54,55% e HTA en el 51,52%. En caso del no desfibrilable fueron HTA en un 52,14%, cardiopatía en 39,19% y diabetes mellitus en un 30,34%. El ritmo desfibrilable fue más habitual en paradas extrahospitalarias, en el 78,79% de casos ($p = 0,01$). El SOFA de ingreso en ritmo desfibrilable fue de 9 y en ritmo no desfibrilable de 11 ($p = 0,04$). El lactato de ingreso fue de $39,7$ mmol/l en ritmos desfibrilables y de $71,93$ mmol/l en no desfibrilables ($p = 0,04$). El tiempo total de PCR en ritmo desfibrilable fue $16,77$ minutos y el *low flow* de $14,78$, en no desfibrilable de $21,5$ y $19,8$ respectivamente. Fue necesario soporte con ECMO en el 3% de casos en ritmo desfibrilable y en el 6,5% en pacientes con ritmo no desfibrilable. Las complicaciones eléctricas fueron más comunes en ritmos desfibrilables en un

27,7% frente a 23,26% del no desfibrilable. Las complicaciones mecánicas fueron más frecuentes en ritmos no desfibrilables, en un 13,95%. Las secuelas neurológicas fueron más habituales en ritmo no desfibrilable, en un 51,2% frente a 36,4% en ritmo desfibrilable. Hubo más muertes en pacientes con ritmo no desfibrilable (76,09%) que en desfibrilable (51,52%) ($p = 0,03$) pero requirieron más días en UCI aquellos con ritmo desfibrilable ($p = 0,03$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, el ritmo más frecuente en paradas extrahospitalarias fue el desfibrilable. Además, tanto el SOFA como el lactato inicial fueron más elevados en pacientes con ritmo no desfibrilable, fueron también estos pacientes los que más fallecieron. Sin embargo, en esta cohorte aquellos con ritmo desfibrilable permanecieron ingresados en UCI más días que aquellos con ritmo no desfibrilable.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 5

MARCAPASOS/ARRITMIAS/MONITORIZACIÓN

Moderador: Jordi Riera del Brío, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

130. RENTABILIDAD DE LA ECOCARDIOGRAFÍA COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO. COCIENTE TAPSE/PAPS

Jerez Sánchez R, Berenguer Rodríguez M, Serra Sánchez C, Márquez García A, Sotelo Domarco L, Beltrán Martínez LL, Tejero Pedregosa A, Sanmartino González C, Monge Donaire D y Tarancón Maján FC

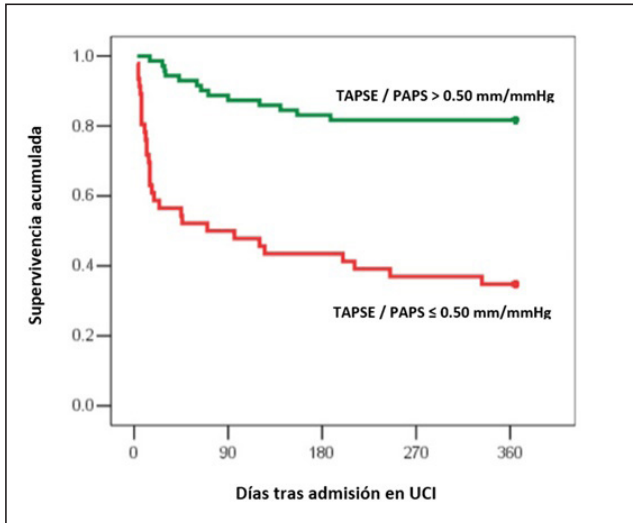
Hospital Virgen de la Concha (C.A. de Zamora), Zamora.

Objetivos: Explorar la asociación ecocardiográfica entre la relación de la excursión sistólica del plano anular tricuspídeo (TAPSE) y la presión sistólica arterial pulmonar (PAPS) valorando los resultados a corto plazo durante la estancia en UCI y a largo plazo para predecir la mortalidad en pacientes con *shock* séptico.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se seleccionaron 150 pacientes con *shock* séptico ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Se recogieron parámetros ecocardiográficos, incluyendo TAPSE y PAPS, esta última calculada mediante la ecuación de Bernoulli. El objetivo principal fue analizar la correlación entre TAPSE/PAPS y la mortalidad a corto y largo plazo en pacientes con *shock* séptico. Además, se examinaron otros datos como características demográficas de los pacientes, escalas de gravedad y la duración de estancia en la UCI.

Resultados: En este estudio se analizaron 150 pacientes, de los cuales 95 sobrevivieron y 55 fallecieron durante un seguimiento de un año. Del total, el 32% eran mujeres y el 68% hombres. La media de edad fue de 64,55 años (IC95%: 62,52-66,58), con una puntuación APACHE de 14,30 (IC95%: 12,04-16,56), SAPS II de 35,67 (IC95%: 32,66-38,68), SOFA de 5 (IC95%: 3,15-6,85) y una estancia promedio en la UCI de 10,55 días (IC95%: 8,25-12,85). En cuanto al análisis estadístico del cociente TAPSE/PAPS y la mortalidad a corto y largo plazo en pacientes con *shock* séptico, la curva ROC mostró que el cociente TAPSE/PAPS podría predecir la mortalidad a un año, con un área bajo la curva de 0,807 (IC95%: 0,709-0,866, $p < 0,001$), siendo el umbral óptimo de corte de 0,50 mm/mmHg. El análisis de supervivencia de Kaplan-Meier indicó que la mortalidad a un año fue significativamente mayor en los pacientes con TAPSE/PAPS $\leq 0,5$ mm/mmHg en comparación con aquellos con TAPSE/PAPS $> 0,5$ mm/mmHg (*log-rank* 30,930, $p < 0,001$). Además, el análisis de regresión de Cox mostró que el cociente TAPSE/PAPS se asoció de manera independiente con la mortalidad a un año (HR 0,005, IC95%: 0,000-0,162, $p = 0,002$) y con la mortalidad en la UCI (HR 0,025, IC95%: 0,001-0,0023, $p = 0,0016$).

Conclusiones: El cociente TAPSE/PAPS demostró ser un predictor independiente de mortalidad en pacientes con *shock* séptico durante la estancia en UCI y al año de seguimiento.



131. VALORACIÓN HEMODINÁMICA DE LA ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO VS. EL SISTEMA PiCCO®

Posadas Pita GJ, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Aray Delpino Z, Artola Blanco M, Mamolar Herrera N y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Comparar valores hemodinámicos recogidos por ecocardiografía transtorácica (ETT) a pie de cama con los valores recogidos con monitorización continua del sistema PiCCO® y determinar la fiabilidad de la monitorización hemodinámica mediante ETT en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos durante el ingreso.

Métodos: Cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes intubados ingresados en una UCI polivalente por cualquier motivo en el periodo entre septiembre y diciembre del 2024 y que precisaron perfusión de noradrenalina superior a 0,20 µg/kg/min o perfusión de dobutamina a cualquier dosis. Se recogieron variables hemodinámicas que permiten la estimación del gasto cardiaco (GC), resistencias vasculares sistémicas (RVS) y la variación de la presión de pulso (VPP) tanto con (ETT) como con el sistema PiCCO®. Los datos se expresan como la media, valores máximos y mínimos del valor absoluto de la diferencia entre ambos métodos expresado en %.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes. 2 de ellos fueron excluidos por no lograrse recoger los valores ecocardiográficos necesarios, mientras que 2 de los pacientes presentaron un ritmo cardiaco irregular que limita la validez de la monitorización continua del sistema PiCCO®. En la tabla se describe media, valor máximo y mínimo de GC, VPP y RVS de los 12 pacientes estudiados con ritmo regular. Los 2 pacientes con ritmo irregular presentaron una variación del GC estimado del 23 y del 54%, ambos superiores a los valores máximos registrados en el grupo con ritmo regular.

	Valor medio	Valores mínimo-máximo
Gasto cardiaco	9,6%	3-18%
Variación presión de pulso	5,5%	0-10%
Resistencias vasculares sistémicas	28%	4-37%

Conclusiones: Siempre que el ETT se realice por un ecocardiografista experimentado y en pacientes que presentan un ritmo cardiaco regular, la medición del GC y del VPP mediante ETT es similar a la medición continua por PiCCO®. En nuestra serie, la medición de la RVS por ETT presenta una variación superior al 25%, lo que supone una fiabilidad aceptable. El 85% de los pacientes de nuestro estudio presentan una ventana ecocardiográfica adecuada para el ETT. Según nuestra experiencia, la monitorización por ETT podría ser más fiable que el PiCCO® en pacientes con ritmo irregular.

132. VALORACIÓN DE LA ECOCARDIOGRAFÍA DE LAS CAVIDADES DERECHAS EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA

Posadas Pita GJ, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Renedo Sánchez-Girón GP, Francisco Amador A, Artola Blanco M y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Valorar si el cálculo del gasto cardiaco (GC) del ventrículo derecho (VD) por ecocardiografía (ETT) a pie de cama es una alternativa fiable en un entorno de cuidados críticos en comparación con otros estimadores ya establecidos, como la monitorización por el sistema PiCCO® o el cálculo del GC por ETT del ventrículo izquierdo (VI).

Métodos: Cohorte prospectiva unicéntrica de pacientes intubados ingresados en una UCI polivalente por cualquier motivo en el periodo entre septiembre y diciembre del 2024 que precisaron perfusión de noradrenalina superior a 0,20 µg/kg/min y/o perfusión de dobutamina a cualquier dosis. Se recogieron variables hemodinámicas que para calcular el GC por sistema PiCCO® y por ETT tanto del VI y como del VD. Los datos se expresan como la media, valores máximos y mínimos del valor absoluto de la diferencia entre ambos métodos expresado en %.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes. 3 de ellos fueron excluidos por no lograrse recoger los valores ecocardiográficos necesarios, mientras que en 3 participantes presentaban valvulopatía aórtica, lo que limita la validez del sistema PiCCO® o del GC del VI. No se objetivó ningún caso de valvulopatía pulmonar. Se incluyeron un total de 10 pacientes sanos y 3 con valvulopatía aórtica en el análisis. En la tabla se describen los hallazgos, apreciamos cómo ha mayor diferencia en la medición del GC en los pacientes con valvulopatía aórtica.

		Media	Valores mínimo-máximo
Pacientes sin valvulopatía aórtica	% cambio del GC VD vs. VI	9,65%	0,5-33%
	% cambio del GC VD vs. PiCCO	14,6%	0,3-35%
Pacientes con valvulopatía aórtica	% cambio del GC VD vs. VI	44,73%	2-105%
	% cambio del GC VD vs. PiCCO	33,5%	4,2-53%

Conclusiones: El cálculo del GC del VD por ETT es una alternativa razonable a pie de cama, si se realiza por personal con experiencia ya que ofrece datos similares a los métodos ya establecidos como el sistema PiCCO®. La estimación del GC del VI por ETT y es cuantificable en más del 80% de nuestros pacientes. En ninguno de los pacientes se objetivó lesión en la válvula pulmonar, mientras que se evidenció lesión en la válvula aórtica en el 18% de los mismos. Esto nos hace plantear que el cálculo del GC del VD por ETT podría plantearse de elección frente al sistema PiCCO® en los pacientes con una lesión significativa en la válvula aórtica.

133. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO POR CONTROL REMOTO EN UNA UNIDAD DE ARRITMIAS DE UCI

Gordillo Resina M, Rueda Marín C, Llorente Milla R, Morente García E, Carballo Gordillo Resina M y Nieto González M

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

Objetivos: Describir las características, frecuencia y resultados del control remoto de marcapasos en la Unidad de Estimulación cardiaca de UCI del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga evaluando su impacto en el manejo de pacientes y en la optimización de recursos asistenciales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de los registros de control remoto realizados durante el año 2024. Se incluyeron 348 pacientes en seguimiento por telemetría, con una periodicidad estándar de revisión cada tres meses y un subgrupo con revisiones mensuales (n = 19). Los datos se obtuvieron de las plataformas de segui-

miento remoto de los dispositivos y del historial médico electrónico. Se analizaron características de los dispositivos, estados de actividad (activos, desactivados, inactivos o en “paraíso”) y revisiones sistemáticas de alertas.

Resultados: Durante el período analizado, se realizaron 1.236 consultas telemáticas, registradas en el evolutivo clínico de cada paciente. Del total de 348 pacientes en seguimiento: Dispositivos por fabricante: Biotronik (274 pacientes, 152 activos, 122 desactivados), Medtronic (119 pacientes, 91 activos, 28 en paraíso), St. Jude (51 pacientes, 42 activos, 9 inactivos) y Boston Scientific (63 pacientes activos compartidos con arritmias en “limbo”). Periodicidad del seguimiento: 19 pacientes con revisiones mensuales por condiciones específicas (Vigilancia estrecha de aumento de umbral). Se encontraron pacientes desactivados por *upgrade* a terapia de resincronización cardíaca, o cambios en el estado clínico). Se realizó por médicos del equipo de estimulación cardíaca de UCI y en las revisiones se incluyeron el análisis de alertas sistemáticas y comprobación de programaciones, garantizando la detección precoz de eventos y la optimización del funcionamiento de los dispositivos.

Conclusiones: El control remoto de marcapasos es una herramienta fundamental para el seguimiento continuo y eficiente de pacientes, con un volumen significativo de consultas telemáticas que favorecen la detección temprana de incidencias y minimizan la necesidad de visitas presenciales. Este enfoque contribuye a un manejo más eficaz y personalizado, optimizando la carga asistencial en el entorno de la medicina intensiva.

134. PACIENTES CON MARCAPASOS Y ESTIMULACIÓN < 5% DESDE IMPLANTACIÓN. REVISIÓN DE INDICACIONES

De Frutos Hernando EM, Márquez Fernández C, Álvarez Narros L, Cortina Gómez JJ, El Ashkar Palacios GC, Cateura Martínez D, Vázquez Pascual C, Hidalgo Valverde V, Liger Borja EA y Martín López C

Hospital General de Segovia (C.A. de Segovia), Segovia.

Objetivos: Estudio descriptivo sobre pacientes con < 5% de estimulación desde el implante del marcapasos (MP). Revisar indicaciones, si han cambiado respecto a nuevas guías clínicas, si se ha realizado recambio de generador y si no se ha hecho, plantear la necesidad llegado el momento de indicador de sustitución electiva (ERI) del dispositivo.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo de pacientes con implante de MP definitivo desde 2004 hasta 2019 con < 5% de estimulación en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital General de Segovia. Reclutados a través de plataforma de monitorización domiciliar y revisión presencial en consulta. Datos recopilados a través de historia clínica electrónica y comparados a través de herramienta Excel.

Resultados: Del total de pacientes (106), 20 de ellos presentaron < 5% de estimulación (11 mujeres y 9 hombres, con edades comprendidas entre 53 y 88 años en el momento del implante). El diagnóstico por el que se indicó su MP fue: Enfermedad del seno: Síndrome de bradicardia-taquicardia (4), pausas sinusales (5), enfermedad del seno no especificada (2); bloqueo aurículo ventricular (AV) completo (6), bloqueo AV tipo 2:1 (1), bloqueo de rama alternante (1), enfermedad de Steiner con BCRD + BAV 1º grado (1). Todos ellos, menos este último, presentaron sintomatología: Sincope (11), mareo/presincope (6), palpitaciones (1), descompensación de ICC (1). Como complicaciones del implante destacar 2 dislocaciones de electrodo auricular. De los pacientes con el implante hace más de 10 años: 2 han fallecido, 2 se han recambiado (2016 y 2020) y otros 3 no han llegado a ERI.

Conclusiones: El 45% de los pacientes (9) tenía una indicación de implante de MP independientemente de la clínica (BAV completo, 2:1, bloqueo alternante de rama y distrofia miotónica tipo I + QRS > 120 ms). Los otros 11 pacientes con enfermedad del seno presentaban sintomatología asociada. Por lo que la indicación de implante de MP era correcta. Del total, se ha recambiado el generador a 2 pacientes. En cuanto a la evolución de las indicaciones en las actuales guías de estimulación cardíaca de 2021, aconsejan el implante de marcapasos en pacientes con enfermedades neuromusculares como la distrofia miotónica tipo 1, que presentan BAV de segundo, tercer grado o un intervalo His-ventrículo superior a 70 ms, independientemente de la presencia de síntomas. Y en el síndrome de taquicardia-bradicardia se recomienda la implantación de marcapasos en pacientes sintomáticos para corregir la bradicardia y permitir un tratamiento farmacológico adecuado, a menos que se prefiera una estrategia de ablación.

135. EVALUACIÓN POSTEST DEL ÍNDICE DE PREDICCIÓN DE HIPOTENSIÓN EN LAS PRIMERAS 12 H DEL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Sánchez Bernal S¹, Ioan AM¹, Hernández Estefanía R¹, Betancourt Cuadra L¹, Arias Martínez N¹, Portillo Sánchez S¹, Aldamiz Echevarría del Castillo G¹, Pérez Calvo C¹, Monge García MI² y Santos A¹

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Evaluar el rendimiento posttest del índice de predicción de hipotensión HPI como predictor de la hipotensión arterial en el posoperatorio de cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Se evaluaron las primeras 12 h del posoperatorio de pacientes ingresados en UCI tras cirugía cardíaca programada. El HPI es un índice desarrollado usando *machine learning* sobre la onda de presión arterial para predecir la hipotensión. Se conectó un catéter de presión arterial radial a un sensor Acumen IQ y a una plataforma de monitorización HemoSphere (Edwards Lifesciences, Irvine California, EE. UU.) para obtener la presión arterial media (PAM) y el HPI (cegado en el monitor) cada 20 s. Se realizó un análisis hacia adelante de los valores predictivos de los índices evaluados para detectar hipotensión (al menos un episodio con PAM < 65 mmHg durante al menos un minuto) en los 5 a 15 minutos posteriores. Se definió un resultado positivo del índice como la llegada al umbral establecido al menos dos veces durante un minuto en ausencia de hipotensión durante al menos 5 minutos. Un resultado negativo se definió como un periodo de 5 minutos consecutivos sin superar el umbral establecido. Solo se evaluaron los resultados positivos separados por al menos 5 minutos y el primero de un periodo consecutivo de resultados negativos. Se evaluaron los siguientes índices y umbrales: HPI85 (HPI ≥ 85), HPI80 (HPI ≥ 80), PAM75 (PAM ≤ 75 mmHg), PAM 70 (PAM ≤ 70 mmHg).

