

	No supervivientes (n=108)	Supervivientes (n= 199)	p-valor
Datos demográficos y de comorbilidad			
Sexo (varón)	70 (64,8%)	126 (63,3%)	0,140
Edad (años)	62,5 (53-72)	59 (49-70)	0,046
Inmunosupresión	57 (52,8%)	78 (39,2%)	0,060
Cardiopatía	21 (19,4%)	23 (11,6%)	0,133
EPOC	18 (16,7%)	31 (15,6%)	0,742
Cirrosis	12 (11,1%)	16 (8%)	0,603
IRC	11 (10,2%)	31 (15,6%)	0,231
Escala de gravedad al inicio			
APACHE II	25 (20-30,5)	21 (12-28)	0,003
SOFA	12 (10-15)	9 (6-11)	<0,001
Otros biomarcadores			
Lactato (mmol/L)	4,4 (2,1-7,9)	2,2 (1,2-4,1)	<0,001
PCR (mg/dL)	16 (6,4-36,4)	16,7 (7,9-26,1)	0,562
PCT (ng/mL)	8,1 (1,3-43,3)	5,3 (1-30,2)	0,118
IL-6 (pg/mL)	1549 (236-76455)	417 (128-4455)	0,002
Disfunción y soporte orgánico			
P/F ratio (mmHg)	158 (107-223)	195 (138-322)	<0,001
INR	1,4 (1,2-1,8)	1,3 (1,1-1,5)	0,007
Leucocitos (10 ⁹ /dL)	9,1 (1,9-19,9)	12,6 (5,5-18,9)	0,059
Plaquetas (10 ⁹ /dL)	128 (52-205)	188 (88-282)	<0,001
Creatinina (mg/dL)	1,7 (1,1-2,6)	1,3 (0,8-2,4)	0,010
Bilirrubina total (mg/dL)	1,3 (0,6-2,7)	0,9 (2,4)	0,01
IgA	1640000 (104000-255000)	188000 (112000-258000)	0,338
IgG	563000 (356000-813000)	755000 (539000-1062000)	<0,001
IgM	52000 (33000-86000)	63000 (39000-114000)	<0,001

EPOC = enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IRC = insuficiencia renal crónica; APACHE = acute physiology and chronic health evaluation; SOFA = sequential organ failure score; PCR = proteína C reactiva; PCT = procalcitonina; IL-6 = interleuquina 6; P/F ratio = ratio entre la presión parcial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno; Ig = inmunoglobulina.

	Ausencia de criterios MALS (n=325)	Criterios MALS (n=50)	p-valor
Datos demográficos y de comorbilidad			
Sexo (varón)	205 (63,1%)	31 (62,0%)	0,310
Edad (años)	62 (52-72)	58,5 (47-64)	0,031
Inmunosupresión	134 (41,2%)	30 (60,0%)	0,04
Cardiopatía	51 (15,7%)	7 (14%)	0,749
EPOC	56 (17,2%)	5 (10%)	0,333
Cirrosis	29 (8,9%)	3 (6%)	32 (8,5%)
IRC	48 (14,8%)	7 (14%)	0,666
Escala de gravedad al inicio			
APACHE II	22,5 (14-28)	23 (18-31)	0,262
SOFA	9 (6-12)	13 (10-16)	<0,001
Otros biomarcadores			
Lactato (mmol/L)	2,3 (1,4-4,5)	4,6 (2,9-9)	<0,001
PCR (mg/dL)	15,4 (6,5-26,0)	18,3 (3,2-45,7)	0,259
PCT (ng/mL)	4 (0,8-21,6)	18,3 (3,2-45,7)	0,001
IL-6 (pg/mL)	375,1 (137,2-3995)	9599 (779-187598)	<0,001
Disfunción y soporte orgánico			
P/F ratio (mmHg)	204 (136-320)	154 (102-245)	0,013
INR	1,3 (1,1-1,6)	1,5 (1,2-1,7)	0,002
Leucocitos (10 ⁹ /dL)	12,1 (5,6-19,3)	3,6 (0,6-16,7)	<0,001
Plaquetas (10 ⁹ /dL)	183 (89-270,5)	154 (102-245)	<0,001
Creatinina (mg/dL)	2,4 (0,89-2,33)	2,1 (1,4-2,7)	0,006
Bilirrubina total (mg/dL)	0,86 (0,5-1,72)	1,5 (0,8-2,65)	0,003
Soporte vasoactivo	251 (77,2)	50 (100%)	<0,001
Ventilación mecánica invasiva	187 (57,5)	41 (82)	0,004
TCRR	99 (30,5%)	34 (68%)	<0,001
Resultados			
Supervivencia UCI	186 (71,8%)	13 (27,1%)	<0,001

Conclusiones: En la sepsis grave y el shock séptico el MALS es poco frecuente. Sin embargo, se asocia a mayor inflamación y disfunción orgánica y a una elevada mortalidad.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 1

LESIÓN AGUDA PULMONAR/SDRA/ VENTILACIÓN

Moderadora: Emilia Rosas Carvajal, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

406. ¿EXISTE EFECTO OFF HOUR EN LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA?

Martínez Martín G, Carrasco González E, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, Ruiz Rodríguez A, Torrano Ferrández M, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández A, Fernández Gambín H y Rozua López AM

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

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tratada con ventilación no invasiva (VNI) que ingresan en UCI, durante el periodo de guardia, a partir de las 15:00 horas.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de pacientes que, de forma consecutiva ingresan en UCI, entre 2020 y 2023 con diagnóstico de IRA y fueron tratados con VNI. Se dividieron en dos grupos según si ingresaban y recibían VNI en UCI de 8:00 horas a 15:00 horas o a partir de las 15:00 horas. Se definió fracaso de la ventilación no invasiva la necesidad de intubación o muerte en UCI. Los variables se muestran como media $\pm$ desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante la t de Student y prueba de ji² de Pearson. El ajuste de variables de confusión mediante ponderación de probabilidad inversa.

Resultados: Se analizaron un total de 1.043 pacientes, de los cuales 241 (23,1%) ingresaron de 8 a 15:00 horas y 802 (76,9%) a partir de las

405. CARACTERIZACIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO Y SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA LIKE (MALS)

Bajaña Mindiolaza I, Chiscano Camón L, Ruiz Sanmartín A, Martínez Martínez M, Bastidas Ospina J, Nicolás Morales P, Larrosa Escartín A, González López JJ, Ferrer Roca R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Identificar las características y el pronóstico de los pacientes con sepsis grave y shock séptico que cursan con criterios de MALS.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con sepsis grave y shock séptico activados con el Código Sepsis en el periodo de abril del 2018 a noviembre del 2024. Criterios inclusión: sepsis grave o shock séptico (definiciones sepsis 2), determinación de niveles de ferritina. Criterios de exclusión: ninguno. Como criterios de MALS se utilizó un valor de ferritina > 4.400 ng/mL obtenido en las primeras 12 horas del desarrollo de la sepsis/shock séptico. Se estudiaron variables demográficas, de comorbilidad, relacionadas con la infección y evolutivas de la sepsis. Se realizó un análisis descriptivo utilizando mediana y rango intercuartilico para las variables cuantitativas frecuencia y porcentaje para las continuas, y un análisis exploratorio univariado mediante la prueba de chi² para las variables cuantitativas y U-Mann Withney para las continuas. La significación estadística se definió como p < 0,05. El análisis estadístico se realizó con StataBE 18,5 (StataCorp 2023). El estudio se autorizó por el CEIC (PR(AG)336/2016).

Resultados: Se incluyeron 375 pacientes. La mayoría de los pacientes fueron hombres (236, 62,9%) con una mediana de edad de 61,5 (51-71) años y el 164 (43,7%) presentaban algún tipo de inmunosupresión. Los focos sépticos más frecuentes fueron el respiratorio (126, 33,9%) y el abdominal (85, 22,8%). Cincuenta pacientes (13,3%) cumplieron criterios de MALS y el 98,1% presentaron shock séptico. Estos pacientes eran frecuentemente más jóvenes que el resto de la cohorte (58,5 años [47-64] vs. 62 [52-72] años, p = 0,031), más frecuentemente inmunodeprimidos (60 vs. 41,2%, p = 0,04) sin otra diferencia en cuanto a comorbilidad previa y presentaron más frecuentemente mala evolución (mortalidad en UCI 72,9 vs. 28,2%, p < 0,001). El resto de diferencias en cuanto a comorbilidad y soporte orgánico pueden observarse en la tabla.

15:00 horas. El 67,5% (n = 704) eran hombres, edad media 63,4 años $\pm$ 14,3 y SAPS II $36,2 \pm 13,3$. El 25,2% (n = 263) presentaron fracaso de VNI. Al comparar ambos grupos, el fracaso VNI fue de 25,9% (n = 208) en los que ingresaron a partir de las 15,00h y de 22,8% (n = 55) en el otro grupo (p = 0,329). Las horas de VNI fueron 48 (23-88) horas a partir de las 15 horas y 45 (24-76) en el otro grupo (p = 0,294). La estancia UCI y hospitalaria fue similar en ambos grupos (p = 0,448 y p = 0,214, respectivamente). La mortalidad en UCI fue del 16,8% (n = 135) en lo que ingresaron a partir de las 15:00h y del 14,1% (n = 34) en los que no (p = 0,314) y la mortalidad hospitalaria del 21,4% (n = 172) y del 19,5% (n = 47), respectivamente [p = 0,516]. La OR ajustada para mortalidad hospitalaria, comparando el grupo de pacientes ingresados a partir de las 15:00 horas, era de 1,141 (IC95%: 0,799-1,719).

Conclusiones: La hora de ingreso del paciente en la UCI no está relacionada ni con el fracaso de la VNI, así como ni con la estancia ni la mortalidad tanto en UCI como en el hospital.

407. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA EXPERIENCIA CON ELIMINACIÓN EXTRACORPÓREA DE CO₂ EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Serra Sánchez C, Beltrán Martínez LL, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Márquez García A, Sotelo Domarco L, Monge Donaire D, Sanmartino González C, Parra Morais L y Cañizares Ortiz P

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

Objetivos: Describir nuestra experiencia en la utilización de la ECCO₂R en la corrección de la hipercapnia en pacientes con SDRA por COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial de Zamora que requirieron ECCO₂R, entre el 01/01/2021 y el 01/09/2024. Los datos se extrajeron de la base de datos de la unidad (ICCA) y se analizaron con Excel.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, todos hombres con una media de edad de 64 años. Con alta gravedad al ingreso según scores de gravedad (APACHE 11, SAPS 34 y SOFA 3). El 43% tenía HTA, el 29% DM2, el 43% DL y el 30% EPOC. El 86% ingresó por insuficiencia respiratoria aguda y el 14% por shock séptico posoperatorio. Todos requirieron ventilación mecánica invasiva una media de 17 días, el 71% desarrolló SDRA y fallo renal, y el 71% necesitó terapias de depuración extrarrenal. La ECCO₂R se inició en todos por acidosis respiratoria refractaria, con una pH medio de 7,17 y una pCO₂ media de 80, logrando mejoría en cifras de pH y pCO₂ tras 24, 48 y 72 horas de tratamiento, consiguiendo una media de pH 7,45 y una pCO₂ media de 54 mmHg a las 72 horas de tratamiento. Se analizaron parámetros respiratorios como volumen tidal (VT), *driving pressure* (DP) y FiO₂ al inicio y al final de la terapia, observándose una disminución de los tres parámetros, permitiendo alcanzar valores de ventilación protectora y descenso en el aporte de oxígeno. Al inicio la media de VT era de 6,5 ml/kg/min, respecto a 4,8 ml/kg/min, la DP de inicio era 22,8 cmH₂O frente a 17,7 cmH₂O final. La FiO₂ se pudo descender de 88% al inicio frente al 60% al final de la terapia. La duración media de la terapia fue de 4 días. Las complicaciones observadas se relacionaron con la anticoagulación del circuito, con tiempos de coagulación prolongados se presentó hematoma en 1 paciente, sangrado intracraneal grave en 1 paciente y con rangos infraterapéuticos que precisó recambio del sistema. De los pacientes incluidos, 4 fallecieron.

Conclusiones: La ECCO₂R es efectiva para corregir la acidosis respiratoria severa, mejorando las cifras de pH y de pCO₂, aunque presenta riesgo de complicaciones.