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, edad de 68 [62-72] años, 58% varones, 34% cirugía valvular y 51% *bypass* coronario. El EUROSCORE II fue de 1,9 [0,74-3,86]. El tiempo total de observación fue de 29.641,33 min. El valor predictivo positivo y negativo fue, respectivamente, 25% y 89% para HPI85, 25 y 90% para HPI80, 20 y 80% para PAM75 y 28 y 76% para PAM70. La prevalencia de episodios de hipotensión fue de 17% para HPI85 y HPI80, 20% para PAM75 y 26% para PAM70.

Conclusiones: El HPI mostró un mejor valor predictivo negativo que la PAM. Los índices evaluados presentaron un bajo valor predictivo positivo acorde con la baja prevalencia de episodios de hipotensión en la cohorte estudiada.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 6

NEFROLOGÍA/PATOLOGÍA DIGESTIVA

Moderador: David Toapanta Gaibor, Hospital Clínic, Barcelona

136. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (PROC): RESULTADOS PRELIMINARES

Broch Porcar MJ, Madrid López I, Orera Pérez Á, De Ancos Jiménez J, Arrando Barberá H, De Rivas Alcover L, Martín Sánchez A, Micó Beneyto M, Rubio Solá J y Castellanos Ortega Á

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Describir la implementación de un programa de optimización de terapias continuas de reemplazo renal (TCRR) en una UCI de 24 camas, de alta complejidad enfocado en personalizar las terapias, aumentar la seguridad y reducir el consumo de líquidos para avanzar hacia una UCI más sostenible.

Métodos: Se diseñó e implementó un programa de optimización de TCRR centrado en tres pilares clave: Personalización: ajuste dinámico

de parámetros según la evolución del paciente. Seguridad: revisión personalizada y validación de la terapia por un equipo focal a tiempo real. Sostenibilidad: reducción del consumo de líquidos mediante ajustes precisos en las prescripciones. Se realizó un análisis descriptivo de los datos preliminares obtenidos expresando las variables continuas como medias y desviación estándar (DE), y las categóricas como porcentajes.

Resultados: Se realizaron 25 rondas de optimización de TCCR, a 15 pacientes, desde septiembre de 2024, obteniendo los siguientes resultados: datos demográficos: 12 Varones (80%), edad media 58 (DE 21), peso 79 kg (DE 12), AKI sepsis (47%), HDFVVC (95%) y anticoagulación con citrato (40%). De las 81 sugerencias realizadas, 77 (95%) fueron aceptadas, el 100% respecto a la prescripción, anticoagulación, ajuste electrolitos, vitaminas, antibióticos y alteraciones en el equilibrio ácido-base. No se aceptaron 3 (5%), relacionadas con la dosis de la terapia y la NTP. Las sugerencias aceptadas se transformaron en cambios seguros. En 10 pacientes se redujo la dosis, lo que implicó una disminución total de 4.950 ml/día (media: 495 ml/h; DE: 214; 6,5 ml/kg/h), con un ahorro acumulado de 119 L en 24 horas (equivalente a 24 bolsas de 5 L).

Conclusiones: La alta tasa de aceptación de las sugerencias refleja la confianza en el equipo focal como una herramienta clave para personalizar las TCCR y elevar la calidad asistencial. La implementación del PROC centrado en la personalización y la sostenibilidad, ha demostrado ser viable, ofreciendo mejoras en la seguridad, optimización de recursos y reducción del impacto ambiental. Este enfoque representa un modelo prometedor para transformar la práctica clínica hacia una atención más eficiente y sostenible, con potencial para ser replicado en otras unidades.

137. ESTUDIO DE CONCORDANCIA EN LA MEDICIÓN DEL CALCIO IÓNICO POSFILTRO UTILIZANDO DOS GASÓMETROS EN SANGRE TOTAL Y EN SUERO

Caldentey López AJ¹, Gutiérrez Madroñal L¹, Sala Carazo M¹, Brisa JI¹, López Feliciano P¹, Fiorella Sarubbo M², Ribes Valles JL¹ y Rialp Cervera G¹

¹Hospital Son Llàtzer, Illes Balears. ²UIB, Illes Balears.

Objetivos: Las mediciones de calcio iónico (Cai) en concentraciones bajas (posfiltro) muestran mayores discrepancias entre distintos gasómetros (GS) en comparación con los valores fisiológicos. En el paciente crítico el suero es una muestra alternativa a la sangre total para medir Cai pero no se han comparado ambas muestras con la medición de Cai

posfiltro. El objetivo del estudio es evaluar la concordancia entre los valores de Cai posfiltro en muestras de sangre total y de suero en dos GS: GEMPremier5000 y ABL90FlexPlus.

Métodos: Se analizaron 49 pares de muestras simultáneas de sangre y suero posfiltro, con mediciones repetidas de cada una de las muestras con los dos GS. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman y se utilizó la prueba de Wilcoxon. Los valores se expresan en mediana (RIC). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Las correlaciones obtenidas entre gasómetros y entre tipo de muestra fueron se presentan en la figura 1. Las concentraciones de Cai en las muestras de sangre total medidas con los GS fueron para ABL: 0,38 (0,08) y para GEM: 0,29 (0,09). Las muestras de Cai en suero medidas con los GS fueron para ABL 0,39 (0,08) y para GEM 0,25 (0,07). Se observaron diferencias significativas entre los grupos ($p < 0,001$), excepto entre las mediciones para sangre y suero en ABL ($p = 0,90$) (fig. 2).

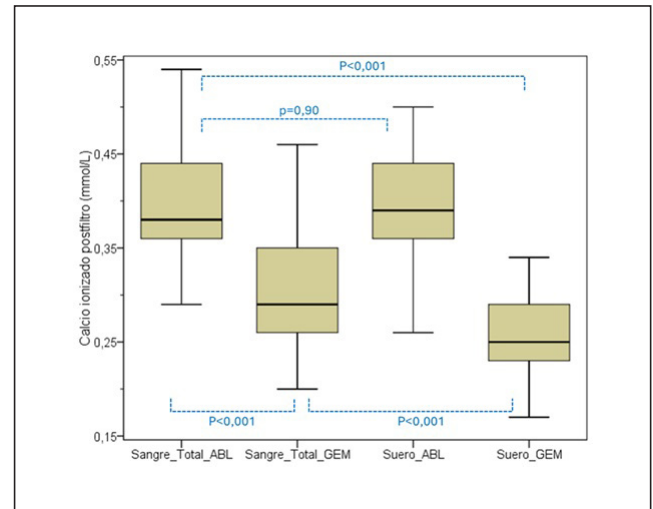
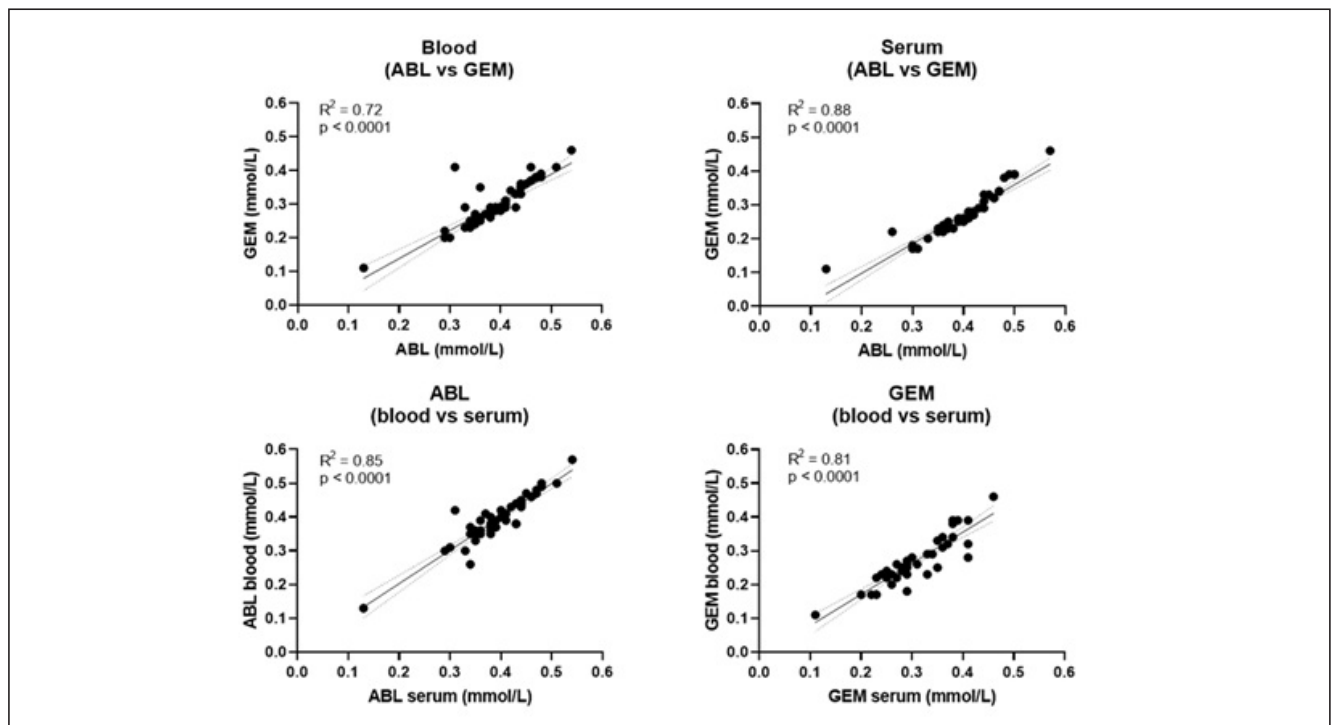


Figura 2

Conclusiones: Hubo diferencias significativas en los valores de Cai posfiltro entre GS y entre suero y sangre total con GEM, pero no con

Figura 1 Póster 137



ABL. Se observó una buena correlación entre las mediciones repetidas de Cai en suero y sangre total y entre ambos GS. Se debería considerar ajustar los protocolos de anticoagulación con citrato en función del GS y tipo de muestra utilizada.

138. ANÁLISIS DE INFECCIÓN POR *C. DIFFICILE* EN PACIENTES CON INFECCIÓN ABDOMINAL NO QUIRÚRGICA EN UNA UCI POLIVALENTE

Romero Sánchez AB¹, Soriano Ruiz L¹, López Cortés C¹, Serrano Navarro JM¹, Llamas Fernández N¹, Martín Ruiz JF², Ros Valverde F¹, Sánchez Jordán P¹, López Ferrer MÁ¹ y Pardo Talavera JC¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. ²Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en mortalidad entre pacientes con infección abdominal no quirúrgica (IANQ) por *Clostridium difficile* (*C. difficile*) de origen comunitario o nosocomial. Además, se han analizado datos demográficos, presencia de antecedentes digestivos y complicaciones quirúrgicas posteriores.

Métodos: Se realiza un estudio observacional, retrospectivo, seleccionando a los pacientes que ingresan en una UCI polivalente de 19 camas desde el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de noviembre de 2024 con el diagnóstico infección abdominal no quirúrgica. Se analiza la procedencia de infección en pacientes con infección abdominal no quirúrgica (IANQ), y si este influye o no en la mortalidad final. Además, analizamos la prevalencia de infección por *C. difficile* y la relación con antecedentes digestivos, complicaciones quirúrgicas posteriores. Los datos se han obtenido del registro ENVIN-HELICS de nuestra unidad.

Resultados: De los 66 pacientes totales analizados, el 31,81% padecían una infección de origen nosocomial y el 68,19% de origen comunitario. Del total de pacientes, el 27,27% presentaban infección por *C. difficile* de los cuales el 66,66% era de origen nosocomial y el 33,33% de origen comunitario, con una $p < 0,005$. De aquellos que padecen infección de origen nosocomial, el 52,4% presentan origen intra-UCI y el 47,6% extra-UCI, es decir, en otro servicio médico hospitalario. La mortalidad de los pacientes con IANQ de origen nosocomial fue del 47,6% mientras que entre los de origen comunitario fue del 15,6%. Del total de paciente infectados por *C. difficile*, el 55,55% presentaban antecedentes digestivos previos, no siendo este un dato estadísticamente significativo. Por último, de los pacientes infectados por *C. difficile*, solo el 11,11% presentó complicaciones que derivaran en cirugía posterior ($p > 0,005$).

Conclusiones: La mayoría de los casos de IANQ son de procedencia comunitaria, sin embargo, en aquellos con IANQ por *C. difficile* prevalece el origen nosocomial. Dentro de los casos de *C. difficile*, en nuestra muestra observamos una llamativa incidencia de casos que padecen esta infección con una procedencia comunitaria. La mortalidad es mayor en los casos de IANQ de origen nosocomial. La presencia de antecedentes digestivos y la posibilidad de complicación quirúrgica posterior no son datos de los cuales podamos extraer conclusiones significativas.

139. MORTALIDAD ASOCIADA AL FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CON SOPORTE DE OXIGENACIÓN CON MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Asensio Rodríguez M, Soto Segado P, Sánchez Gómez J, Navarro Vicente A, Vázquez Andrés G, Fernández González M, Lucas Galán C y Jimena Pérez R

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar la mortalidad asociada al del fracaso renal agudo (estadios I-III, según guías KDIGO) en pacientes que han recibido terapia con ECMO en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) desde el 1 de enero del 2022 al 31 de diciembre de 2023.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo realizado en UCI del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA) de Murcia, en el que se han recogido un total de 123 pacientes. Los criterios de inclusión son pacientes de ambos sexos, mayores de 14 años, ingresados en UCI del HUVA que precisen ECMO tanto VV como VA, y que hayan sobrevivido a las primeras 24 horas de estancia en UCI tras el inicio de la terapia. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal crónica terminal diagnosticada previa al ingreso y que hayan requerido terapia de reemplazo renal durante los 14 días previos al implante de la ECMO. La variable principal

de este estudio es la mortalidad asociada a los pacientes que desarrollan FRA durante la terapia ECMO.

Resultados: De los 123 pacientes seleccionados, el 51,2% fallecieron durante el tratamiento de soporte con la ECMO en la Unidad de Cuidados Intensivos. De los 63 pacientes fallecidos, 33 pacientes pertenecían a la modalidad de ECMO VV, mientras que los otros 30, a la modalidad de ECMO VA, sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre la modalidad de terapia de soporte ECMO y la mortalidad encontrada. Del total de pacientes fallecidos (63 pacientes) durante el periodo de estudio, 41 presentaron FRA durante la terapia con ECMO. Sin embargo, no hemos encontrado una asociación estadísticamente significativa entre el fracaso renal asociado al ECMO y la mortalidad.

Conclusiones: Aproximadamente, la mitad de los pacientes que reciben soporte con ECMO fallecen durante la terapia, siendo similar la mortalidad en ambas modalidades de ECMO (VV,VA). De los 63 pacientes que fallecieron durante la terapia ECMO, 41 presentaron FRA, sin establecer una relación estadísticamente significativa entre el FRA asociado al ECMO y la mortalidad.

140. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

García García MÁ, Calabuig Guillén C, Ferrando Sánchez C, Quinzá Real JA, Arizo León D, Palomo Navarro M, Zaragoza Martínez RG, González Díaz A, Company Pont R y Moreno Clari ME

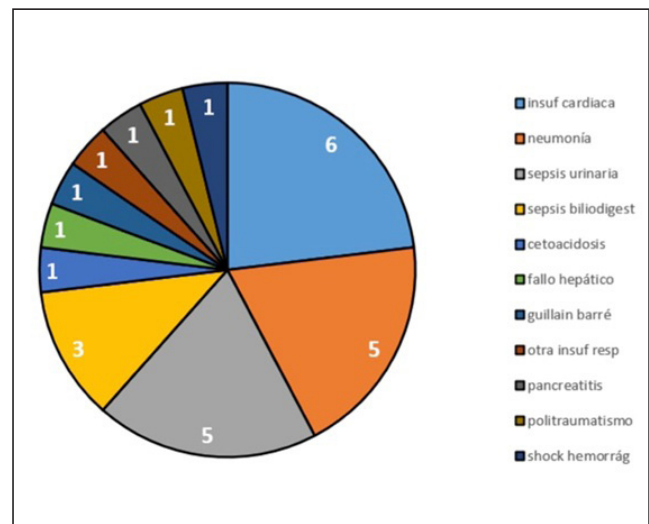
Hospital de Sagunto, Valencia.