408. ¿INFLUYE EL MOMENTO DE LA TRAQUEOTOMÍA EN LA DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA?

Ávila Ariza M¹, Vílchez Anguita A¹, Sánchez Calderón A¹ y Ben Abdellatif Abourahim I²

¹Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C.H.U. Virgen de la Victoria), Málaga. ²Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Evaluar el impacto del momento de la traqueotomía (precoz vs. tardía) en la duración de la ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes de UCI.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a traqueotomía en nuestra UCI entre junio y noviembre de 2024. Los pacientes se categorizaron en traqueotomía precoz (< 7 días desde el in-

greso) y tardía ($\geq$ 7 días). La muestra incluyó un total de 16 pacientes: 6 con traqueotomía precoz y 10 con traqueotomía tardía. Se utilizó la prueba t de Student para comparar la duración de la VMI entre los grupos.

Resultados: La duración promedio de la VMI fue de 23,83 días en el grupo de traqueotomía precoz y de 37,90 días en el grupo de traqueotomía tardía. Aunque la diferencia fue relevante clínicamente, no alcanzó significancia estadística (p = 0,077).

Conclusiones: Los resultados sugieren que el momento de la traqueotomía podría influir en la duración de la VMI, con una tendencia hacia duraciones más prolongadas en el grupo de traqueotomía tardía. Si bien la diferencia observada no fue estadísticamente significativa, es probable que este resultado se torne significativo con un tamaño de muestra mayor. Este hallazgo subraya la importancia de seguir investigando para confirmar el impacto del momento de la traqueotomía en los desenlaces clínicos.

409. ECCO₂R EN SDRA GRAVE: EFICACIA EN CONTROL DE ACIDOSIS Y VENTILACIÓN PROTECTORA, COMPLICACIONES Y MORTALIDAD ASOCIADA

Marín Ráez R, González Fernández OA, Martínez C, Panduro MM, Collado Bello G y De Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Valorar eficacia, evolución y complicaciones relacionadas con ECCO₂R en pacientes con SDRA grave.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en el que se analizan pacientes ingresados en UCI durante 5 años por SDRA grave (2019-2023). Criterios de inclusión: pH $\leq$ 7,25 con pCO₂ > 60 mmHg y/o Driving Pressure (Dp) > 15 cmH₂O, pese a optimizar ventilación mecánica (VM) y terapias coadyuvantes. Se excluyeron pacientes con criterios de soporte con ECMO. Se recogieron: variables clínicas, demográficas, Dp, PaFi, pH, pCO₂, terapias coadyuvantes y complicaciones durante la terapia. Se analizó la mortalidad hospitalaria y su asociación con la obtención de objetivos. Los resultados se expresan en porcentajes y medias $\pm$ desviación estándar.

Resultados: Se analizaron un total de 43 pacientes, 83,7% varones, con edad media 62 ± 8 años y SDRA grave secundario a: 28% neumonía bacteriana, 9% shock séptico, 5% hemorragia alveolar, 56% COVID, 2% hepatitis autoinmune. Indicaciones para iniciar ECCO₂R: 32,5% por acidosis respiratoria, 18,6% por Dp > 15, 48,9% por coexistir ambas circunstancias. Se consiguió corregir la acidosis (p < 0,05) a partir de la segunda hora de inicio de ECCO₂R. Se consiguió una VM protectora a partir de las 24 h de inicio de ECCO₂R, manteniéndose a las 48 y 72 h (p < 0,05). Se consideró éxito de ECCO₂R si se corregía la acidosis y Dp < 15. Esto se consiguió en el 62,7% a las 24 h, en el 65,3% a las 48 h y en el 50% a las 72 h. Un 79% de pacientes presentaron complicaciones, todas leves-moderadas: 65% fenómenos trombóticos relacionados con el circuito, 35% hemorragias no graves. No se constató infección asociada a catéter. La mortalidad hospitalaria global fue del 46,5%. La mortalidad en aquellos que no conseguían Dp < 15 a las 48 h, fue del 88,8% (p < 0,05).

Conclusiones: ECCO₂R en pacientes con SDRA grave mostró eficacia en la corrección de la acidosis respiratoria y la optimización de parámetros de VM protectora. La terapia estuvo asociada a una alta tasa de complicaciones, aunque sin repercusión clínica grave. La mortalidad global fue elevada, siendo significativamente mayor en aquellos que no lograron una Dp < 15 a las 48 horas.

410. INCIDENCIA DE NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS EN UCI

López Cortés C, Romero Sánchez AB, Soriano Ruiz L, Triviño Hidalgo J, Serrano Navarro JM, Llamas Fernández N, Ros Valverde F, Sánchez Jordán P, Guerrero Lozano IM y Fernández Arroyo M

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) por microorganismos multirresistentes, concretamente por *Pseudomonas aeruginosa* en nuestra UCI durante los últimos años y analizar la resistencia a diferentes antibióticos utilizados en su tratamiento.

Métodos: A través del registro ENVIN, se ha realizado este estudio en la UCI del Reina Sofía de Murcia, el cual analiza la incidencia de NAV anual en 2023 y las resistencias antibióticas detectadas entre los años 2019 y 2023. Además, se han estudiado diferentes factores de riesgo,

tanto extrínsecos como intrínsecos tales como VM, sondaje vesical, uso de catéteres, inmunodeficiencias, entre otros.

Resultados: Se han registrado aproximadamente unos 600 pacientes por año, con una media de edad de 62,6 años, siendo un 67,26% varones, cuya mortalidad registrada es de 6,14%. Presentan un SAPS II medio de 34,2, APACHE II de 15,66 y estancias medias de 5,95. La segunda infección más prevalente es la NAVM (25,81%), unas 2,84 por cada 100 pacientes ingresados en UCI y una densidad de incidencia de 8,73 por cada 1.000 días de estancia en UCI. Dentro de los gérmenes aislados el 100% se corresponden con BGN, un 75% *Pseudomonas aeruginosa* y un 25% *Klebsiella pneumoniae*. En 2019, el 37,5% de las *Pseudomonas aeruginosa* eran resistentes a ciprofloxacino, el 25% a cefepime, ceftazidima, imipenem-cilastina y meropenem y un 12,5% a piperacilina-tazobactam. En 2020, el 66,6% fueron resistentes a cefepime, piperacilina-tazobactam y ceftazidima, un 50% a ciprofloxacino e imipenem-cilastina y un 20% a meropenem. En el año 2021, el 100% de las tratadas con cefepime fueron resistentes al mismo, un 75% lo fueron a ceftazidima, ciprofloxacino y piperacilina-tazobactam y un 50% a meropenem y imipenem-cilastina. En 2022 se estabilizan las resistencias, siendo la mayoría (75%) resistentes a cefepime y un 60% resistentes a cada uno de los demás antibióticos. En 2023, la mayor resistencia (50%) la presentaron con ceftazidima, colistina-colimicina, meropenem y piperacilina-tazobactam, disminuyendo la de quinolonas al 40% y descendiendo la de piperacilina-tazobactam al 25%.