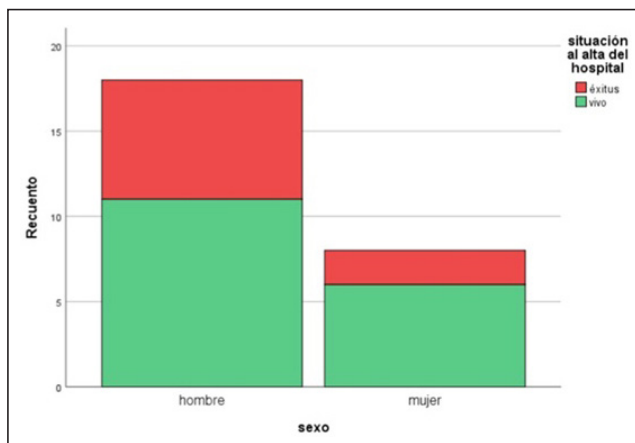
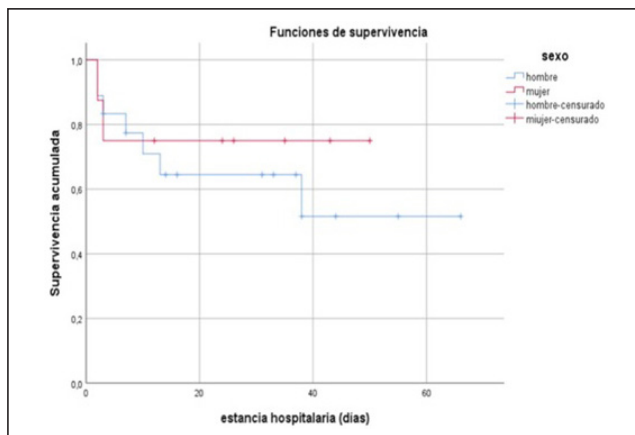
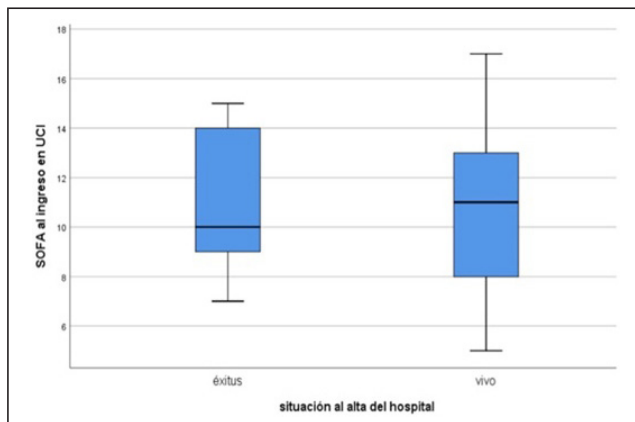
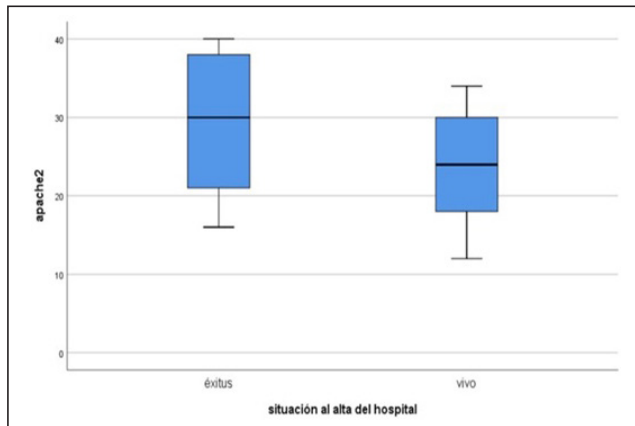
Objetivos: Las TCRR son habituales en el desempeño habitual de una UCI polivalente como la nuestra. El trabajo expone nuestra experiencia en 2024.

Métodos: Análisis descriptivo. Se describen datos cualitativos con número y porcentaje, y datos cuantitativos con mediana y rango intercuartil (RIQ, percentil 25-percentil 75). Se comparan variables categóricas con un test de ji cuadrado, y una variable numérica continua con una categórica con t Student o ANOVA. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se han realizado TCRR en 26 pacientes. 8 mujeres y 18 hombres. La edad es 69,2 años (RIQ 61-76,7). Los motivos de ingreso son mayoritariamente médicos (84,6%), con predominio de sepsis (50%) e insuficiencia cardíaca (22,7%). El APACHE II al ingreso es 24 (RIQ 18-32). El SAPS II 65 (RIQ 48-75). El SOFA al ingreso es 11 (RIQ 8-14). En todos se realizó HDFVVC por acceso femoral y en 1 se añadió una 2.ª fase de técnica continua intermitente. 1 paciente consumió filtros OXIRIS. La terapia duró 4 días (RIQ 3-7). Se usó citrato en el 80,8%, en 2 pacientes un 2º tiempo con heparina; 15,4% con heparina exclusivamente, y 1 sin anticoagulación en el set. El tiempo de inicio de la TCRR es de 1 día. Mortalidad hospitalaria 34,6%. En el análisis bivariante no se encuentran diferencias significativas, solo una proporción discretamente menor de fallecidos entre las mujeres.

Conclusiones: La HDFVVC es práctica habitual. Se prefiere anticoagulación con citrato.





11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 7

SEDACIÓN/ANALGESIA 2

Moderadora: Cristina López Martín, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

141. EXPERIENCIA Y PERFIL DE SEGURIDAD DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Pérez Gutiérrez J, Artola Blanco M, Mamolar Herrera N, Bustamante Munguira E, Medina Díez S, Velasco Villagarcía A, Curieses Andrés CM, Calleja Delgado L, Posadas Pita GJ y Renedo Sánchez-Girón G

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Analizar variables demográficas y efectividad del empleo de sevoflurano como agente sedante principal en el grupo de pacientes seleccionados que presentan un objetivo de sedación siguiendo la escala RASS (Richmond Agitation Sedation Scale) de -4 durante el año 2024. Evaluar la frecuencia y principales eventos adversos asociados a la medicación. Identificar factores de la población intervenida que puedan influir en la respuesta a sevoflurano y las principales indicaciones para su empleo. Determinar la gravedad clínica inicial en la población a estudio y sus resultados en mortalidad.

Métodos: Estudio transversal analítico retrospectivo que incluyó un total de 11 pacientes que recibieron sedación inhalatoria con sevoflurano entre enero de 2024 y enero de 2025 siguiendo las indicaciones del protocolo de sedación siguiendo las recomendaciones de GTSAD de SEMICYUC.

Resultados: El 90,9% de los pacientes incluidos en el estudio fueron varones con una edad media de 60 años y un promedio de IMC calculado como obesidad de grado I (promedio IMC: 60,57). Las principales indicaciones para el uso de sedantes volátiles fue la sedación difícil tras optimizar con dos sedantes endovenosos (29,9%). La otra indicación principal fue la necesidad de sedación profunda (29,9%) por la condición clínica al ingreso siendo la causa frecuente en este subgrupo el politraumatismo con TCE grave. El objetivo de sedación establecido (RASS -4) se alcanzó de forma positiva en el 72% de los pacientes empleando dosis entre los 5 ml/h y 20 ml/h. El tiempo medio de sedación fue de 86 horas y todos los pacientes habían recibido sedación intravenosa previa. La media de mortalidad calculada al ingreso según la escala APACHE II fue de 18 puntos que estima una mortalidad al ingreso de un 29,1%. En nuestra muestra, el porcentaje de *exitus* del total de pacientes incluidos fue del 36% en relación con su patología de base y comorbilidades que presentaron al ingreso.

Conclusiones: Los pacientes que recibieron sedación con sevoflurano mantuvieron el nivel de sedación deseado hasta en un 70% y en ninguno de ellos hubo evidencia de eventos adversos asociados al tratamiento, lo cual aboga por una sedación con un alto perfil de seguridad y baja/nula tasa de eventos adversos. La población a estudio presentó una mortalidad estimada al ingreso elevada (30%) muy similar a la obtenida en nuestro tamaño muestral. Es necesario continuar recopilando casos con idea de ampliar el estudio y afianzar los resultados prometedores de la sedación inhalatoria, tal y como se recomienda en nuestra sociedad y guías.

142. IMPACTO DEL DISPOSITIVO DE OXIGENACIÓN DE MEMBRANA EXTRACORPÓREA EN LA FARMACOCINÉTICA DE MORFINA EN PACIENTES

Martín Cerezuela M, Chovi Trull M, Mullor Soriano V, Madrid López I, Paredes Rodríguez I, Arrando Barberá H, Castellanos Ortega Á, Poveda Andrés JL y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Evaluar el impacto del dispositivo de oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO) en la concentración plasmática (Cp) de morfina.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, de cohortes. Se incluyeron pacientes críticos adultos con perfusión continua de morfina (100 mg/100 ml SF0,9%) durante más de 48 h a lo largo de un año. Se recogieron variables demográficas y clínicas, tratamiento concomitante (fármacos sedantes o inductores-inhibidores) y reacciones adversas, ventilación mecánica (VM) y técnicas de reemplazo renal (TRR). Se determinó la Cp a las 24 h (pk1) y a las 48 h (pk2) del inicio de la perfusión y los metabolitos 3 y 6-glucurónico (M3G y M6G) en ambos puntos mediante UPCL-MS/MS. Se diferenciaron dos cohortes, ECMO y no-ECMO. Las variables cuantitativas se expresaron como media (SD) y las cualitativas como frecuencia absoluta (relativa). Se utilizó t-Student o Mann-Whitney para comparar variables cuantitativas y ji-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher para cualitativas según normalidad, mediante STATAv.14. Se consideró estadísticamente significativo si $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con una media de edad de 55,20 (14,72) años, 78% varones; 12 (44%) en soporte con ECMO. No se encontraron diferencias significativas para las variables, sexo, SAPS3, índice de masa corporal, antecedentes médicos, diagnóstico al ingreso, función renal, hepática, INR, albúmina o proteínas totales. Los pacientes ECMO eran más jóvenes. Aunque los pacientes en ECMO recibieron dosis más altas durante las primeras 48 h, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. Las Cp a las 24 h fueron más altas en pacientes sin ECMO: pk1: 71,8 (94,6) vs. 54,7 (24,7) ng/mL aunque no fue significativo ($p = 0,458$), también la Cp de los metabolitos fue más alta en el grupo ECMO: M3G: 626,5 (459,8) vs. 918,9 (749,7), $p = 0,223$; M6G: 61,6 (45,2) vs. 90,2 (111,2), $p = 0,376$. Similares resultados se hallaron a las 48h: pk2: 59,6 (52,8) vs. 55,6 (26,7), $p = 0,814$; M3G: 873,5 (691,5) vs. 1.043,7 (964,7), $p = 0,606$; M6G: 82,7 (68,0) vs. 102,1 (147,3), $p = 0,663$. No se hallaron diferencias en cuanto al uso de VM, TRR, tratamiento concomitante ni aparición de efectos adversos. En todos los pacientes se consiguió adecuado control del dolor (ESCID < 2) durante las primeras 48 h de tratamiento.

Conclusiones: En nuestra serie el uso de ECMO no tuvo impacto en las concentraciones plasmáticas de morfina durante las primeras 48 h. Utilizar una perfusión estándar en pacientes con soporte extracorpóreo para dosificar el fármaco en función de la respuesta guiada por la escala validada ESCID parece adecuado y seguro en esta población.

Financiado por: SEFH/FEFH.

143. IMPACTO DE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE ECMO Y HEMOFILTRACIÓN CONTINUA EN LA PRÁCTICA DE LA ANALGOSEDACIÓN EN LA UCI

Vega Rodríguez AS, Ortega Cámara J, Eugenio Robaina MDP, Pérez Cárdenas M, Prada Osorio R, Blanco López JJ y Santana Cabrera L

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar las necesidades sedantes y analgésicos durante la terapia con ECMO, hemofiltro, y si influye en la duración de la sedación, estancia hospitalaria y mortalidad.

Métodos: Se recogieron de manera retrospectiva, los pacientes ingresados y sometidos a ventilación mecánica en una UCI de 32 camas polivalentes durante el año 2023. Se recogieron un total de 595 pacientes, que se dividieron en cuatro grupos según el tipo de soporte recibido: 499 pacientes sin ECMO ni hemofiltro, 81 pacientes con hemofiltro, 9 pacientes con ECMO y 6 pacientes con ambos soportes. Para cada paciente, se registraron las dosis máximas y número de horas de tratamiento con sedantes y analgésicos, así como el tiempo en ECMO y hemofiltro, la duración de la estancia hospitalaria y el porcentaje de *exitus*. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante pruebas t de Student o Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Los pacientes en ventilación mecánica con soporte avanzado, como ECMO y hemofiltro, mostraron un incremento tanto en la dosis media de fármaco utilizado como en la duración de la sedación. Las dosis de propofol y ketamina, fueron particularmente mayores en estos pacientes en comparación con aquellos sin soporte avanzado. En términos de duración, los pacientes en ECMO tuvieron una media de 829 horas de sedación frente a 314 horas en los pacientes sin ECMO ($p = 0,0049$), mientras que en el grupo con hemofiltro la media de horas de sedación fue de 626 frente a 275 en pacientes sin hemofiltro ($p = 0,0295$). La estancia hospitalaria también fue significativamente mayor en los pacientes con ECMO o hemofiltro, alcanzando una media de 30 días frente a 18 días en aquellos sin soporte ($p = 0,009$).

En cuanto a la mortalidad, se observó una tendencia al alza en los pacientes con soporte avanzado, con una tasa de mortalidad del 33% en pacientes con ECMO y del 50% en aquellos que recibieron ambos soportes, en comparación con el 15% en los pacientes sin soporte avanzado.

Conclusiones: Los pacientes en VM con soporte con ECMO y/o hemofiltro requieren mayores dosis de sedantes y analgesia, especialmente dexmedetomidina, ketamina y propofol, para alcanzar una sedación adecuada. Los pacientes con soporte avanzado muestran una estancia hospitalaria más larga y una tendencia a mayor mortalidad. Estos hallazgos subrayan la importancia de optimizar el manejo de la sedación en pacientes con soporte avanzado y motivan estudios adicionales que puedan confirmar y expandir estos resultados.

Financiado por: Fundación del colegio de médicos de Las Palmas.

144. LA NUEVA TERAPIA: SEDACIÓN INHALATORIA. MANEJO TRAS SU INTRODUCCIÓN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Peregrina Caño E, De la Torre Muñoz AM y Fernández Villalba A

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

Objetivos: Evaluar el perfil y la evolución de los pacientes que han ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria en los que se decidió iniciar sedación inhalatoria (SI).

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 1 noviembre 2023 hasta el 30 de septiembre de 2024.

Resultados: Durante este periodo de tiempo de 10 meses la SI se ha usado en 46 pacientes. La SI se usó en, un 20% mujeres y un 80% hombres, presentando una edad media de 57,4 años. Respecto al uso de sedantes iv previos a la SI, en un 42,2% no se usó ninguno y en un 57% sí se usaron. El sedante previo más usado fue el propofol con un 41,3% o combinaciones de este siendo el uso de midazolam más restringido con un 6,5%. El tipo de patologías al ingreso en los pacientes en los que se usó SI fue principalmente la insuficiencia respiratoria (62,2%) seguida de politraumatismos (8,9%), shock cardiogénico (6,7%) y pancreatitis, shock séptico e hipovolémico (4,4%). El motivo de inicio de la SI ha sido principalmente tras IOT (37,8%), seguido de RAMS a consecuencia del propofol (31,7%), como cambio de estrategia de sedación (13,3%), en SDRA (11,1%), en estatus epiléptico (6,7%) y estatus asmático (2,2%). El motivo de retirada de la SI fue para destete de VM en un 48,9%, con causas muy variadas en el resto de motivos, desde QT alargado o problemas de compatibilidad al iniciar terapia con óxido nítrico todas ellas con < 5% y desabastecimiento (6,7%). Respecto al uso de sedante posterior a la SI, en un 34% no se ha sido preciso usar ninguno. La dexmedetomidina fue el más usado (25%), seguido de la combinación con propofol (18,2%), seguido de la combinación de los dos anteriores con midazolam (9,1%), únicamente propofol (6,8%) y otras combinaciones < 3%.

Conclusiones: Las indicaciones de la terapia cada vez están más claras en la unidad y la precocidad del tratamiento cada vez es mayor. Todavía hay margen de mejora principalmente en la retirada de la terapia. Necesitamos más experiencia y formación más orientada a nuestras debilidades.

145. ¿QUÉ HA CAMBIADO TRAS LA INCORPORACIÓN DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN NUESTRO HOSPITAL?

Peregrina Caño E, De la Torre Muñoz AM y Sánchez Calderón A

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

Objetivos: Evaluar el manejo y la evolución de la terapia en los pacientes en los que se decidió iniciar la sedación inhalatoria (SI) tras su introducción en junio de 2023 hasta la actualidad.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde junio de 2023 hasta el 30 de septiembre de 2024. Dividimos dos periodos; el primero desde junio de 2023 a octubre 2023 y el segundo periodo desde noviembre de 2023 hasta septiembre de 2024.

Resultados: En el primer periodo, la SI se usó en un 45% de varones y un 55% de mujeres, edad mediana de 58 años. En el segundo periodo se usó

en, un 20% mujeres y un 80% hombres, misma edad media. Sobre el motivo de ingreso en UCI, en el primer periodo, la mayoría fueron insuficiencia respiratoria (41%), politrauma (18%) y pancreatitis (14%). En cambio, en el segundo periodo predominan la insuficiencia respiratoria (62,2%), politraumatismos (8,9%) *shock* cardiogénico (6,7%) y otros. Respecto al uso de sedantes iv previos a la SI, en el primer periodo, únicamente un 18% no recibió ningún sedante previo. En el caso de recibirlo fue el propofol en monoterapia (50%) o combinado (28%) siendo el uso de midazolam ínfimo (5%). En el segundo periodo, en un 42,2% no se usó ningún sedante previo. El sedante previo más usado fue el propofol. Sobre el motivo de inicio de la SI durante el primer periodo únicamente se usó tras IOT en un 32% de pacientes siendo el segundo motivo por RAMS del propofol (37%). En el segundo periodo ha sido principalmente tras IOT (53,4%), seguido de RAMS a consecuencia del propofol (31,7%). El motivo de retirada de la SI fue en ambos periodos principalmente para destete de VM. Respecto a la retirada de la SI, en ambos periodos no fue preciso usar un sedante iv posterior en un 35% de pacientes y en caso de usarlo, en el primer periodo predominó la combinación de dexmedetomidina + propofol seguido del uso por separado de ambos. En el segundo periodo la dexmedetomidina fue el más usado seguido de la combinación con propofol.