Conclusiones: En este estudio, las características de los pacientes ni la gravedad presentan diferencias significativas. La mayor tasa de resistencias antibióticas coincidía con la época de mayor incidencia de COVID-19, apareciendo actualmente cifras similares a la época previa al mismo, relacionado probablemente con el consumo más racional y no tanto con un menor consumo. Actualmente la mortalidad ha descendido, acercándonos a cifras prepandemia.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 2

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 6

Moderador: Rafael Zaragoza Crespo, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

411. EVOLUCIÓN DE LAS INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UMI POSTPANDEMIA EN EL HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

Marinero Colonna A, López Ferraz C, Domínguez González A, Cereijo Arteaga A, Parrilla Toribio D, Rodríguez Ramos ST, Fraga Quintana CR, Ruiz García C, Medina Rodríguez JC y Ayala Durán R

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

Objetivos: Evaluar las características clínicas, etiológicas y microbiológicas de las infecciones adquiridas en la UMI del HUSNC, durante los años 2021, 2022, 2023 y mediados del año 2024.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de los episodios de infecciones adquiridas en UMI desde enero del 2021 a junio del 2024 diagnosticadas en la UMI del HUNSC. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación informática ENVIN-HELICS, en su versión completa, durante todo el periodo del estudio.

Resultados: Se valoraron 1.389 episodios de infecciones adquiridas en UMI en el periodo definido. 30-40% de los pacientes tuvieron un episodio de infección adquirida en la UMI en todos los años, con una tasa de infecciones/100 de 76,8%, 74%, 25,20% y 17,79% en 2021 y sucesivos, respectivamente. Evaluando la evolución de las infecciones, la más frecuente en el año 2021 fue la ITU (25%) seguida de la bacteriemia de foco desconocido BFD (20,45%) y la NAVM (16,87%). En el año 2022 la ITU también fue la más frecuente (21,42%) seguida de las infecciones respiratorias (NAVM 20,23% y TAVM 15,47%). En el año 2023 aumentan las BFD (20,26%) seguidas de la NAVM (15,87%) y la ITU (15,07%). En los meses valorados del 2024, las infecciones más frecuentes fueron las respiratorias, TAVM (33,3%), seguidas de la ITU (14,52%) y las bacteriemias (13,67%). Los gérmenes aislados responsables de la infección fueron los Gram negativos y

las infecciones se expresaron en la mayoría de los casos como sepsis grave. El uso del tratamiento antibiótico fue elevado (> 90%) en las NAV, ± 80% en las ITU y > 90% en las bacteriemias en todos los años, destacando, la baja utilización del antibiótico apropiado en las NAV.

Conclusiones: Las infecciones adquiridas en UMI continúan representando un gran desafío para los sistemas de salud. 30-40% de los pacientes ingresados desarrollaron al menos una infección nosocomial, con tasas variables de incidencia. Las infecciones más frecuentes fueron las ITU en 2021, seguidas de infecciones respiratorias y bacteriemias en los años posteriores. Los gérmenes aislados fueron Gram negativos, responsables de más de 60% de los casos y las infecciones derivaron en sepsis grave en la mayoría de ellas. Aunque el uso de antibióticos fue elevado, más del 90% en NAVM y bacteriemias, se observó una baja adecuación del tratamiento antibiótico en NAVM. Si queremos mejorar estos resultados debemos insistir en la vigilancia y prevención con el compromiso de formación y aplicación de los proyectos Zero así como insistir en el diagnóstico correcto y la optimización en el uso de antimicrobianos con la permanencia y fortalecimiento del PROA-UMI.

412. EVOLUCIÓN DE LAS NAVM TRAS LA PANDEMIA. ¿HEMOS VUELTO A LA NORMALIDAD? UMI DEL HU NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

López Ferraz C, Marinero Colonna A, Quintero Torres J, Díaz Sazo B, Medina Rodríguez JC, Medina Cabrera N, Rodríguez Ramos ST, Parrilla Toribio D y Martín Velasco MDM

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

Objetivos: Evaluar las características clínicas y microbiológicas de las NAVM ingresadas en la UMI del HUSNC, durante los años 2021.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de casos consecutivos de NAVM desde enero del 2021 hasta junio del 2024 diagnosticados en la UMI del HUNSC, Santa Cruz de Tenerife. Los datos fueron obtenidos mediante la aplicación informática ENVIN-HELICS, mediante la versión completa durante todo el periodo del estudio.

Resultados: Se valoraron 3612 pacientes ingresados en la UMI del HUSNC desde enero del 2021 a junio del 2024, de los cuales 145 (4%) desarrollaron NAVM. Si lo evaluamos por años, durante el año 2021 y 2022 el número de episodios se elevó considerablemente llegando hasta casi 11%/1.000 días de VM, en nuestra Unidad, Comunidad y a nivel nacional, con una progresiva disminución posterior hasta alcanzar cifras inferiores de las recomendadas actualmente (4,83 casos/1.000 días de VM). La etiología de las neumonías no ha variado a pesar de la presión antibiótica de dichos años y la gran inmunosupresión a la que se sometieron a algunos de los pacientes, siendo la *Pseudomonas aeruginosa* el germen más prevalente en nuestra Unidad, Comunidad y a nivel nacional. Destaca en nuestro entorno, en los primeros meses de este año, el claro aumento de neumonías por MARSA (aumento de estado de portador en la comunidad e ingreso de pacientes migrantes de zonas con alta prevalencia de MARSA).

Conclusiones: Durante la pandemia por SARS-CoV-2 existió un claro aumento de las infecciones nosocomiales en las UMI. En primer lugar, debido posiblemente al estricto aislamiento de los pacientes que llevó a la disminución en las medidas preventivas de infección y en segundo lugar, posiblemente, por la inmunosupresión de los pacientes y el aumento de la resistencia antibiótica, entre otras. En nuestro centro hubo un ascenso preocupante de las NAVM por *Pseudomonas aeruginosa* que nos llevó a tomar medidas. Se incrementó la formación en los proyectos Zero realizándose rondas de seguridad regladas, se inició el PROA en UMI y se inició la DDS en pacientes seleccionados, medidas que en conjunto, han ayudado no solo a controlar la incidencia de las NAVM en nuestra Unidad, sino a alcanzar los estándares de calidad recomendados por nuestra Sociedad científica.

413. ¿ES LA PROCALCITONINA UN MARCADOR DE GRAVEDAD?

Salve Machuca C, Álvarez Peña M, Pérez Bazaga LJ, Santiago Triviño MÁ, Ávila Sansegundo C, Aguilera García C, Morocho Guadalajara AP, Raya Rojas L y Pacheco Alvero J

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

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles de procalcitonina y los scores de gravedad y pronósticos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y prospectivo unicéntrico desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario de Badajoz entre 15 julio-30 septiembre 2023. Se han utilizado las bases de datos Jara, Gestlab, Excel y SPSS. Se recogen muestras sanguíneas de procalcitonina (valores normales < 0,5 ng/mL) al ingreso, así como la puntuación de escala SOFA y APACHE II al ingreso. Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas y realizamos un análisis con un ancho total del intervalo de confianza del 95% y alfa de 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 114 pacientes con predominio de hombres (66,7%) con una edad media de 61,67 años (DE $\pm$ 13, 75). De estos, el 80,7% no presentaban evidencia de infección mientras que un 19,3% sí; 7,9% local y 11,4% diseminada. Registramos las puntuaciones de los scores de gravedad y pronósticos, con una puntuación media de la escala APACHE II de 13 ($\pm$ 7,49) y de la escala SOFA de 3,80 ($\pm$ 3,48), obteniéndose valores máximos de 38 y 21 respectivamente. Por último, se midieron los niveles de procalcitonina al ingreso, obteniéndose un valor medio de 4,07, con un valor máximo de 113,08 que correspondía al ingreso de un paciente politraumatizado. Realizamos el análisis estadístico sin hallar resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: La procalcitonina es un marcador altamente específico para las infecciones bacterianas debido a las reacciones inflamatorias que estas desencadenan, encontrándose relación entre sus concentraciones plasmáticas y la gravedad de la sepsis. Sin embargo, existen otras situaciones que pueden inducir su formación en ausencia de infecciones bacterianas debido al estado proinflamatorio que propician; un trauma grave (cirugía, quemaduras, accidentes...), en casos de shock cardiogénico, pancreatitis grave, insuficiencia renal o hepática o situaciones de fallo multiorgánico. Dado lo anteriormente expuesto, podríamos presuponer una relación entre las puntuaciones de dichos scores y los niveles de procalcitonina, de forma que este último pudiese también ayudar a estratificar el riesgo de los pacientes. A pesar de ello, en nuestro estudio no encontramos datos que apoyen esta hipótesis.

414. PERFIL DE SEGURIDAD Y EFICACIA DEL CEFIDEROCOL EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS MULTIRRESISTENTES

Pérez Gutiérrez JE, Artola Blanco M, Bustamante Munguira E, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía A, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Antón Martínez M, Bouchotrouch H y Mamolar Herrera N

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Objetivo principal: evaluar el uso de cefiderocol en pacientes críticos con infecciones por microorganismos multirresistentes y describir los resultados clínicos asociados a su administración. Objetivo secundario: analizar las características demográficas, clínicas y microbiológicas de los pacientes tratados y alcanzar resultados mediante el análisis de datos recopilados.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde enero 2023 a diciembre 2024 incluyendo a 10 pacientes tratados con cefiderocol en una UCI polivalente de tercer nivel con baja incidencia de multirresistencias. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con infecciones documentadas por microorganismos gramnegativos multirresistentes que recibieron al menos una dosis de cefiderocol durante su estancia en la UCI. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos, variables clínicas, datos microbiológicos y datos relacionados con el tratamiento, como la dosis y la duración de la terapia. Se empleó estadística descriptiva para el análisis de las variables. La recopilación de datos se realizó mediante la revisión de historias clínicas y registros electrónicos de la UCI.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Variables	Resultados
Edad media	61,6 días
Diagnóstico al ingreso	
PCR	30%
Politraumatismo	20%
Neumonía asociada a ventilación mecánica	10%
ACVA hemorrágico	10%
Shock séptico	10%
Encefalitis	10%
TCE	10%

Foco de infección	
Respiratorio	70%
Antibioterapia empírica	
Sí	10%
No	90%
Mortalidad	30%
Eventos adversos	0%
Duración media tratamiento	12,5 días

Conclusiones: El uso de cefiderocol en pacientes críticos con infecciones por microorganismos multirresistentes aporta un perfil de seguridad aceptable y una eficacia clínica, sin incidencia de eventos adversos graves. Sería recomendable la realización de estudios prospectivos con un mayor tamaño muestral y un diseño controlado que comparen la eficacia y seguridad de cefiderocol con otros antibióticos. Además, sería útil estandarizar la duración del tratamiento y establecer criterios claros para el inicio y suspensión del mismo. Cefiderocol podría convertirse en una herramienta fundamental en el manejo de infecciones complicadas por patógenos gramnegativos multirresistentes, mejorando los resultados clínicos y reduciendo las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas.

415. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES COLONIZADOS INGRESADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Ázcariz Bertrán MJ, Quesada Díaz MDM, Ruiz Gómez J y Gómez González Á
Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes colonizados ingresados en una UCI de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre una base de datos de pacientes colonizados ingresados en UCI de septiembre 2023 a septiembre 2024. Las variables categóricas se expresan como porcentajes, se comparan mediante chi-cuadrado. Las cuantitativas se expresan mediante medias y desviación estándar; si no siguen distribución normal, mediante mediana y cuartiles.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 1492 pacientes, de los cuales 55 (3,7%) tuvieron colonizaciones positivas. Con una edad media de 57,33 años (15-78). De los que el 61,8% (34) fueron hombres y 38,2% (21) mujeres. La gravedad expresada mediante APACHE II fue de 14 puntos (5-33). Presentaron una estancia en UCI media de 38,8 días (4-128). Días de ventilación mecánica de 32,13 (1-90). La distribución de las comorbilidades fue: hipertensión arterial 47,3%, dislipemia 30,9%, diabetes mellitus 21,8%, obesidad 5,5%, fumadores 5,5%, enolismo 7,3%, neoplasias no hematológicas 9,1%, hematooncológicos 9,1% e inmunodeprimidos no oncológicos 25,5%. Los politraumatizados fueron los pacientes que presentaron mayor número de colonizaciones positivas con un 32,7%. Los microorganismos que más frecuentemente se aislaron en las colonizaciones fueron *Pseudomonas aeruginosa* un 56,3% y *Klebsiella pneumoniae* un 20%. Han desarrollado infección tras estar colonizados 18 de los 55 pacientes del estudio lo que representa el 32,7%. Fallecieron un total de 16 pacientes lo que representa el 29,1%, el 50% de los fallecidos desarrolló infección relacionada con la colonización.

Conclusiones: Los pacientes que ingresaron por politraumatismo fueron los que presentaron un mayor número de colonizaciones positivas. La HTA, DL y la DM son las comorbilidades más habituales. La *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae* son los microorganismos que más frecuentemente se aislaron en las colonizaciones.

416. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA

Vázquez Hernández M, López Carranza M, Acosta Contento JA, Hurtado Martínez Á, Ongil García B, Pérez Sánchez MV, Beltrán Caro F y Lozano Morillo MA

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

Objetivos: Describir serie de casos por enfermedad del virus del Nilo Occidental (VNO) que requirieron ingreso en UCI en Área Gestión Sanitaria Sur Sevilla.

Métodos: Análisis descriptivo de una serie de casos de VNO con ingreso en UCI polivalente durante julio y agosto 2024. Se recogieron variables clínicas: comorbilidad, presentación, secuelas; de diagnóstico y tratamiento. Seguimiento hasta mortalidad en UCI u hospitalaria. Las

variables cualitativas se presentan en porcentajes y las cuantitativas en media/mediana $\pm$ DE.

Resultados: De una población de 400 mil habitantes, 28 requirieron ingreso hospitalario, 6 en UCI, procedentes de 2 municipios cercanos a la vega del Guadalquivir (Dos Hermanas y Los Palacios). La mediana de edad fue de 70 $\pm$ DE 13, 50% (hombres y mujeres). APACHE II a las 24 h tuvo una media de 24 $\pm$ DE 7 y GCS al ingreso 8 puntos $\pm$ DE 4. La clínica fueron síntomas neurológicos (cefalea, bajo nivel de conciencia y diplopía), fiebre, con evolución rápida a paraparesia flácida y fracaso ventilatorio. Las comorbilidades: inmunosupresión (quimioterapia, tumor), hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica y enfermedad renal. El diagnóstico confirmatorio detección PCR y serología en LCR, suero y orina en el laboratorio referencia de Virus Andalucía Granada. LCR compatible con infección viral: hiperproteínorrea, pleocitosis y sin hipoglucorraquia. El Flimarray resultó negativo. Todos precisaron soporte ventilatorio invasivo con mediana de 67 días $\pm$ DE 57 y traqueostomía 50% por ventilación prolongada. Se iniciaron antivirales y antibióticos hasta confirmación LCR en 5 casos. Soporte vasoactivo en 3 casos (50%) y reemplazo renal 1 (17%) junto a nutrición enteral y fisioterapia. TC cerebral al ingreso en todos y RMN según evolución 5/6 (83%) sin alteraciones específicas de infección por VNO. EEG en 3 (50%), con signos de afectación cerebral difusa de grado moderado, en un caso con actividad comicial por patología de base. El deterioro neurológico rápidamente progresivo hacia parálisis flácida fue la secuela más grave. La mediana de estancia en UCI fue de 42d $\pm$ DE 57. Durante ingreso UCI fallecieron 2 (33%) y 2 tras alta a planta con ventilación mecánica (33%). Supervivencia de 33% con alta a domicilio sin secuelas.

Conclusiones: En nuestra área, la infección VNO en periodo estival debe tenerse en cuenta en diagnóstico diferencial en cuadros de meningoencefalitis víricas. Los pacientes con evolución grave que requirieron estancia UCI tenían comorbilidades asociadas. El manejo en UCI fue de soporte vital. La enfermedad neuroinvasiva es grave con secuelas permanentes y mortalidad elevada.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 3

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS/SEPSIS/FMO 1

Moderador: Marcos Pérez Carrasco, C.S. Parc Taulí, Sabadell

417. FACTORES DE RIESGO CLÍNICO ASOCIADOS A MORTALIDAD PRECOZ EN PACIENTES CON SEPSIS DE ORIGEN COMUNITARIO

López Pérez AB, Jerez Sánchez R y Tarancón Maján C

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

Objetivos: Comparar las características de los pacientes con sepsis adquirida en la comunidad que murieron dentro de las primeras 72 h de su ingreso en UCI con los que sobrevivieron más de 72 h.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con sepsis adquirida en la comunidad desde mayo de 2021 hasta abril de 2024. Las variables cualitativas se muestran como porcentaje y las cuantitativas como media y desviación estándar. Se utilizó el test de chi-cuadrado para las variables cualitativas y la prueba de Mann-Whitney para las cuantitativas.