Conclusiones: Los médicos de la unidad cada vez tienen las indicaciones de la terapia más claras y el inicio de la misma con más precocidad. Los efectos secundarios del propofol siguen constituyendo un motivo de inicio de la SI importante. Cada vez usamos más la dexmedetomidina para la retirada de la SI. Quedan ámbitos mejorables, principalmente en la retirada de la terapia.

146. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON SEDACIÓN INHALADA INGRESADOS EN UCI EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DURANTE 2 AÑOS

Corbato García A, Barakat Fernández S, Benítez Garzón LE, Vidal Luján LA, Hambardzumyan Gevorgyan A, Pérez Bastida L, González Salamanca A, Álvarez Torres M, López Ramos EM y Andaluz Ojeda D

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

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en UCI en tratamiento con sedación inhalada en un hospital de segundo nivel en los primeros 2 años desde su inicio (2023-2024), así como analizar su evolución posterior.

Métodos: Estudio retrospectivo de casos consecutivos de pacientes tratados con sedación inhalada: sevoflurano e isoflurano. Se analizaron variables demográficas y clínicas, y su relación con el desenlace clínico final. Análisis descriptivo mediante mediana $\pm$ RIQ para variables cuantitativas, n y porcentajes para cualitativas. Comparación de muestras mediante chi-cuadrado y U-Mann Whitney (SPSS 25.0).

Resultados: 37 pacientes fueron tratados con sedación inhalada, siendo utilizados como sedantes de 1.ª línea en el 60% de casos, y en el 51% combinada con otros. De ellos, 21 (57%) fueron tratados con sevoflurano y 17 (46%) con isoflurano. En el 32% de los pacientes se utilizó esta sedación por su efecto broncodilatador, en un 16% por su efecto antiepiléptico y en la mayoría de los casos (52%) como sedante sin otra indicación añadida. El 15% precisó uso de relajantes musculares concomitantemente. El 83% de pacientes presentaban patología médica, el 14% quirúrgica y un 3% traumatológicos. La mediana de días de sedación fue de 5 días (RIQ 9) para isoflurano y 4 días (RIQ 7) días para sevoflurano. El 67% de los pacientes fueron mujeres, con una mediana edad de 64 años (RIQ 21) y un APACHE al ingreso de 22 (RIQ 12). La mediana de estancia en UCI de 21 días (RIQ 24), disminuyendo a 15 (RIQ 25) en paciente con isoflurano (p 0,95). El 32% de los pacientes presentaron hipernatremia durante el tratamiento (9 pacientes con sevoflurano y 1 con isoflurano, p 0,121). Un solo paciente desarrolló alteraciones pupilares, así como fracaso renal no atribuible a otras causas durante la sedación (ambos con sevoflurano). La mediana de días intubados fue de 15 días (RIQ 24), desarrollando un 27% de los pacientes traqueobronquitis y un 5% NAVM. El 51% de los pacientes presentaron polineuropatía del paciente crítico, un 38% *delirium* y un 11% de los pacientes necesitó inicio o aumento de vasoactivos tras el inicio de la sedación inhalada. La mortalidad intra-UCI fue del 22% (8 pacientes).

Conclusiones: La sedación inhalada es un tratamiento eficaz y con escasos efectos adversos, siendo estos más frecuentes en tratamiento con sevoflurano. Presenta beneficios como sedante por su menor vida media que los sedantes intravenosos, así como utilidad añadida por su potencial efecto antiepiléptico y broncodilatador.

147. IMPLEMENTACIÓN DE LA SEDACIÓN INHALATORIA CON ISOFLURANO EN UNA UCI POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Álvarez Narros L, Liger Borja A, De Frutos Hernando EM, El Ashkar Palacios GC, Cateura Martínez D, Lázaro Martín NI, Rey García MS, Hildalgo Valverde V, Márquez Fernández C y Martín López C

Hospital General de Segovia (C.A. de Segovia), Segovia.

Objetivos: Analizar una muestra de pacientes en el que se ha utilizado sedación inhalatoria con isoflurano (SI) con objetivo de sedación profunda. Descripción de causas de suspensión de la terapia y efectos adversos. Descripción de dosis máximas de isoflurano y fármacos analgésicos e hipnóticos para sedación endovenosa (EV) complementaria para sedación profunda. Descripción del tiempo de despertar y la incidencia de *delirium*.

Métodos: A través de la revisión de historias clínicas se ha realizado un estudio descriptivo longitudinal y retrospectivo, tras la experiencia inicial del uso de SI con isoflurano para sedación profunda en los pacientes que ingresan en una UCI polivalente sin contraindicaciones para su uso, en el periodo comprendido entre abril y diciembre de 2024. Se recogieron datos demográficos, motivo del ingreso e inicio de la sedación, escalas de gravedad (APACHE II y SOFA), objetivo de sedación basada en escala BIS y RASS, dosis de isoflurano y de fármacos analgésicos e hipnóticos complementarios EV, días de sedación con isoflurano, efectos adversos, causas de suspensión de la terapia, tiempo de despertar y presencia de *delirium*. Para las variables cualitativas y cuantitativas se realizó un análisis de los datos mediante estadística descriptiva con el programa SPSS Statistics.

Resultados: Se alcanzó el objetivo de sedación profunda medida mediante la escala BIS y RASS en el 84,4% de pacientes y no en el 15,6%, con una dosis máxima de SI $6,3 \pm 3,4$ ml/h con localización proximal del filtro en un 94% con una duración de 3 ± 2 días de SI. El motivo principal de ingreso fue insuficiencia respiratoria, SDRA grave y *shock* séptico, con una escala de gravedad APACHE II $27,5 \pm 6,8$ y SOFA $8 \pm 3,3$. Soporte hemodinámico con noradrenalina a $0,14 \pm 0,1$ μ g/kg/min. Terapia suspendida en el 46,9% principalmente por hiperlactacidemia, midriasis, profundización de sedación y condensación de filtro, fístula bronquial e hipertermia. Tiempo de despertar fue dentro de las primeras 72 horas, en un 45% en las siguientes 24 horas. Presencia de *delirium* en un 9,4% y uso de fármacos para destete en un 28%.

Conclusiones: Según nuestra experiencia inicial concluimos que se puede alcanzar el objetivo de sedación profunda con isoflurano y opioides en bajas dosis con tiempo de despertar corto y baja tasa de *delirium*. Además, la principal causa de suspensión de la SI fue al profundizar la sedación ya que por condensación del filtro no se consiguió el objetivo. Se requieren más estudios para correlacionar la presencia de hiperlactacidemia con la SI.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 8

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 2

Moderador: Sergi Tormo Ferrándiz,
Hospital Universitari i Politècnic La Fe,
Valencia

148. ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO DE LOS TELÉFONOS MÓVILES DE GUARDIA DE LOS MÉDICOS DE LA UMI DEL HOSPITAL SAN PEDRO

Gómez Camino S, Íñiguez de Diego A, Corta Iriarte L, Chicote Álvarez E, Pavia Pesquera MC, Soria Blanco LM, Camino Ferro H, Mainar Gil I, Ruiz de la Cuesta López M y Calvo Martínez A

Hospital San Pedro (C.H. San Pedro Hospital de la Rioja), La Rioja.

Objetivos: Objetivo principal: investigar si los teléfonos móviles de guardia de los médicos de la UMI del HSP son portadores de microorga-

nismos multirresistentes. Objetivos secundarios: observar que tipo de microorganismos multirresistentes se han aislado. Estudiar si los teléfonos móviles de guardia de los médicos de la UMI del HSP pueden actuar como potenciales vectores de microorganismos multirresistentes. Confirmar la necesidad de fomentar protocolos que ayuden a prevenir infecciones nosocomiales transmitidas por estos objetos.

Métodos: Es un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. El periodo de tiempo en el que se va a realizar es de 6 meses, desde el 1 de junio de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023. Se analizarán los tres teléfonos móviles de guardia del personal médico de la UMI del HSP una vez por semana. Se analizarán los distintos microorganismos multirresistentes aislados, la adecuada tasa de desinfección de los dispositivos, el número de personas por los que han pasado estos, el servicio en el que se encuentran los mismos y el momento de la jornada laboral en el que se encuentren, diferenciado en turno de mañana o guardia.

Resultados: En el 100% de las muestras analizadas no se observó aislamiento de microorganismos multirresistentes, siendo los patógenos testados los siguientes: enterobacterias productoras de BLEE y productoras de carbapenemasas, *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente y *Staphylococcus aureus* meticilín resistente.

Conclusiones: Las infecciones nosocomiales son responsables del aumento de la morbilidad en los pacientes hospitalizados, sobre todo en los pacientes críticos. Una de las causas es la falta de higiene de manos, por lo que todo lo que esté en contacto con unas manos sucias puede comportarse como potencial vector de patógenos. Con el presente estudio se pretende conocer el porcentaje de microorganismos multirresistentes aislados en los teléfonos móviles de guardia de los médicos de la UMI del HSP y evaluar la necesidad de implementar medidas para prevenir infecciones nosocomiales transmitidas por la contaminación de estos dispositivos. Se puede concluir: no se aislaron microorganismos multirresistentes en ninguna de las muestras analizadas; no se puede descartar que los teléfonos móviles no sean portadores de otro tipo de microorganismos; las medidas para prevenir infecciones nosocomiales parece que son efectivas, al menos en lo relativo a microorganismos multirresistentes.

149. REFLEXIONES DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ (MOBI-TRUETA)

Vilà Rivas M, Fuster Bertolin C, González Navarro Á, Zurdo Vidal S, Hellín Aguilar A y Murcia Gubianas C

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: La debilidad adquirida en la UCI (DA-UCI) es una entidad prevalente (40-50%), asociada a más días de ventilación mecánica (VM), fracaso del *weaning*, disfagia, más días de ingreso, síndrome post-UCI y mayor mortalidad. La prevención de la DA-UCI es esencial y se basa en los *Bundles A to F*, destacando el *Bundle E* (*early mobilization*). El objetivo es reflexionar desde una perspectiva multidisciplinar sobre la situación tras implementar un protocolo de movilización precoz (MP) y hacer un análisis DAFO para mejorar la práctica diaria.

Métodos: Antes de implementar el protocolo se realizó un estudio transversal para registrar actividades relacionadas con la MP y a los 18 meses se repitió. Se organizó la recogida de datos con preguntas clave.

Resultados: ¿Quién y cuándo decide el inicio y nivel de MP del paciente? ¿Cuándo se inicia la MP? Antes del protocolo, el fisioterapeuta y el intensivista decidían el inicio de la MP antes de la sesión. Con el protocolo, esta decisión se toma en reuniones multidisciplinarias incluyendo a enfermería. Ahora la MP comienza dentro de las primeras 48 h de VM y existen distintos niveles. ¿Qué porcentaje de pacientes con indicación de MP se moviliza? ¿Cómo se organizan las sesiones de MP? En el estudio inicial, un 86% de los pacientes tenían criterios de MP, pero solo el 66% se movilizaron. En el segundo, el 78% presentaban indicación de MP y todos se movilizaron. En los dos cortes se movilizaron con movimientos pasivos, aunque el 56% y el 57% respectivamente podrían haber alcanzado niveles más avanzados. Antes y después del protocolo, los pacientes recibían una sesión diaria. Inicialmente, el 58% de las sesiones duraban 10', el 12,5% 15' y el 25% 20'. Tras el protocolo, el 88% duraron 10' y el 11% 20'. ¿Se han observado complicaciones durante las sesiones de MP? La literatura reporta menos del 4% de efectos adversos, aunque en nuestra cohorte no se observaron. ¿Qué porcentaje de pacientes fueron diagnosticados de DA-UCI y con qué método? Antes del protocolo no se diagnosticaba sistemáticamente la DA-UCI. Después del protocolo, el

diagnóstico rutinario se realiza con MRC en pacientes colaboradores, con una incidencia del 75%.

Debilidades: - Poca experiencia en movilizar pacientes con vía aérea artificial. - Falta de protocolo estandarizado sobre <i>delirium</i>. - Falta de personal (TCAE y fisioterapeutas) que permita la individualización de la terapia. - Todavía tenemos un porcentaje elevado de casos de sedación profunda no indicada. - Hemos comprobado tener una incidencia de DA-UCI muy elevada.	Amenazas: - Nuestro principal talón de Aquiles es la poca presencia de la familia en la unidad. Necesitamos la apertura de la UCI a las familias. - Necesidad de obtener mayor <i>feedback</i> y concienciación sobre la DA-UCI mediante la apertura de consultas externas de PICS (en proyecto).
Fortalezas: - Contamos con material de movilización como cicloergómetro, <i>pedaliers</i>, <i>Sara Combalizer</i>... - Grupo de trabajo multidisciplinar en formación. Difusión con <i>flashcards</i> y en panel electrónico. - Test de disfagia. Equipo experto en nutrición dentro de la UCI. 5 días a la semana con presencia de fisioterapeuta (aunque sólo mañanas). - Inicio detección <i>delirium</i> con CAMICU secuencialmente al inicio del protocolo de MP. - La MP mejora la esfera física, cognitiva y emocional de nuestros pacientes.	Oportunidades: - Optar a mínimo dos sesiones de MP al día de duración superior al actual, nunca superando los 40 minutos. - Aumentar el nivel de experiencia con práctica diaria y con la formación en otros centros más expertos para favorecer alcanzar niveles más avanzados de MP. - Introducir la ecografía muscular seriada como método diagnóstico de DA-UCI en pacientes no colaboradores. - Valorar la mejoría en severidad e incidencia de úlceras por presión.

Tabla 1. Análisis DAFO sobre nuestras conclusiones del estudio Mobi-Trueta

Conclusiones: La integración de un protocolo multidisciplinar basado en la evidencia es básico e imprescindible para iniciar el trabajo diario en el ámbito de la MP. Mostramos nuestras conclusiones en la tabla.

150. MOTIVOS DE EXCLUSIÓN PARA EL SEGUIMIENTO DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN LA CONSULTA POS-UCI

Díaz Díaz D, López Pérez L, Villanova Martínez M y Escuela de Gericó M

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

Objetivos: Conocer la incidencia, causas y características de los pacientes con criterios para desarrollar síndrome post-UCI (SPUCI), que son excluidos de la consulta pos-UCI (CPUCI).

Métodos: Estudio retrospectivo en dos periodos (junio 2018-diciembre 2019 y enero 2022-junio 2024). Se analizaron variables demográficas, motivo de ingreso en UCI, gravedad (SAPS- 3), estancia media en UCI y hospitalaria. Los factores de riesgo para el desarrollo del SPUCI fueron ventilación mecánica (VM) $\geq$ 3 días, estancia en UCI $\geq$ 7 días, SDRA, *shock* séptico, necesidad de terapia de depuración extrarrenal, PCR recuperada, traqueostomía, y *delirium*. Se consideraron criterios de exclusión de CPUCI ausencia de secuelas, corta expectativa vida, trastorno psiquiátrico y neurológico grave, y dependencia total.

Resultados: Durante el periodo del estudio ingresaron en UCI 1.784 pacientes, de los cuales 249 fallecieron. 220 pacientes (14,3% de los supervivientes) tenían factores de riesgo para SPUCI, de los que 112 (50,9%) presentaban criterios de exclusión. Sus principales motivos de ingreso en UCI fueron insuficiencia respiratoria aguda (41,9%), y *shock* séptico (22,3%). La puntuación SAPS-3 al ingreso fue de 61(25-105). Recibieron VMI el 63,1% de los pacientes, con una duración media de 10 días. La estancia media en UCI fue de 11 días y la hospitalaria de 31 días. Los principales factores de riesgo para SPUCI fueron estancia en UCI $\geq$ 7 días (93%), VM durante $\geq$ 3 días (63,4%) y *delirium* (48,2%). Las causas de exclusión para CPUCI fueron fallecimiento en planta (20,5%), corta expectativa de vida (20,5%), y enfermedad psiquiátrica grave (16%).

Conclusiones: Hasta el 50,9% de los pacientes con riesgo de SPUCI son excluidos del seguimiento en CPUCI, siendo los principales motivos la corta expectativa de vida y el *exitus* al alta de UCI.

151. REDUCIENDO LOS ERRORES DE MEDICACIÓN EN LA UCI: UN ENFOQUE INTEGRAL PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Boria Domenjo L y Losmozos Gargallo I

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Identificar estrategias clave para prevenir errores de medicación en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Analizar el impacto de los sistemas electrónicos de prescripción médica y tecnologías avanzadas en la reducción de errores. Proponer recomendaciones basadas en evidencia para optimizar la seguridad del paciente en las UCI.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed, Scopus y Cinahl para identificar estudios sobre la prevención de errores de medicación en entornos críticos. Se seleccionaron investigaciones de los últimos 10 años, centradas en tecnologías, protocolos estandarizados, doble verificación de medicación y formación del personal. Los artículos seleccionados incluyeron guías clínicas y documentos de instituciones en seguridad del paciente. La información se analizó para extraer conclusiones y prácticas recomendadas.

Resultados: La revisión destacó estrategias eficaces para prevenir errores de medicación en las UCI. El uso de tecnologías de apoyo, como los sistemas electrónicos de prescripción (CPOE) y la administración automática de medicamentos, ha demostrado reducir significativamente los errores. Además, la implementación de protocolos estandarizados para medicamentos de alto riesgo, como anticoagulantes, sedantes e insulina, es crucial para minimizar riesgos. La doble comprobación por dos profesionales antes de la administración también resultó ser efectiva. La formación continua del personal y el uso adecuado de tecnologías son claves para reducir errores. Una de las estrategias clave identificadas fue la implementación de sistemas de reporte de errores en la administración de medicación, los cuales permiten detectar y analizar fallos en tiempo real. También se destacó la importancia de fomentar una comunicación fluida y el trabajo en equipo entre médicos, enfermeras y farmacéuticos, utilizando herramientas como listas de verificación (*checklists*) para asegurar la seguridad.

Conclusiones: Los errores de medicación en las UCI pueden reducirse mediante estrategias que integren tecnología avanzada, protocolos estandarizados y formación continua del personal. La doble verificación y el rol activo de los farmacéuticos en la administración de medicamentos son esenciales para mejorar la seguridad. Las políticas de seguridad deben basarse en evidencia científica, utilizando tecnología para reducir los errores. La implementación de sistemas de reporte de errores de medicación es crucial para detectar fallos, mejorar procesos y promover un ciclo de mejora continua.

152. MÁS ALLÁ DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA EN UN HOSPITAL MILITAR GENERAL

González Natera R, Vicente Gordo MD, Ruiz de la Cuesta Martín D, Val Jordán E, Gallardo Puga JF, Dopico Cervera JC y Fuentes Esteban D

Hospital General de la Defensa, Zaragoza.

Objetivos: Describir la actividad del SEMI en el Hospital General de la Defensa en Zaragoza (HGDZ). Comparar la actividad asistencial extra-UCI entre el año 2023 y 2024. Determinar cuál fue el grupo de patología que más demanda atención, y en cual se invierte más tiempo. Determinar cuántos de los pacientes de los valorados finalmente fueron ingresado en UCI.

Métodos: El HGDZ es un hospital tipo 2, que cuenta con SMI polivalente con intensivista presencial 24 h/365 d. El SMI actúa como ERR en nivel 0 y 1. Se registraron las atenciones fuera de la UCI desde 1/01/2023 hasta 31/12/2024, determinando: procedencia, tiempo dedicado, tipo de patología a valorar (cardiológica, médica, infecciosa, quirúrgica y colocación de vías) y destino del paciente (si ingresa en UCI, si se decide LTSV o si se mantiene tratamiento en planta). Se calculó la relación entre las atenciones SEMI por cada 1.000 ingresos hospitalarios según lo publicado. Las variables cuantitativas se presentan en forma de medias, y las variables cualitativas en forma de proporciones.

Resultados: Los resultados obtenidos en el registro pueden verse en la tabla. Si analizamos el total de atenciones en el periodo estudiado, las patologías médicas y cardiológicas fueron las más demandadas, con 31% (n 140) y 30,4% (n 137), seguidas de la solicitud de colocación de vías, con un 21,5% (n 97). Sin embargo, el tiempo de atención promedio fue diferente entre las diferentes patologías: médicas 49 min, cardiológicas 31 min y colocación de vías 59 min. Estos tiempos se corresponden con lo publicado por Gómez Tello *et al.*

Datos	2023	2024
Ingresos hospitalarios	3506	3889
Ingresos UCI	155	151
Numero de atenciones	186	265
Atenciones SEMI/Pacientes ingresados x1000	53,05/1000 ingresos	68,14/1000 ingresos
Edad	68,2 +/- 21,4 años	68,49 +/- 19,48
Procedencia		
• Urgencias	34,4% (n 64)	31,7% (n 84)
• hospitalización (incluye vías)	51,7% (n 96)	42,3%(n 112)
• Otros (CCEE, Quirófano, etc)	13,9% (n 26)	26% (n 69)
Tipo de atención		
• Médicas	25,3% (n 47)	34,7% (n 92)
• Cardiológicas	30,1% (n 56)	27,9% (n 74)
• Infecciosas	11,3% (n 21)	8,7% (n 23)
• Quirúrgicas	3,8% (n 7)	3,3% (n 22)
• Vías	21,5% (n 40)	18,9% (n 50)
• Otros	8,1% (n 15)	1,5% (n 4)
Nº Activación por PCR	1,6% (n 3)	2,6% (n 7)
Tiempo de atención promedio	45 min	43 min
Ingreso en UCI	25,8% (n 48)	29,4% (n 78)
LTSV como tratamiento	1,1% (n 2)	6,4% (n 17)

Conclusiones: Se puede evidenciar un aumento del número de atenciones en el año 2024, con respecto al 2023. Esto probablemente sea consecuencia de la aplicación de protocolos que se han ido poniendo en marcha en los últimos 2 años que favorecen el trabajo multidisciplinar. La productividad de la UCI habitualmente se valora en función del número de camas, ingresos/año y mortalidad. Sin embargo, en algunos hospitales con baja actividad asistencial intra-UCI, pero con una gran actividad del SEMI, se podría infravalorar el rendimiento y las necesidades humanas y materiales de la UCI, que dependen más de la productividad real que del número de camas. Es importante el registro de las actividades del SEMI, así como la difusión de dichos datos a la administración hospitalaria, a fin de que sean tenidas en cuenta para la organización de los SMI.

153. MORTALIDAD Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE MUY ANCIANO QUE INGRESA EN MEDICINA INTENSIVA

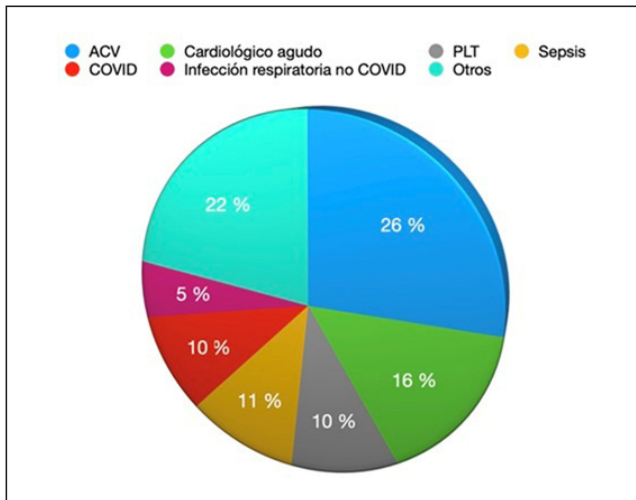
García Rodríguez D, Díaz Sazo BC, Simón Paniello A, Rivero Darías A, Pérez Rendón FM, Peinado Rueda E, Domínguez González A, Belmonte Ripollés F y Castellano Pérez R

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

Objetivos: La población de pacientes ancianos ha aumentado de manera importante en los últimos años, esto conlleva un aumento en la demanda de asistencia sanitaria, incluyendo el ingreso en medicina intensiva (UMI). La senectud, se asocia con una mayor prevalencia de cronicidad y alteraciones funcionales. La asistencia al anciano en UMI es un fenómeno creciente, aunque la decisión de ingreso es siempre controvertida. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la mortalidad y pronóstico funcional de los pacientes mayores de 80 años que ingresan en UMI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes mayores de 80 años que ingresaron en UMI en un periodo de 48 meses. Variables de interés principal: datos demográficos, estado funcional basal (índice de Barthel), gravedad de la enfermedad (APACHE II y SAPS 2), mortalidad y estancia.

Resultados: Se analizaron 205 pacientes con una media de edad de 82 años (80-97 años), 47,3% era mujer. Registramos un APACHE medio de 18,8 (8-40) y SAPS 2 medio de 46 (10-97). La mortalidad fue del 45,8% (un 65% falleció durante su ingreso en UMI). La estancia media en UMI fue de 5,14 días (0-43). mientras que la hospitalaria fue de 14, 5 días (1-105 días). Al ingreso en UMI el 85% de los pacientes era independiente (Barthel 100), 7% dependiente leve (Barthel 80), 6% parcialmente dependiente (Barthel 60) y el 1% restante presentaba un Barthel < 45. Situación funcional al alta un 18% de los pacientes requirió ingreso en centro de crónicos por la alta dependencia, y un 54% se mantenía independiente. Se estableció limitación del esfuerzo terapéutico en un 41,4% de pacientes, (6% al ingreso, y 34% tras mala evolución clínica.) Solo 1 paciente había realizado manifiesto de voluntades anticipadas.



Conclusiones: La proporción de pacientes mayores aumenta rápidamente cada año, y esto se ve reflejado en una tendencia a aumentar el número de ingresos, sabiendo que estos pacientes tienen mayor comorbilidad y es menos frecuente que sean dados de alta a domicilio. Se observa también una mayor mortalidad en este subgrupo de pacientes, aunque aquellos que sobreviven en su mayoría lo hacen con buena calidad funcional. Probablemente sea necesario valorar aplicar test de fragilidad previo al ingreso en UMI, con el fin de decidir la idoneidad o no del ingreso de este subgrupo de pacientes.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 9

RESPIRATORIO 2

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

154. ¿AFECTA LA SEDACIÓN INHALADA EN LA FASE INICIAL LA MECÁNICA PULMONAR EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA?

Vera Ching C, Palacios Ramírez S, Castillo Niell A y Murcia Gubianas C

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Describir los cambios a nivel de mecánica pulmonar, ventilación, oxigenación y espacio muerto (VD) en pacientes con sedación inhalada (SedaConda ACD-S®) conectada a nivel proximal en la primera hora de tratamiento en paciente con necesidad de sedación profunda ingresados en nuestra Unidad desde noviembre de 2023 hasta noviembre de 2024.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo observacional que incluye pacientes > 18 años ingresados a la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Universitario Dr. Josep Trueta con requerimientos de analgesia profunda candidatos al uso de sedación inhalada (SedaConda ACD-S®). Una vez ajustados los parámetros de ventilación protectora y PEEP óptima, se registraron variables epidemiológicas, clínicas y gasométricas antes y 1 hora después de su inicio. Se registraron dichos resultados en una base de datos para su análisis posterior.

Resultados: Se muestran en las tablas.

Edad	64 (± 15,4)
N.º pacientes (H/M)	42 (80,95%/19,05%)
SOFA	8,9 (± 3,60)
APACHE	27,83 (± 8,12)
Obesidad	42% (IMC 28,65 ± 4,17)
Patología respiratoria	72,43% (30)
Neumonía	50% (21)

	Pre-ISO	Pos-ISO	p
Ventilación protectora			
VT/peso predicho	6,55 (± 0,5)	6,82 (± 0,74)	< 0,05
P plateau	21,76 (± 3,48)	21,62 (± 3,60)	0,9
Driving Pressure (DP)	12,52 (± 6,15)	12,55 (± 6,11)	0,5
Mecánica pulmonar			
Compliance (C)	44,76 (± 22,29)	49,58 (± 28,10)	0,09
Resistencias (R)	14,93 (± 4,40)	18,31 (± 9,12)	< 0,05
Espacio muerto (VD)	117,07 (± 39,80)	157,24 (± 37,51)	< 0,05
Parámetros gasométricos			
pH	7,37 (± 0,06)	7,35 (± 0,06)	< 0,05
pCO2	42,86 (± 6,8)	45,55 (± 6,59)	< 0,01
paO2/FiO2	219,09 (± 105,51)	246,05 (± 100,04)	0,1

Conclusiones: El uso de sedación inhalada a nivel proximal del circuito respiratorio con el dispositivo SedaConda ACD-S® resulta seguro a nivel de mecánica pulmonar, permitiendo mantener los parámetros de ventilación protectora (Vt 6,82 ± 0,74, presiones plateau de 21,62 ± 3,60 y DP de 12,55 ± 6,11); con un aumento de VD de 40,17 ± 34 sin cambios significativos a nivel pCO2 y pH. Su uso además mejoró la oxigenación y la compliance a nivel pulmonar sin resultados estadísticamente significativos.

155. EFECTOS DE LA SEDACIÓN INHALADA EN EL ESPACIO MUERTO Y MECÁNICA PULMONAR EN PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA CON SDRA

Vera Ching C, Palacios Ramírez S, Castillo Niell A y Murcia Gubianas C

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: La sedación inhalada con isoflurano está instaurándose como uno de los sedantes de elección en pacientes que requieren analgesia profunda en UCI, para ello se requiere la conexión de un dispositivo adicional (SedaConda ACD-S®) que funciona como intercambiador de calor y humedad con propiedades antivirales y antibacterianas. Se conecta de manera habitual entre la pieza en Y del ventilador y el tubo orotraqueal (configuración proximal) generando 50 mL de espacio muerto adicional. El objetivo de este estudio es describir los cambios a nivel de espacio muerto, ventilación, oxigenación y mecánica pulmonar en pacientes con SDRA candidatos al uso de sedación inhalada durante las primeras horas de conexión.

Tabla Póster 155

	Pre-ISO	Pos-ISO (1 h)	Pos-ISO (24 h)	p
Ventilación protectora				
Vt/peso predicho	6,57 (± 0,52)	6,79 (± 0,51)		< 0,05
P plateau (Pp)	22,70 (± 3,0)	22,26 (± 3,22)		0,17
Presión de distensión (DP)	13,06 (± 6,82)	13,26 (± 6,94)		0,4
Espacio muerto VD	115,36 (± 29,93)	161,61 (± 35,40)		< 0,05
Mecánica pulmonar				
Compliance (C)	41,13 (± 18,62)	48,00 (± 25,23)		0,12
Resistencias (R)	15,06 (± 4,96)	18,52 (± 5,45)		< 0,05
Parámetros gasométricos				
pH	7,37 (± 0,07)	7,35 (± 0,06)		0,5
pCO2	44,84 (± 6,54)	47,26 (± 6,38)		< 0,05
PaO2/FiO2	173,90 (± 59,75)	216,90 (± 94,80)		0,08
PaO2/FiO2	173,90 (± 59,75)		234,74 (± 57,39)	< 0,05

Métodos: Estudio prospectivo, observacional descriptivo, incluye pacientes > 18 años ingresados en una UCI polivalente con diagnóstico de SDRA que requieren analgesia profunda, candidatos al uso de sedación inhalada (SedaConda ACD-S®). Una vez ajustados los parámetros de ventilación protectora y PEEP óptima, se registraron variables epidemiológicas, clínicas y gasométricas antes y después de su inicio.

Resultados: Se incluyeron un total de 31 pacientes, 84% hombres (26), con una media de edad de 66 años (± 14), SOFA inicial de 8,4 ($\pm 3,4$), APACHE inicial 28,7 ($\pm 7,3$). El 35,5% (11) presentaban SDRA leve, el 52% (16) moderado, y el 13% (4) grave.

Conclusiones: El uso de sedación inhalada en la configuración proximal resulta seguro en pacientes con SDRA, permitiendo mantener parámetros de ventilación protectora con un aumento de espacio muerto de 46 ml sin cambios significativos a nivel de pH y pCO₂. Se observó un

aumento en la *compliance* y en la paO₂/FiO₂ que se mantuvo 24 horas después del inicio de sedación inhalada.

156. ESTATUS ASMÁTICO (AS)/ASMA CASI FATAL (NFA) CON NECESIDAD DE SOPORTE ECMO: SERIE DE 4 CASOS EN DOS UCI ESPAÑOLAS

Marcano Millán E¹, San Martín Bragado M², Martín González F¹, Gallardo Santos ME², Martín Posadas MT¹, Roldán Furelos L², Fernández Díez I¹, Figueroa Falconi JC¹, Granados Ricaurte JF¹ y Sagredo Meneses V¹

¹Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C.A.U. de Salamanca), Salamanca. ²Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (C.H.U. de Gran Canaria Dr. Negrín), Las Palmas.

Figura 1 Póster 156

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	MEDIANA	R ₅₀	Total (%)
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino			
Raza	Árabe	Caucásico	Caucásico	Árabe			
Edad (años)	50	29	45	85	44,00	11,5	
Talla (cm)	180	178	165	180	179,00	8,5	
IMC ¹	29,3	28,4	16,5	26,3	27,35	7,45	
Peso (kg)	95	90	45	85	87,50	27,5	
Antecedentes							
Duración síntomas preingreso (días)	1	1	20	25	10,5	24	
Tiempo de diagnóstico del Asma (años)	3	5	20	2	4	2,5	
Inhaladores crónicos	No	Sí	Sí	Sí	-	-	75%
Corticoides crónicos	No	No	Sí	No	-	-	25%
Biológicos crónicos	No	No	No	No	-	-	0%
Cumplimiento del tratamiento	Desconocido	Desconocido	Irregular	Irregular	-	-	-
Comorbilidades	No	No	No	No	-	-	-
Desencadenante	Infeccioso	Infeccioso	Infeccioso	Infeccioso	-	-	100 %
Gases pre-ECMO²							
pH	7,09	7,19	7,2	7	7,14	0,15	-
pCO ₂ (mmHg)	116	102	83	125	109,00	28	-
pO ₂ (mmHg)	145	290	90	57	117,50	144	-
SaO ₂ (%)	99	98	96	65	97,00	18	-
Ventilador pre-ECMO							
RPM ³	20	27	20	20	20,00	0	-
FiO ₂	100	100	70	95	97,50	5	-
PIP ⁴ (cmH ₂ O)	38	34	35	30	34,50	2,5	-
PEEP ⁵ (cmH ₂ O)	5	9	6	6	6,00	1,5	-
DP ⁶ (cmH ₂ O)	18	20	22	22	21,00	2	-
Tiempo hasta ECMO (horas)	2	10	95	3	6,50	7	-
Tiempo ECMO (horas)	296	144	168	139	156,00	24,5	-
Modalidad ECMO	VV	VV	VV	VA	-	-	-
Ventilador post-ECMO							
RPM	10	12	8	6	9,00	3	-
FiO ₂	80	40	50	85	65,00	30	-
PIP (cmH ₂ O)	28	20	24	28	26,00	4	-
PEEP (cmH ₂ O)	3	10	6	3	4,50	3	-
DP (cmH ₂ O)	15	10	14	20	14,5	5	-
Complicaciones							
ECMO	No	No	No	No	-	-	0%
Hemorragia	No	No	No	Sí	-	-	25%
Neurológica	No	No	No	Sí	-	-	25%
Dialisis	No	No	No	No	-	-	0%
Microbiología							
Bacterias	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	100%
Virus	Sí	No	Sí	No	-	-	25%
Hongos	No	No	No	No	-	-	0%
Otros tratamientos							
Helio	No	No	No	Sí ¶	-	-	25%
Salbutamol iv	Sí	Sí	No	Sí	-	-	75%
Biológicos	Sí #	No	No	No	-	-	25%
Ketamina	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	100%
Broncodilatadores nebulizados	Sí	Sí	Sí	Sí	-	-	100%
Otros							
Primera magnesemia (mg/dL) (ref.: 1,7-2,5)	2,5	2,96	2,9	2,4	2,70	0,48	-
Primera fosforemia (mg/dL) (ref.: 2,5-4,5)	1,9	1,95	1,89	1,56	1,90	0,2	-
Supervivencia	Sí	Sí	Sí	No	-	-	-

¹MC: índice de masa corporal. ²ECMO: Membrana de oxigenación extracorpórea ³RPM: respiraciones por minuto

⁴PIP: Presión inspiratoria pico ⁵Presión positiva al final de la espiración ⁶Driving Pressure #Benralizumab ¶ Rango Intercuartilico ¶ Heliox® 70/30

Objetivos: Describir las características en una serie de cuatro pacientes con estatus asmático que requirieron soporte ECMO en las unidades de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Salamanca y del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín de las Palmas de Gran Canaria.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo e incluyeron 4 pacientes, que ingresaron entre 2020 y 2024 con diagnóstico de estatus asmático y que requirieron soporte ECMO. De estos, se obtuvieron características demográficas, antecedentes médicos, adherencia al tratamiento y gasometrías Pre-ECMO. Del ECMO: modalidad, duración, complicaciones y supervivencia. Al ser una serie limitada de casos, el análisis estadístico se realizó utilizando frecuencias absolutas, medianas y rangos intercuartílicos para las variables.