Resultados: Durante el período de estudio 149 pacientes ingresaron en UCI con sepsis. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, diabetes y cáncer. El 36,2% presentaron bacteriemia. El foco de infección más frecuente fue el abdomen (38,9%). Las disfunciones de órganos más frecuentes fueron la hemodinámica y la renal. La mortalidad en UCI fue del 15,4%. De los 23 pacientes que murieron en la UCI, 13 (56,5%) lo hicieron en las primeras 72 h de ingreso en UCI. El APACHE II y SOFA fueron mayores en los que murieron en las primeras 72 h (28,6 DE 10,7 vs. 17,8 DE 7,2; $p = 0,001$) (7,4 DE 2,9 vs. 5,1 DE 2,5; $p = 0,003$). No hubo diferencias significativas en cuanto al foco de infección pero sí en el microorganismo causal siendo el cultivo negativo más frecuente en los pacientes con mortalidad precoz (76,9 vs. 27,9%; $p < 0,001$). El tratamiento antibiótico apropiado fue más frecuente en los que sobrevivieron > 72 h de ingreso

en UCI (66,9 vs. 15,4%; $p = 0,001$) así como la bacteriemia (39 vs. 7,7%; $p = 0,025$). Las intervenciones para control del foco fueron menos comunes en los que sobrevivieron > 72 h (32,6 vs. 23,1%; $p = 0,008$). No precisaron cirugía el 72,8% de los casos que sobrevivieron > 72 h respecto a un 30,8% en el grupo de mortalidad precoz ($p = 0,003$). Cuando se precisó cirugía ésta fue más frecuente urgente en el grupo de mortalidad precoz (69,2 vs. 24,3%; $p = 0,003$). En 102 casos se pudo valorar si el control del foco fue adecuado, no siendo adecuado en el 76% de los pacientes con mortalidad precoz vs. 7,4%; $p < 0,001$. Destacar que el 100% de los casos de mortalidad precoz ingresaron en shock séptico respecto al 68,4% en los que sobrevivieron > 72 h; $p = 0,016$. La necesidad de soporte con ventilación mecánica y depuración extracorpórea fue más frecuente en el grupo de mortalidad precoz (92,3 vs. 41,2%; $p < 0,001$ y 53,8 vs. 10,3%; $p < 0,001$ respectivamente).

Conclusiones: La mortalidad dentro de las primeras 72 horas ocurre en más de la mitad de los pacientes que mueren en la UCI, principalmente en aquellos pacientes que precisan intervención para control del foco y cuando la intervención para el control del foco es inadecuada.

418. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON SEPSIS MÉDICA Y SEPSIS QUIRÚRGICA

López Pérez AB, Jerez Sánchez R y Tarancón Maján C

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

Objetivos: Conocer las características diferenciales entre las sepsis de origen médico y las de origen quirúrgico.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI por sepsis desde mayo de 2021 hasta abril 2024. Se hizo análisis comparativo entre sepsis médica y quirúrgica en cuanto a edad, sexo, gravedad (APACHE II), número de fallo de órganos, comorbilidades, foco de infección, tipo de fallo orgánico, procedencia, diagnóstico, microorganismo causal, terapia (ventilación mecánica, vasopresores, depuración extracorpórea), mortalidad y estancia.

Resultados: De un total de 182 pacientes con sepsis, el 67,7% (122 pacientes) fueron sepsis médicas. La edad en la sepsis quirúrgica fue significativamente mayor, 72,9 años (DE 10,6) vs. 68 años (DE 11,6) $p = 0,007$. El 66,6% fueron varones y el 33,4% mujeres. En el 62,5% las sepsis fueron médicas en varones y en el 75,8% en mujeres; $p = 0,032$. La fibrilación auricular (25%) y la hipertensión (65%) fue más frecuente en la sepsis quirúrgica. Destaca el fallo respiratorio (37,7%) en las sepsis médicas vs. 29,1%; $p < 0,001$. Las médicas procedían en su mayoría de Urgencias (63,1%) y el foco de infección que predominó fue el genitourinario (36,9%) siendo el abdomen (85%) mayoritario en la quirúrgica, $p < 0,001$. Los Gram negativos fueron el microorganismo causal más frecuente en las médicas (49,2%) y el cultivo negativo en la mayoría de las sepsis quirúrgicas (46,7%); $p < 0,001$. En las sepsis médicas el antibiótico fue apropiado en la mayoría de casos (71,3%) frente al 53,3% en la sepsis quirúrgica; $p = 0,010$. El 42,6% de los casos presentaron bacteriemia en las sepsis médicas frente al 13,3% en las sepsis quirúrgicas; $p < 0,001$. El diagnóstico de shock séptico fue más frecuente en las sepsis quirúrgicas (83,3 vs. 64,8%; $p = 0,01$), así como la necesidad de ventilación mecánica (81,7 vs. 36,9%; $p < 0,001$), vasopresores (91,7 vs. 77%; $p = 0,016$) y terapia renal (23,3 vs. 9%; $p = 0,01$). La mortalidad en UCI fue mayor en las sepsis quirúrgicas (33,3 vs. 14,8%; $p = 0,004$).

Conclusiones: Los pacientes con sepsis quirúrgica presentan una edad más avanzada y mayor comorbilidad como hipertensión y fibrilación auricular, siendo el abdomen el principal foco de infección. Aunque no hubo diferencias significativas en cuanto a gravedad (APACHE II y SOFA), los pacientes con sepsis quirúrgicas ingresan en UCI con diagnóstico de shock séptico con más frecuencia y precisaron con mayor frecuencia terapias de soporte como ventilación mecánica, vasopresores y depuración extracorpórea respecto a las sepsis médicas, siendo la mortalidad también mayor en las quirúrgicas.

419. ANÁLISIS DEL USO DE VASOPRESINA EN EL MANEJO DEL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO EN EL HOSPITAL DE MATARÓ

Pérez Cortizo D y Méndez Barraza JA

Hospital de Mataró, Barcelona.

Objetivos: Describir el uso de vasopresina después de la implementación del protocolo de shock séptico refractario en la unidad de cuidados intensivos del hospital de Mataró.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de marzo 2023 a abril de 2024. Se incluyó a pacientes ingresados en la UCI con diagnóstico de shock séptico que requirieron vasopresina como segundo agente vasopresor. Se recogieron datos demográficos, los relacionados con el uso de vasopresina y parámetros evolutivos. Se usó el programa SPSS v.29 macOS. Para una distribución no normal, el análisis descriptivo usa mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas y frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyó un total de 21 pacientes. Mediana de edad 66 años (± 16). Principalmente hombres 81% ($n = 17$), baja comorbilidad por Charlson 1 (± 3). Alta gravedad por APACHE2 y SOFA del 25,5 y 12 (respectivamente). Procedentes de Urgencias (52,4%), quirófano (38,1%) u otro centro (9,5%). Tipo de admisión: médico (52,4%) y quirúrgico (47,6%). El principal foco de infección fue el abdominal 42% ($n = 9$), seguido del respiratorio 19% ($n = 4$). Respecto al uso de vasopresina, solo el 33% se inició con una dosis entre 0,25-0,5 $\mu\text{g/kg/min}$, con una mediana de 5 horas ($\pm 8,3$ h). El uso de inotrópicos fue del 16,7% ($n = 3$). La resolución del shock se obtuvo en el 65%. El uso de TCRR fue del 66,7%. El único evento adverso detectado fue la isquemia digital (19% de los pacientes). La mortalidad de la cohorte fue del 47,6%.