Resultados: Los 4 casos tenían una mediana (M_e) de edad de 44 años [R_{IQ} : 11,5], siendo 3 hombres. La M_e de peso, IMC y talla fueron respectivamente: 87,5 kg [R_{IQ} : 27,5], 27,35 [R_{IQ} : 7,45] y 179 cm [R_{IQ} : 8,5]. Ningún caso poseía comorbilidades y 3 tenían pautados inhaladores sin control médico regular. Todos tuvieron desencadenante infeccioso (3 bacteriano y 1 viral) y presentaron acidosis respiratoria grave precanulación: pH y PCO_2 de 7,14 [R_{IQ} : 0,15] y 109 [R_{IQ} : 28] respectivamente. 3 pacientes recibieron modalidad VV y 1 VA. El tiempo ingreso-canulación fue variable: de 2h a 4d. Poscanulación todos normalizaron los valores gasométricos y de *Driving Pressure*: Pre-ECMO 21 cmH₂O; [R_{IQ} : 3] Vs. ECMO 14,5 cmH₂O [R_{IQ} : 5,5]. La duración del soporte fue de 156 horas [R_{IQ} : 24,5]. Todos recibieron broncodilatadores inhalados y ketamina, 3 salbutamol IV, 1 helio y en otro benralizumab de forma precoz. No se detectó hipomagnesemia [M_e 2,7 mg/dL; R_{IQ} : 0,48], pero todos presentaron hipofosforemia [M_e 1,9 mg/dL; R_{IQ} : 0,2]. La mortalidad fue del 25% asociada encefalopatía posanóxica. en 1 caso.

Conclusiones: Los datos son limitados y no permiten extraer conclusiones estadísticas, pero aportan observaciones relevantes sobre el manejo de estos pacientes. El ECMO es eficaz para estabilizar los parámetros gasométricos y ventilatorios. Saltan a la vista elementos comunes: mal control de la enfermedad, causa infecciosa, el uso de la ketamina e hipofosforemia. Estos datos pueden servir para sumar a otras series y perfilar mejor el manejo de estos pacientes.

157. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD EN POBLACIÓN CON OXÍGENO DOMICILIARIO QUE RECIBE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Lozano Sutil L, Fernández González MDC, García Ruiz J, Fernández Ramos A, Méndez Hernández I, Patino Martín M y Montans Araujo M

Hospital San Pedro de Alcántara (C. H. de Cáceres), Cáceres.

Objetivos: Describir las principales características (función respiratoria, comorbilidad, motivo de ingreso en UCI, pauta de O₂ domiciliaria) de la población con oxigenoterapia domiciliaria (OCD) que ingresa en UCI precisando ventilación mecánica invasiva (VMI), así como la tasa de mortalidad durante el ingreso y a los tres meses atendiendo al motivo de intubación.

Métodos: Revisión retrospectiva de los pacientes con OCD que reciben VMI e ingresan en nuestra UCI desde marzo 2022 a diciembre 2024. Se recogen como variables analizadas: edad y sexo; pruebas funcionales respiratorias, indicación de OCD, comorbilidad asociada; patología que indica la intubación; duración del ingreso y necesidad de traqueostomía; mortalidad en el ingreso y a los 3 meses.

Resultados: Durante el periodo descrito, 17 paciente con OCD fueron intubados, la mayoría con diagnóstico de EPOC grave si bien no todos tiene pruebas funcionales que lo corrobore. En un paciente la indicación era por hipertensión pulmonar. El 22,8% tenía OCD durante 24 horas al día. El 58,5% eran hombres y la mediana de edad era 73 años. Entre las patologías asociadas, 64,7% eran cardiopatas y el 23,5% nefrópatas crónicos. 9 pacientes tenían al menos un ingreso en el año previo. 4 pacientes se intubaron extrahospitalariamente y 13 en el hospital (30,8% en urgencias, 7,7% en sala de intervencionismo y 61,5% en la propia UCI). La indicación más frecuente fue parada cardiorrespiratoria recuperada (47,1%), seguida de la insuficiencia respiratoria aguda (41,2%). La mediana de duración del ingreso fue de 6 días. El 41,2% falleció durante el ingreso, y el 29,4% sobrevivió a los 3 meses del alta de la UCI. Tan solo dos pacientes requirieron la realización traqueostomía.

Conclusiones: Existe escasa evidencia actual sobre los resultados de la VMI en pacientes con OCD. En nuestra muestra, la mortalidad resultante es inferior a la esperada, teniendo en cuenta que fallecen menos aquellos cuya IOT se indica por patología diferente a reagudización de

EPOC. No hemos visto asociación entre la indicación horaria de la OCD y la mortalidad (p 0,864). Sería necesario una muestra más amplia de casos para poder definir adecuadamente el pronóstico de este tipo de pacientes cuando precisan VMI.

158. EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO-VENOSO EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE CANARIAS

Lapi Cerezo FJ, Gallardo Santos ME, Machín Vico FM, Lübbe Vázquez CF, León Suárez PDC, Vicente Arranz JL, Gil Conde A, Díaz Díaz JJ, Sánchez Ramírez C y Romero Luján JL

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

Objetivos: Describir las características y la evolución de los pacientes con insuficiencia respiratoria grave y necesidad de asistencia con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venoso (VV) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Respiratorio de la UCI del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín desde diciembre de 2016 hasta septiembre de 2024, la cual consta de 16 camas, que precisaron soporte con ECMO-VV. Se recogieron datos demográficos, datos clínicos y valores propios relacionados con el ECMO, complicaciones principales, así como datos de supervivencia en UCI, a los 3 y 6 meses. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo empleando frecuencias absolutas para las variables categóricas, mientras que las variables continuas se resumieron mediante medias y desviación estándar (DE).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes con ECMO-VV. La edad media fue de 48,4 años (DE $\pm$ 12,1). 39 (73,5%) pacientes fueron varones, una tercera parte (35,8%) presentó hipertensión arterial y tan solo el 13,2% y 18,8% diabetes mellitus y dislipemia respectivamente. 22 pacientes (41,5%) eran obesos y 16 (30,1%) fumadores. Solo 9 pacientes presentaban algún tipo de inmunosupresión. La principal causa de uso de ECMO fue la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) (56,5%), seguido de la infección por SARS-CoV-2 (26,4%). La media de los índices recogidos fue: APACHE II 18,2 (DE $\pm$ 8,2), Charlson 1,8 (DE $\pm$ 2,2) y SOFA 8,9 (DE $\pm$ 3,8). La media de estancia hospitalaria fue de 59,5 (DE $\pm$ 36,7), en UCI 38,2 (DE $\pm$ 20,8) y con ECMO 17,1 (DE $\pm$ 11,9) siendo de 5,8 (DE $\pm$ 8,4) la media de días en UCI hasta colocación de ECMO. Los valores de presión *Plateau* y PEEP al ECMO tuvieron una media de 31,1 (DE $\pm$ 5,7) y 10,4 (DE $\pm$ 3,4) respectivamente. A pesar de ello el 43,3% fallecieron (23), 95,6% intrahospitalariamente. El 94,3% fue configuración ECMO-femoroyugular. De los 53 pacientes incluidos, 9 (16,9%) fueron trasladados desde otros hospitales de Canarias. Durante su uso, casi dos tercios (62,2%) presentaron complicaciones siendo las más frecuentes la sobreinfección (54,7%) y el sangrado (52,8%), seguido de plaquetopenia (50%) y fracaso renal agudo (48,1%). 32 pacientes (59,3%) fueron dados de alta de UCI y el 55,6% sobrevivieron a los 3 y a los 6 meses.

Conclusiones: La NAC fue la causa más frecuente de ECMO. Con una duración media de uso de 17 días, observando que la sobreinfección y el sangrado fueron las complicaciones más frecuentes. Permitiendo la supervivencia hospitalaria en torno al 50%.

159. MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO ANCIANO SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA

Moreno Franco E¹, Tapia Giner JN¹, Martínez García-Rodrigo JP², Sánchez Sánchez EM¹, Jiménez del Río I¹, Guzmán Medina M¹, Correa Rincón J¹ y Puente Domínguez T¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ²Hospital Universitario de Toledo (C.H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Descripción de los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de 2º nivel en el año 2022 y 2023 con edad mayor o igual a 75 años y que fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI).

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes en UCI en 2022 y 2023 con edad mayor o igual a 75 años y que fueron tratados con VMI. Las variables estudiadas fueron edad, APACHE, motivo de ingreso, días de VMI, días de estancia en UCI, días de estancia hospitalaria, mortalidad en UCI y mortalidad hospitalaria, destino al alta hospitalaria y supervivencia a los 6 meses. Se compara además la mortalidad hospitalaria de los mayores de 75 años con los menores de 75 años que fueron sometidos en el mismo periodo a VMI mediante el test estadístico de χ^2 .

Resultados: Se incluyeron un total de 54 pacientes: 25 con edad comprendida entre 75 y 79 años; 18 entre 80 y 84 años y 11 mayores de 85 años. La causa más frecuente de ingreso fue neumonía adquirida en la comunidad (24,07%) seguida de reagudización de EPOC (14,81%) y PCR por cualquier causa (12,96%). El motivo más frecuente de necesidad de VMI fue a su vez insuficiencia respiratoria secundario a neumonía en el 27,78%. El APACHE medio fue de 24 (DE 8). La mediana de días de VMI fue de 3. La tasa de mortalidad en UCI fue de 22,2% (12). De los pacientes dados de alta a planta de hospitalización (42), fallecieron el 19,05% (8) y solo 1 en las primeras 48 horas tras el alta. La mediana de días de estancia en UCI fue de 6,5 y hospitalaria de 22,5. De los 34 pacientes que fueron finalmente dados de alta el hospital, 25 fue a domicilio (73,53%) y 9 a un centro de media estancia (26,47%). La supervivencia a los 6 meses fue de 82,35% (28). Al compararlos con los pacientes ventilados menores de 75 años, la tasa de mortalidad intrahospitalaria fue superior en nuestros pacientes 37,04% frente a un 28,75% aunque sin significancia estadística ($p > 0,05$) con un APACHE medio levemente superior: 24 (DE 8) vs. 23 (DE 7).

Conclusiones: La tasa de mortalidad hospitalaria de los pacientes ancianos sometidos a VMI en nuestra UCI es mayor que la de los pacientes menores de 75 años, con una puntuación de APACHE también superior aunque sin significación estadística lo que no nos permite extrapolar los resultados a la población general probablemente por el tamaño muestral.

(61,7%), una edad media de 58 años, un 67% de los pacientes presentaron Fisher IV al ingreso, con Hunt-Hess II más frecuente en un 31,9% y World Federation of Neurological Surgeons (WFNS) I en un 29,8%, el GCS de presentación fue de 15 en un 44,7%. Como resultado presenta un 38,3% de Rankin 0. Entre los antecedentes personales 45,7% son hipertensos, 38,3% fumadores y 22,3% dislipémicos. El 27,7% presentaron vasoespasmos, diagnosticado por ecografía y confirmado por arteriografía cerebral. El tratamiento de elección del aneurisma fue mayoritariamente, la embolización (69,1%).

Localización				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	AcoA	37	39,4	39,4
	ACA	10	10,6	50,0
	ACM	19	20,2	70,2
	ACI	7	7,4	77,7
	ACP	3	3,2	80,9
	AcoP	11	11,7	92,6
	AB	7	7,4	100,0
	Total	94	100,0	100,0

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 10

NEUROINTENSIVISMO 2

Moderadora: Eva Menor Fernández, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

160. DESCRIPTIVO DE HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS (HSA) ANEURISMÁTICAS EN EL C.H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (S.C. TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Quintero Torres JM¹, Medina Rodríguez JC¹, Sereno Mateos MT¹, Marrero Rodríguez AM¹, Rodríguez Ramos ST¹, Pinedo Luján CE¹, Martínez Campos T¹ y Marinero Colonna Á¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Realizar estudio descriptivo de pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática. Se analizan variables epidemiológicas, variables analíticas, así como los factores pronósticos de clasificación de la HSA.

Métodos: Realizamos análisis estadístico descriptivo de las variables con IBM SPSS® (versión 24), presentando las variables continuas con la media, mediana, moda y desviación estándar y frecuencia y porcentaje para las cualitativas. Se incluyen 94 pacientes.

Resultados: En la serie descriptiva de los 94 pacientes incluidos con el diagnóstico de HSA aneurismática destaca una mayoría de mujeres

Conclusiones: Presentamos análisis descriptivo de una serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA de origen aneurismático, donde destaca una mayoría de mujeres y edad media de 58 años. Más de la mitad presentan al ingreso un Fisher IV, siendo el nivel más alto de las escalas de valoración analizadas, GCS de 15 (44%). El vasoespasmos aparece en un 27,7% de los pacientes. La mayoría de los aneurismas fueron tratados embolización, siendo la arteria comunicante anterior la que más incidencia tuvo (39,4%).

161. HEMATOCRITO Y VASOESPASMO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) ANEURISMÁTICA EN EL H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Simón Paniello A¹, Domínguez González A¹, Díaz Sazo BC¹, Ventura Ventura PM¹, Ramos Izquierdo MA¹, Pinedo Luján CE¹, Rodríguez Alfonso H¹ y Marrero Rodríguez AM¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Valorar la relación de los cambios en la viscosidad sanguínea, según los cambios en el hematocrito, con la presencia de vasoespasmos cerebral.

Métodos: Serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. Realizamos determinaciones del hematocrito al ingreso del paciente, con el diagnóstico de HSA de origen aneurismático y a la semana de ingreso en el Servicio, período de mayor prevalencia de vasoespasmos cerebral. De la diferencia de ambos hematocritos (hematocrito al ingreso menos el hematocrito a la semana) generamos la variable diferencia de hematocritos. Monitorizamos diariamente por doppler transcraneal la presencia de vasoespasmos cerebral. Mediante análisis estadístico con IBM SPSS® (versión 24), realizamos prueba t para muestras independientes entre las variables diferencia de hematocritos y vasoespasmos.

Figura 1 Póster 160

Estadísticos												
	Edad	Fisher	Hunt-Hess	WorldFederation	Rankin	GCS	Hematocritoin	Hematocritose	Osmolaridad	Natremia	Urea	Magneemia
N Válido	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00	94,00
Perdidos	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
Media	57,97	,43	2,85	2,88	2,53	10,90	41,41	34,41	291,53	138,68	34,34	2,03
Mediana	58,00	4,00	2,00	3,00	2,00	14,00	41,50	34,45	291,00	139,00	32,00	2,00
Moda	58,00	94,00	2,00	1,00	,00	15,00	38,70 ^a	32,16 ^a	292,00	139,00	28,00	1,90 ^a
Desviación estándar	11,13	0,94	1,47	1,57	2,50	4,86	5,34	5,58	13,03	3,38	13,64	,25

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Figura 1 Póster 161

Estadísticas de grupo					
Vasoespasmio		N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Diffematocrito	Si	26	9,0500	5,90019	1,15712
	No	68	6,2103	5,56109	,67438

Figura 2 Póster 161

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia
Diffematocrito	Se asumen varianzas iguales	,055	,815	2,178	92	,032	2,83971	1,30399	,24987 5,42954
	No se asumen varianzas iguales			2,120	43,016	,040	2,83971	1,33930	,13878 5,54063

Resultados: Se asume que existe relación estadísticamente significativa entre la variable diferencia de hematocrito y la variable vasoespasmio. Siendo la media de diferencia de hematocrito de 9 puntos porcentuales la relacionada con la frecuencia de vasoespasmio.

Conclusiones: Los pacientes que presentaron vasoespasmio ecográfico, confirmado mediante arteriografía cerebral, presentaban una diferencia de hematocrito (hematocrito al ingreso menos hematocrito a la semana) de 9 puntos porcentuales como media, lo que nos haría plantear la utilidad de la hemodilución para futuros análisis. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables diferencia de hematocrito y vasoespasmio.

162. RELACIÓN DEL VASOESPASMO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CON ANTECEDENTES Y PARÁMETROS EN EL H.U. NUESTRA SEÑORA CANDELARIA (TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Domínguez González A¹, Rodríguez Ramos ST¹, Finger Kamps MA¹, Arantón Martínez J¹, Cereijo Arteaga A¹, Ventura Ventura PM¹, Marinero Colonna Á¹, Castellano Pérez RM¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar si existiera relación del vasoespasmio cerebral en el contexto de hemorragia subaracnoidea (HSA) de origen aneurismático, con los antecedentes personales: edad, hipertensión arterial, dislipemia y hábito tabáquico; así como con determinaciones bioquímicas al ingreso: osmolaridad sanguínea, natremia, magnesemia y niveles de urea plasmática.

Métodos: Serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. Realizamos análisis estadístico con IBM SPSS® (versión 24), aplicamos test chi-cuadrado a la relación vasoespasmio con hipertensión arterial, dislipemia y hábito tabáquico; la prueba de t-para muestras independientes para las variables edad y magnesemia y la prueba de Mann-Whitney para las variables osmolaridad sanguínea, natremia y niveles de urea plasmática.

Resultados: No existe relación entre los antecedentes personales analizados, así como tampoco con las determinaciones bioquímicas realizadas al ingreso, con la variable vasoespasmio cerebral.

Conclusiones: Los antecedentes personales: edad, hábito tabáquico, hipertensión arterial y dislipemia no están relacionados con el desarrollo de vasoespasmio cerebral en la HSA. Las determinaciones bioquímicas al ingreso del paciente: osmolaridad sanguínea, natremia, magnesemia y niveles de urea plasmática, no están relacionados con el desarrollo de vasoespasmio cerebral en el contexto de HSA.

Estadísticos de prueba ^a	
	Natremia
U de Mann-Whitney	745,500
W de Wilcoxon	1096,500
Z	-1,178
Sig. asíntótica (bilateral)	,239

a. Variable de agrupación: Vasoespasmio

Figura 2 Póster 162

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia
Magnesemia	Se asumen varianzas iguales	1,001	,320	1,679	92	,096	,09451	,05628	-,01726 ,20628
	No se asumen varianzas iguales			1,564	39,715	,126	,09451	,06043	-,02764 ,21667

Figura 3 Póster 162

Prueba de muestras independientes									
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia Inferior Superior
Edad	Se asumen varianzas iguales	1,956	,165	1,807	92	,074	4,581	2,536	-,455 9,618
	No se asumen varianzas iguales			1,955	53,639	,056	4,581	2,344	-,119 9,281

Estadísticos de prueba ^a	
	Urea
U de Mann-Whitney	788,000
W de Wilcoxon	1139,000
Z	-,812
Sig. asintótica (bilateral)	,417

a. Variable de agrupación: Vasoespasmo

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,018 ^a	1	,313		
Corrección de continuidad ^b	,577	1	,448		
Razón de verosimilitud	1,055	1	,304		
Prueba exacta de Fisher				,454	,226
Asociación lineal por lineal	1,007	1	,316		
N de casos válidos	94				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,02.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

163. RELACIÓN ENTRE LA ARTERIA ANEURISMÁTICA Y EL TRATAMIENTO CON VASOESPASMO EN EL H.U. NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (TENERIFE)

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Domínguez González A¹, Simón Paniello A¹, Conde Denis PL¹, Rodríguez González MÁ¹, Díaz Sazo BC¹, Castellano Pérez RM¹, Pinedo Luján CE¹ y Pérez Riquelme M¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Centro de Salud de Granadilla de Abona, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Realizamos estudio para valorar la posible relación entre la localización del aneurisma y el tratamiento del aneurisma (endovascular versus clipaje quirúrgico) con la presencia de vasoespasmo cerebral confirmado por arteriografía cerebral, en el contexto de hemorragia subaracnoidea (HSA).

Métodos: Serie de 94 pacientes ingresados con el diagnóstico de HSA aneurismática, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva. Realizamos análisis estadístico con IBM SPSS® (versión 24), de la relación entre la localización del aneurisma y técnica de abordaje del aneurisma cerebral con la presencia de vasoespasmo cerebral, diagnosticado por doppler transcraneal y confirmado por arteriografía cerebral. Realizamos prueba test de Mann-Whitney para valorar la relación entre la localización del aneurisma y vasoespasmo cerebral y prueba de chi-cuadrado para la relación con la técnica de abordaje del aneurisma.

Resultados: No encontramos relación entre la arteria aneurismática responsable de la HSA con la presencia de vasoespasmo cerebral, así como tampoco con la técnica de abordaje terapéutico del aneurisma.

Conclusiones: No existe relación entre la técnica de abordaje del tratamiento del aneurisma cerebral, clipaje quirúrgico o endovascular, con el vasoespasmo cerebral. No existe relación entre la localización del aneurisma cerebral y la presencia de vasoespasmo cerebral.

Tabla cruzada Vasoespasmo*Terapia					
			Terapia		Total
			Embolización	Clipaje	
Vasoespasmo	No	Recuento	45	23	68
		Recuento esperado	47,0	21,0	68,0
Si	Recuento	20	6	26	
		Recuento esperado	18,0	8,0	26,0
Total	Recuento	65	29	94	
		Recuento esperado	65,0	29,0	94,0

Estadísticos de prueba ^a	
	Localización
U de Mann-Whitney	669,500
W de Wilcoxon	3015,500
Z	-1,883
Sig. asintótica (bilateral)	,060

a. Variable de agrupación: Vasoespasmo

164. VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LAS COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Galarza Barrachina L¹, Bueso Navarro M¹, Catalán Monzón I², Rodríguez Martínez E¹, Vidal Tegedor B¹, Albella Campesino A¹, Fortea Muñoz D¹, Ferrándiz Sellés MD¹, Barca Fuster A¹ y Mateu Campos ML¹

¹Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. ²Hospital Provincial de Castellón, Castellón.

Objetivos: Valorar la presencia de alteraciones cardiopulmonares mediante ecografía en los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSAa) en el momento de ingreso y su evolución durante el mismo y determinar su impacto en la morbilidad.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo donde se incluyeron todas las HSAa que ingresaron en la UCI desde marzo 2017 hasta agosto 2020. Se definieron 5 tiempos de recogida de datos: al ingreso, a las 24 horas, a las 48-72 h, a los 5 días y a los 7 días. Se recogieron variables demográficas, clínicas, ecográficas y de resultado. El análisis estadístico se realizó con STATA 14.0. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desviación típica y se comparan mediante t Student, las variables categóricas se describen con porcentajes y se comparan con χ^2 .

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 73,7% mujeres con una edad mediana de 58 años (50-63). El 77,2% presentaron complicaciones ecográficas al ingreso y el 43,2% de estos las resolvieron al alta. Las características basales de lo mismo se describen en la tabla. Las alteraciones de la función sistólica aparecieron en el 10,5%, de la función diastólica en el 28%, las alteraciones de la contractilidad en el 12,3%, del gasto cardiaco en el 56,1% y edema pulmonar en el 1,75% al ingreso. Se recuperaron todos la disfunción sistólica o edema pulmonar, el 71% de alteraciones de la contractilidad, el 50% de la disfunción diastólica y el 40% del gasto cardiaco. Los pacientes con complicaciones tenían más alteraciones en ECG ($p = 0,06$) y aumento de CPK ($p = 0,04$) y troponina ($p = 0,13$) al ingreso. La incidencia de miocardiopatía de estrés fue del 12,3%. La mortalidad fue del 30% y del 15,4% en el grupo con y sin complicaciones respectivamente ($p = 0,48$). La estancia en UCI fue también mayor (8 vs. 4 días, $p = 0,27$) pero no en el hospital. El pronóstico a los 3 meses fue mejor para el grupo sin complicaciones (buen pronóstico por escala RSm 62 vs. 73%, $p = 0,53$) pero sin diferencia a los 6 meses.

Tabla 1. Características basales, de la hemorragia y sus complicaciones de los grupos con y sin complicación cardiopulmonar.			
	Complicación n = 44 (77.19)	No complicación n = 13 (22.81)	p
Sexo femenino	31 (70.45)	11 (84.62)	0.31
Edad	59.2 ± 12	52.8 ± 13	0.10
HTA	19 (43.18)	4 (30.77)	0.42
Consumo tabaco	22 (50)	6 (46.15)	0.81
Consumo alcohol	1 (2.27)	1 (7.69)	0.41
Consumo otras	3 (6.82)	1 (7.69)	1
Hunt-Hess	3 (2-5)	2 (2-3)	0.20
Fisher	4 (3-4)	3 (2-4)	0.25
WFNS	3 (1-5)	2 (1-3)	0.19
Aneurisma anterior	40 (90.91)	13 (100)	0.26
Aneurisma posterior	4 (9.09)	0	0.56
Resangrado	6 (13.6)	1 (7.69)	1
Hidrocefalia	19 (43.2)	6 (46.2)	0.85
Vasoespasmos	13 (29.5)	2 (15.4)	0.48
Alt hidroelectrolíticas	5 (11.4)	3 (23.1)	0.37

Conclusiones: La incidencia de alteraciones ecográficas es elevada, aunque un alto porcentaje las recuperan al alta de UCI. Los pacientes con complicaciones tienen mayor mortalidad, mayores estancias y peor pronóstico a los 3 meses. La detección de estas alteraciones nos debe poner en alerta de posibles complicaciones clínicas asociadas que podrían empeorar el pronóstico a corto plazo de nuestros pacientes.

165. TROPONINA-T Y NT-PROBNP AL INGRESO EN UCI COMO MARCADORES PRONÓSTICOS DE ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HSA

Flecha Morales N, Raya Rojas L, Pedrera Ferrero M y Córdoba López A
Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: Debido a la importante repercusión sistémica que origina la hemorragia subaracnoidea (HSA) se monitorizan al ingreso niveles de biomarcadores de daño miocárdico y respuesta ventricular (troponina-T y NT-proBNP) con el objetivo de prevenir la aparición hipoperfusión cerebral y la isquemia cerebral tardía como consecuencia de la inestabilidad hemodinámica que provoca la afectación sistémica. Se pretende demostrar la asociación entre la elevación de los biomarcadores y los resultados clínicos en pacientes con HSA aneurismática (aHSA). Establecemos como objetivo principal la predicción de isquemia cerebral tardía en función de altos valores de NT-proBNP y troponina-T al ingreso en UCI.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo, prospectivo mediante SPSS de una muestra de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Badajoz. Se incluyen pacientes ingresados con diagnóstico de aHSA y no aHSA entre julio y diciembre de 2024, mayores de 18 años. Se excluyen gestantes, HSA de origen traumático y secundaria a malformación arteriovenosa (MAV) y ausencia de aneurisma al diagnóstico angiográfico.

Resultados: Del total de 34 pacientes, 31 fueron elegidos obteniendo 3 pérdidas por HSA de origen traumático y MAV. La muestra está formada por 14 hombres (45,2%) y 17 mujeres (54,8%), con una edad media de 56,77 años y una estancia media en UCI de 8,45 días. En 24 pacientes (77,4%) la HSA es aneurismática (originaria de la arteria comunicante anterior en 40%). Tratamiento mayormente endovascular salvo en un caso que se realizó clipaje. 3 pacientes con aHSA no se intervinieron dada la rápida evolución a muerte encefálica. En 7 pacientes (22,6%) la HSA es espontánea no aneurismática. El 48,4% no tuvo complicaciones asociadas. Encontramos hidrocefalia obstructiva en 9,7%; lesión isquémica tardía en 19,4%; evolución a muerte encefálica en 19,4% y vasoespasmos en un paciente. Se realiza test estadístico Fisher donde se objetiva la no significación entre niveles altos de troponina-T y NT-proBNP de forma independiente con la aparición de lesiones isquémicas o hipoperfusión. Sin embargo, niveles altos de troponina-T obtienen alto nivel de asociación con una razón de verosimilitud de 2,83. Al analizar de forma conjunta los biomarcadores tampoco hay significación, pero sí una fuerte relación.

Conclusiones: No hay relación estadísticamente significativa entre altos niveles de troponina-T y NT-proBNP con la aparición de lesión isquémica tardía. Sin embargo, existe una fuerte asociación con los niveles altos de troponina T y con ambos biomarcadores de forma conjunta.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 11

URGENCIAS - EMERGENCIAS

Moderador: Alberto Hernández Abadía de Barberá,
Estado Mayor de la Defensa, Madrid

166. ¿QUÉ PODEMOS APORTAR A LA ATENCIÓN EXTRAHOSPITALARIA TRAS ANALIZAR LOS DATOS DE LAS PARADAS CARDIACAS RECUPERADAS?

Martín Castillo R, Morente García E, Fernández Villalba A y Zamboschi NA
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C.H.U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Analizar los datos epidemiológicos, las características de la parada y el desenlace tras su estancia en la Unidad de Medicina Intensiva de las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias recuperadas en el área correspondiente al Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las 26 paradas extrahospitalarias recuperadas que ingresamos en la U. M. I. del H.U. Virgen de la Victoria desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2024.

Resultados: Los datos epidemiológicos indican que el 73% de los pacientes eran varones con una mediana de edad de 68 años y un Charlson de 3 puntos, teniendo casi todos algún factor de riesgo. Las mujeres tenían menos edad y factores de riesgo, aunque la comorbilidad era similar. El 58% de paradas recuperadas fueron en ritmo desfibrilable, cuya causa principal fue coronaria en el 60% de los casos, seguido del arritmogénico; siendo la duración mediana de 20 minutos y la mortalidad intrahospitalaria del 20%, aunque todos los supervivientes se encuentran con buena situación funcional. Respecto a los ritmos no desfibrilables, casi la mitad fueron por insuficiencia respiratoria, seguida de la hemorragia cerebral, con una duración mediana de 45 minutos y una mortalidad intrahospitalaria del 90%; encontrándose el único superviviente con una incapacidad neurológica moderada. Destaca que los pa-

cientes con parada cardíaca en ritmo desfibrilable tenían 58 años y 2 puntos de Charlson, respecto a los 70 años y 4 puntos que tenían aquellos que la sufrieron en no desfibrilable. También hay que comentar que casi el 70% no presentó signos de alarma (dolor torácico, disnea...) antes de la parada y solo en el 62% de los pacientes se inició el soporte vital básico por los testigos.

Conclusiones: La mayoría son varones con factores de riesgo cardiovascular, que sufren la parada cardiorrespiratoria en ritmo desfibrilable por causa coronaria. La mortalidad intrahospitalaria y la incapacidad neurológica fue mayor en pacientes con ritmos no desfibrilables. Necesitamos extender la educación en soporte vital básico a la población general. Sería preciso unificar los datos con los servicios de emergencias para evitar pérdidas en las paradas no recuperadas.

167. DESESPERACIÓN EN ESTADO CRÍTICO: ANÁLISIS DE LOS INGRESOS CON FINES AUTOLÍTICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

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

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

Objetivos: Analizar las características de los intentos autolíticos que ingresan en nuestra UCI entre 2018 y 2024 y la gravedad de los mismos. Revisar los antecedentes psiquiátricos, medicación previa y su relación con el riesgo de conductas autolíticas.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 37 pacientes ingresados entre enero de 2018 y diciembre de 2024 en la UCI del Hospital de Mérida por intento autolítico. Entre las variables analizadas: edad, antecedentes psiquiátricos, consultas previas al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por ideas autolíticas, gesto autolítico. Analizamos los datos mediante el programa SPSS.

Resultados: En la muestra se aprecia un incremento progresivo de los ingresos en UCI por intento autolítico de 2018 a 2024. El 58% eran mujeres, con edad media de 40 años. El 75% presentaba antecedentes psiquiátricos (AP), siendo más frecuente en mujeres, de los cuales 60% padecía trastorno depresivo. El 30% presentaba consumo crónico de alcohol y el 22% de otros tóxicos. No hay relación entre los intentos autolíticos que motivan ingreso en UCI y la presencia de AP ($p=0,6$), consumo de alcohol ($p=0,7$) y tóxicos ($p=0,6$). El 57% de las mujeres y el 56% de los hombres tenían seguimiento previo por el equipo de salud mental (ESM), no significativo ($p=0,1$). El 51% consumía ISRS, 70% benzodiazepinas, 40% neurolépticos y 16% IRNS, ninguno significativo del tipo de intento ($p=0,1$, $p=0,8$, $p=0,1$ y $p=0,2$, respectivamente). Entre los hombres, el 42% consultaron en Urgencias por ideas y el 50% por gestos, sin relación ($p=0,1$ respectivamente). Entre las mujeres, el 28% consultó por ideas y el 34% por gestos, no significativo ($p=0,1$ respectivamente). El principal mecanismo lesional fue la ingesta medicamentosa (78%) y el politraumatismo (19%), sin relación entre el sexo y el mecanismo ($p=0,2$). La media ingreso en UCI fue de 6 días en ambos sexos. El 49% de los pacientes precisó ventilación mecánica. La mayoría de los pacientes ingresados por intoxicación no necesitaron VM, siendo significativo ($p=0,002$). Tras el alta hospitalaria, el 75% de los hombres y el 40% de las mujeres no acudieron a la consulta de seguimiento. En el 23% de las mujeres y el 37,5% de los hombres persistieron las ideas autolíticas, no significativo ($p=0,1$).

Conclusiones: Destacamos la ingesta medicamentosa como principal mecanismo lesional, en probable relación con la facilidad de la población al acceso de fármacos. Una posible limitación del estudio es la pequeña muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

168. IMPACTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pavalascu AM, Abril Palomares E, Costa Oterino B, Moliner Arrebola N, Moreno Alarcón T, Navarro Velasco G, Riesco de la Vega L, Stanesco DO y Le Franc Fernández CH

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Objetivos: Este estudio analiza las características clínicas y factores que influyen en el manejo de la parada cardiorrespiratoria intrahospita-

ria (PCRHI) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para optimizar la respuesta y mejorar los resultados terapéuticos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo (noviembre 2013 - junio 2024) en pacientes ingresados en UCI tras una parada cardiorrespiratoria. Se excluyeron casos ocurridos fuera del hospital, relacionados con el período perioperatorio o vinculados a situaciones de muerte esperada. Se analizaron variables demográficas, características del evento (causa, ritmo, lugar) y resultados clínicos (supervivencia a 24 h, al alta y recuperación neurológica a 6 meses, evaluada con Escala de Rendimiento Cerebral, CPC 1-5). El análisis de datos se realizó con IBM SPSS, utilizando chi-cuadrado, t de Student y ANOVA, con $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes, 75% varones, con una edad media de 63 ± 15 años. El 80% tenía obesidad, 51% hipertensión y 24% dislipidemia. El 90% de las PCR fueron presenciadas, 25% en urgencias. Predominó ritmo inicial no desfibrilable (80%) y el tiempo medio hasta retorno circulatorio fue 10 minutos (3-20, IC95%). Las causas principales fueron cardiológicas (35%) y respiratorias (33%). Se llevó a cabo una coronariografía de urgencia en el 22% de los casos, y el 73% de estos pacientes necesitaron intervención coronaria percutánea. El 40% requirió vasopresores a altas dosis y el 31% desarrolló neumonía. La supervivencia fue del 74% a las 24 horas y 39% al alta, con una estancia media en la UCI de 8 días (4-33, IC95%). El 84% de los sobrevivientes al alta volvió a una vida normal a los 6 meses (CPC 1). La mortalidad intrahospitalaria fue significativamente mayor en mujeres (75 vs. 57%, $p=0,01$), en pacientes mayores de 70 años (78 vs. 52%, $p=0,01$), en aquellos con ritmo inicial no desfibrilable (72 vs. 20%, $p < 0,01$) y en los casos con PCR prolongada ($p=0,02$). Las PCR no presenciadas presentaron una tasa de mortalidad intrahospitalaria del 100%. No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad según la etiología de la PCR, comorbilidades o lugar del evento ($p > 0,05$).

Conclusiones: En nuestra muestra, la identificación de ritmos desfibrilables y la reducción en los tiempos de respuesta estuvieron estrechamente asociados con mejores resultados clínicos. No se observó una influencia pronóstica significativa de la causa de la PCR, las comorbilidades o el lugar del evento, lo que subraya la importancia de la rapidez y la calidad de la intervención en estos eventos críticos.

169. ESTUDIO DE CANALIZACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Y TROMBOSIS PRECOZ

Moreno Alarcón T, Costa Oterino B, Moliner Arrébola N, Navarro Velasco G y Abril Palomares E

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Objetivos: Describir la información clínica, metodología y características relevantes a tener en cuenta en la canalización de accesos centrales, así como las complicaciones inmediatas que pueden derivarse de los mismos.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo del mes de diciembre de 2024 en una unidad polivalente de 16 camas realizando canalización de todo tipo de accesos centrales. Se incluyen todos aquellos ingresados en la unidad independientemente el motivo a los que se canaliza un acceso central en la misma. Quedan excluidos los catéteres canalizados fuera de cuidados intensivos. Se recogen datos demográficos básicos de los pacientes (edad, sexo, estancia), así como los relacionados con las posibles complicaciones: plaquetas y parámetros de coagulación en el momento de la canalización, patología previa que favorezca resultado adverso, antecedentes o medicación específica protrombogénica. Se especifica el lugar de inserción, diámetro del vaso, número de intentos y complicaciones inmediatas; detallando el apoyo usado para la canalización: ecoguiado, ecolocalizado o por referencias anatómicas. El seguimiento de trombosis se realiza secuencialmente por ecografía desde las 72 horas hasta las dos semanas con intervalo de 3-4 días y hasta el alta del paciente en la unidad. Además de detectar su presencia, se detalla el tamaño en cuanto la ocupación o no de más de la mitad del diámetro de la vena.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes con una mediana de edad de 75 años (50,77), 47% de los cuales mujeres. Más del 70% no estaban anticoagulados, antiagregados ni tampoco presentaban alteraciones basales en su coagulación. Un 23% de los estudiados presentaban patología tumoral activa. El lugar de canalización preferente ha sido el derecho con un 80% sobre localización femoral o yugular. Un 76% se realizó ecoguiado frente a un 28% ecolocalizado y con 42% usando referencias ana-

tómicas además de las ecográficas. En el 80% al primer intento se pudo acceder y realizar la técnica completa. Solo en 1 caso se objetivó precozmente al tercer día la presencia de trombo; en los restantes se detectó a partir del día 10, en cuyo caso eran mayores del 50%.



Conclusiones: El uso de la ecografía mejora el perfil de seguridad en los accesos centrales, conociendo las características de los pacientes podremos seleccionar el acceso más idóneo y minimizar complicaciones.

170. DE LA UCI AL POS-UCI: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y EL SEGUIMIENTO

Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Lardelli Picallos S, Bonilla Fornés E, Borge Rodríguez G, Pérez Caballero FL, Fuentes Morillas FJ, Gil Pérez NM y Benítez Morillo MF

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

Objetivos: Evaluar el seguimiento en consultas del equipo de salud mental (ESM) de los gestos autolíticos tras el alta de nuestra UCI entre 2019 y 2024.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 37 pacientes ingresados entre enero de 2018 y diciembre de 2024 en la UCI del Hospital de Mérida por intento autolítico. Entre las variables analizadas: seguimiento al alta, antecedentes psiquiátricos, consultas previas al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por ideas autolíticas y gestos autolíticos. Analizamos los datos mediante el programa SPSS.

Resultados: El 58% eran mujeres, con edad media de 40 años. Tras el alta hospitalaria, el 54% asistió a la consulta del ESM: el 66% de las mujeres y el 37% de los hombres, sin significación ($p > 0,05$). De los que acudieron a la consulta de seguimiento, el 95% tenían antecedentes psiquiátricos (significativo, $p < 0,001$) y el 78% tenían seguimiento previo por el ESM, siendo significativo ($p > 0,009$). De los pacientes que acudieron a consulta de seguimiento, el 40% consultó en SUH por ideas autolíticas (no significativo $p > 0,5$), el 50% por gestos autolíticos (no significativo $p > 0,2$) y el 10% había ingresado previamente en UCI por otros intentos (no significativo $p > 0,1$). El 80% de los pacientes que acudieron a consulta ingresaron por ingesta medicamentosa, el 25% por politraumatismo y el 5% por ahorcamiento, sin relación ($p > 0,7$). El 65% de los pacientes que precisaron ventilación mecánica no acudieron a la consulta de seguimiento, siendo significativo ($p > 0,04$). El 78% de los pacientes con necesidad de VM no tuvieron persistencia de ideas autolíticas, encontrando relación ($p > 0,03$). De los pacientes que acudieron al seguimiento, el 45% tenía persistencia de ideas autolíticas (no significativo $p > 0,09$), el 35% consultaron en SUH por ideas autolíticas (no significativo $p > 0,2$) y el 15% consultaron en SUH por gestos autolíticos (no significativo $p > 0,7$). El 35% de los pacientes que ingresaron en UCI por gestos autolíticos iniciaron medicación psiquiátrica y el 54% tuvieron ajuste de su medicación.

Conclusiones: El escaso seguimiento posterior a los gestos autolíticos se debe a la dificultad para cumplir con los requisitos del Código Suicidio, debido a la falta de personal o a la preferencia por consultas privadas. Esta situación limita la efectividad de la atención, lo que podría mejorar con un mayor recurso humano. Objetivamos que la mayoría de pacientes que acudieron a la consulta de Código Suicidio presentaban seguimiento previo por ESM. Una limitación del estudio es la pequeña muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

171. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Cumarin Solorzano JJ¹ y García Portillo DJ²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una afección grave que requiere un diagnóstico preciso y rápido, dado su potencial para causar complicaciones severas o la muerte del paciente. Existen las escalas de predicción clínica, como las de Wells y Wells, convirtiéndose en herramientas esenciales. En los últimos años, ha emergido la ecografía pulmonar y venosa como una herramienta importante, diversos estudios han documentado que una estrategia diagnóstica que combine ecografía pulmonar y venosa con la medición del dímero D puede conducir a una reducción significativa en la necesidad de realizar un TC de arterias pulmonares.

Métodos: Antecedentes: mujer de 80 años, con antecedentes de enfermedad renal crónica en estadio V, fibrilación auricular, un episodio de insuficiencia cardíaca, con FEVI preservada, hemorragia digestiva alta y un ictus hemorrágico talámico, con cierre de la orejuela realizado en junio de 2024.

Resultados: Caso clínico: acude por disnea de 48 horas de evolución, acompañado de dolor epigástrico. Además, refiere dolor en extremidades inferiores con leve aumento en el perímetro. En su domicilio, se evidenció una saturación de oxígeno de hasta el 75%, con un marcado trabajo respiratorio. A su llegada se encontraba hemodinámicamente estable, con una TA de 136/66 mmHg, frecuencia cardíaca de 105 lpm y a la exploración física sin hallazgos relevantes. Los estudios complementarios mostraron agravamientos en la enfermedad renal crónica con un filtrado de 7 ml/min, un NT-proBNP superior a 50.000 pg/ml, troponina ultrasensible de 101 ng/l y un dímero D de 17.000 ng/ml y el electrocardiograma mostró fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida con signos de sobrecarga ventricular derecha. Ante la sospecha de TEP, se decidió realizar una ecografía clínica multiórgano, a nivel cardíaco, se observaron signos de cor pulmonar agudo y en la ecografía de extremidades inferiores, se identificó trombosis venosa profunda subaguda a nivel poplíteo. La estrategia propuesta debido a la ERC fue una menos agresiva, que no implicaría el uso de fibrinolíticos, sino el inicio de un tratamiento anticoagulante, confirmando la trombosis venosa poplíteo y en un segundo tiempo una gammagrafía que confirmo el diagnóstico de TEP. Finalmente fue *exitus* a los 10 días de hospitalización en planta convencional.

Conclusiones: La combinación de técnicas diagnósticas y el uso de herramientas como la ecografía en el diagnóstico de la embolia pulmonar resaltan la importancia de un enfoque multidisciplinario para mejorar los resultados de salud en esta patología crítica.

172. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI TRAS INTENTO AUTOLÍTICO

Doña Moyano M, Pérez Ruiz M y Palomares Nova G

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital de Puerto Real tras intento autolítico, así como analizar el método, complicaciones y resultados de los mismos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de segundo nivel entre enero de 2022 y agosto de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas y antecedentes personales de los pacientes, premeditación y mecanismo del intento de suicidio, así como las terapias de soporte recibidas, estancia y mortalidad en UCI. Empleamos el programa SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Durante el estudio se incluyeron 24 pacientes. El 66,7% varones con una edad mediana de 45,5 años (rango intercuartílico [RI] 33-54). El 79,2% de los pacientes tenía antecedentes psiquiátricos, el 70,8% con seguimiento en los dos últimos años y el 37,5% con intentos autolíticos previos. Como hábitos tóxicos destacan: tabaquismo (62,5%), drogas (50%) y alcohol (45,8%). En cuanto a los métodos de suicidio el 87,5% de los casos fueron pasivos, predominantemente medicamentoso (62,5%), mientras que el 12,5% fueron activos, principalmente por ahorcamiento (8,3%). En el 91,7% de los casos hubo premeditación y el 79,2% mostró arrepentimiento. El principal motivo de ingreso en UCI fue por bajo nivel de conciencia (79,2%), seguido de causas metabólicas (8,3%), con una mediana de APACHE-II de 16 puntos (RI 11-21). En cuanto a te-

rapias de soporte: el 75% precisó ventilación mecánica invasiva, el 20,8% vasoactivos y el 12,5% TRRC. La mediana de días de ingreso en UCI fue 3 (RI 2-6) y la de hospitalización 10 (RI 5-14). Ningún paciente ingresado en nuestra unidad fue *exitus* por esta patología.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes ingresados por intento autolítico son hombres de una edad media entre 40-50 años, la mayoría con antecedentes psiquiátricos, consumo de tóxicos y seguimiento activo. El método más frecuente fue pasivo medicamentoso con alto grado de premeditación pero también de arrepentimiento. A pesar de un APACHE II elevado, la estancia de estos pacientes suele ser corta y la mortalidad nula. Todo ello acorde con lo publicado en otras series.

173. DISECCIÓN AÓRTICA TIPO B. USO DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA

Cumarin Solorzano JJ¹ y García Portillo DJ²

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La disección aórtica (DA) es una de las emergencias médicas más graves y potencialmente mortales, con tasas de mortalidad que superan el 50% si no se diagnostica y trata a tiempo. En este contexto, la ecografía en el punto de atención (POCUS) se ha consolidado como una herramienta valiosa que permite evaluar rápidamente la presencia de una disección aórtica en situaciones críticas.

Métodos: Hombre de 83 años sin alergia medicamentosa conocida, con antecedentes de Hipertensión arterial, dislipemia, adenocarcinoma de colon tratado mediante hemicolectomía en remisión completa.

Resultados: Caso clínico: acude al servicio de urgencias por cuadro de mal estado general en los últimos 4 días asociando dolor a nivel interescapular y lumbalgia progresiva que no cede con analgesia convencional. A su llegada hemodinámicamente estable, afebril, a la exploración física tórax simétrico, murmullo vesicular conservado, ruidos cardíacos rítmicos sin extratonos, no dolor a la palpación de apófisis espinosas, no claras contracturas musculares. Se inicia tratamiento analgésico y durante su estancia comienza con vómitos de contenido alimentario y empeoramiento del dolor por lo que en ese momento se decide solicitar analítica de sangre y se decide realizar ecografía clínica donde se visualiza a nivel abdominal aorta abdominal un poco mayor de 3 cm con claro *flap* en la luz en cortes transversales y longitudinales (fig.), con la sospecha de síndrome aórtico agudo se realiza angioTC de aorta el cual confirma el diagnóstico evidenciando disección tipo B con extensión hasta la arteria iliaca común izquierda, se inicia tratamiento con labetalol para control estricto de la tensión arterial y se comenta con vascular quien decide tratamiento conservador por lo que se ingresa en la UCI durante 3 días donde permanece hemodinámicamente estable en todo momento con mejoría del dolor, lo que permite su salida a planta convencional y finalmente el alta domicilio.



Conclusiones: La incorporación de POCUS de manera temprana en pacientes con sospechas de patología aórtica puede mejorar significativamente los tiempos de diagnóstico y tratamiento, lo que podría resultar en una reducción de la mortalidad asociada a esta condición tan crítica.

16:35-18:05 h

AUDITORIO 1

COMUNICACIONES ORALES

MISCELÁNEA 2

Moderadores: Juan Ramón Fernández Villanueva, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela/María Cruz Martín Delgado, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

174. ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UNA UCI: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO TRAS ONCE AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübke Vázquez CF¹, Lara Franco L¹, Cillero Moneo R¹, Velasco Ballesta A¹, Villagra Campos I¹, Rivera Marchán P¹, Saavedra Santana P² y Romero JL¹

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

Objetivos: Evaluar factores de riesgo desarrollo isquemia cerebral tardía (ICT) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) en una UCI neurotraumática. Tras 11 años.

Métodos: Estudio prospectivo desde octubre 2013 a diciembre 2024, en una UCI neurotraumática de 10 camas. Analizamos: datos demográficos: datos neurológicos; localización y tamaño del aneurisma; presencia hematoma intracraneal; presencia y volumen hemorragia intraventricular; días para desarrollar vasoespasmo; escala de Fisher, Escala de Fisher modificada (FM), escala de Hunt y Hess (HH), escala de World Federation of Neurosurgeons (WFNS); retraso en ingreso UCI; tratamiento del aneurisma; complicaciones y otros factores. Se realizó un estudio estadístico univariado. Se utilizó el procedimiento de árbol de clasificación y regresión (CART). La significación estadística se fijó en $p < 0,05$. Los datos se analizaron utilizando el paquete R, versión 4.2.1.

Resultados: Se analizaron 291 pacientes con HSA, y 66 (22,6%) desarrollaron ICT. Se describen en tabla las características de los pacientes. Los que tuvieron aneurisma de la arteria Comunicante Posterior (AcoP), retraso en el ingreso postsangrado, clipaje, estado estuporoso, orientado, anisocoria, ventilación mecánica (VM) > 7 días, Glasgow Coma Score (GCS) menor al ingreso en urgencias y en UCI y APACHE II, SOFA al ingreso así como las escalas de FM, HH y WFNS se asociaron significativamente a ICT. La complicación más frecuente fue infarto cerebral (71,2%). En UCI fallecieron 18 (27,3%) pacientes con HSA e ICT. La mortalidad no fue significativamente mayor en pacientes con ICT. El árbol de decisión mostró que la probabilidad descendió al 6,2% en los pacientes con un FM < 3 , mientras que aumenta al 27% en los que tienen un FM ≥ 3 . En pacientes con HSA y FM ≥ 3 y HH > 2 , la probabilidad de ICT aumenta al 32% (fig.).

Conclusiones: En nuestra UCI el 22,6% de los pacientes con HSA desarrollaron ICT. Los pacientes con aneurisma de AcoP, retraso en el ingreso postsangrado, clipaje, estado estuporoso, orientado, anisocoria, VM > 7 días, GCS menor al ingreso en urgencias, en UCI y con APACHE II, SOFA, FM, HH y WFNS elevados, se asociaron significativamente a desarrollo ICT. La mortalidad al alta UCI no fue significativamente mayor respecto en los que no desarrollaron ICT. El árbol de decisión mostró que los pacientes con FM ≥ 3 y HH > 2 la probabilidad de ICT aumenta al 32%.

175. IMPACTO DEL ISOFLUORANO EN LA REDUCCIÓN DEL DELIRIUM EN SEDACIÓN PROLONGADA

Morala Vega P, López Pérez L y Escuela Gericó MP

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

Objetivos: Analizar la prevalencia de *delirium* y el uso de neurolépticos en pacientes con sedación prolongada con isofluorano, comparándolos con los que no lo recibieron.