Conclusiones: La implementación del protocolo de shock séptico refractario permitió la introducción y el uso de vasopresina en la UCI del hospital de Mataró. La adherencia al protocolo permite el inicio precoz y en el rango de dosis sugerido por las guías, además de presentar un alto porcentaje de resolución del shock y un número reducido de eventos adversos.

420. ANÁLISIS DE LA VARIACIÓN EN LA PRESCRIPCIÓN ANTIBIÓTICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE CARÁCTER POLIVALENTE

Ruiz García MC, Fraga Quintana CR, Domínguez González A, Simón Paniello A, Parrilla Toribio DM, Rodríguez Ramos ST, Finger Kamps MA, Ayala Durán R, Medina Cabrera N y Medina Rodríguez JC

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

Objetivos: Se analiza el consumo de antibióticos en el periodo comprendido entre enero de 2021 y junio de 2024 en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Métodos: Estudio retrospectivo del consumo antibiótico desde enero de 2021 hasta junio de 2024 en nuestra Unidad polivalente de Medicina Intensiva. Los datos son los registrados en la plataforma ENVIN-HELICS.

Resultados: Se analizaron 3612 pacientes. El APACHE- II medio fue 16,6 y el SAPS- II 41,45. El tratamiento empírico (infecciones de cualquier origen) fue adecuado en un 34,93% en 2021, 36,23% en 2022, 28,98% en 2023 y 75,80% en 2024. En las infecciones intra-UCI el tratamiento empírico fue apropiado en el 70% de promedio. Los gérmenes aislados en las infecciones intra-UCI en los años estudiados fueron: *P. aeruginosa* 18,97% y *K. pneumoniae* 13,85% en 2021; *P. aeruginosa* 21,46% en 2022; *P. aeruginosa* 14,14%, *K. pneumoniae* y *E. coli* 8,90% en 2023; y *P. aeruginosa* 14,42%, *E. coli* 13,46%, *K. pneumoniae* 11,54% en 1.º semestre de 2024. Los gérmenes multirresistentes más frecuentemente aislados, con respecto al total de aislados, fueron los BGN- BLEE (14,52% en 2021, 18,61% en 2022, 13,11, 5,94% en 2023 y 5,03% en el 1.º semestre de 2024). Hay un descenso progresivo de las metalobetalactamasas (8,87% en 2021, 4,33% en 2022, 5,12 en 2023 y 3,69% en el 1.º semestre de 2024). En 3.º lugar está *Pseudomonas* multirresistente (respecto a todos los cultivos positivos) de 4,30% en 2021, 8,23% en 2022, 3,07% en 2023 y 1,68 en el 1.º semestre de 2024. Se ha objetivado un aumento progresivo en los días sin antibiótico. La principal causa de cambio antibiótico fue la desescalada. Los antibióticos más usados en 2021 fueron: meropenem 13,65%, amikacina 8,17%, amoxicilina-clavulánico 7,8% y linezolid 7,61%. En 2022: meropenem 18,92%, linezolid 7,38% y amikacina 7,08%. En 2023: meropenem 13,83%, y amoxicilina-clavulánico 9,74%. Y en el 1.º semestre de 2024: amoxicilina-clavulánico 15% y meropenem 9,22%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes de nuestra Unidad tienen proceden de Urgencias. Las escalas de gravedad se mantienen homogéneas en el periodo de estudio. Tras la implementación del PROA-UMI en 2023 y con el conocimiento más preciso de nuestra flora se ha visto un aumento en el tratamiento empírico adecuado, la desescalada y la duración del mismo. Todo ello, junto con la disminución de las infecciones en UMI, producen aumento progresivo de días libres de antibiótico. Los esfuerzos para la implementación total de los Proyectos Zero y la dismi-

nución en el uso de carbapenémicos han dado lugar a un descenso de BLEE y metalobetalactamasas.

421. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE COLONIZACIÓN FARÍNGEA POR BACTERIAS GRAM-NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN UCI

Moya Riballo R, Barragán Pedraza L, Pomares de la Peña A, Riazco C, Rodríguez González J y De la Fuente Martos C

Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: El estudio evaluó la efectividad del cultivo de hisopo faríngeo para detectar colonización por bacterias gramnegativas multirresistentes (BGN-MR), como *Enterobacteriales* resistentes a cefalosporinas, *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenémicos y *Acinetobacter* spp., comparado con el hisopo rectal; en pacientes ingresado en UCI dentro del estudio multicéntrico MURAN-UCI.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo del proyecto MURAN UCI, realizado en pacientes ingresados en UCI durante 45 días. Se tomaron cultivos faríngeos y rectales al ingreso, a los 7 y 14 días, utilizando medios cromogénicos y agar MacConkey con meropenem. La identificación se hizo por MALDI-TOF y la sensibilidad antibiótica se evaluó con microdilución en caldo, siguiendo criterios EUCAST. Se analizó la prevalencia e incidencia de colonización por BGN-MR.

Resultados: Se incluyeron 186 pacientes en total (260 cultivos de hisopos faríngeos y 260 hisopos rectales). En 2 pacientes (1%) se detectó en cultivos de hisopo faríngeo colonización BGN-MR, mientras que en los cultivos de hisopo rectal se detectaron 16 (8%). La prevalencia de colonización por BGN-MR al ingreso fue de 6,9% (13 pacientes), con una incidencia de colonización de 0,6 pacientes y 0,64 por 100 días de estancia en UCI la 1.ª y 2.ª semana respectivamente. Solo se detectó colonización por BGN-MR mediante cultivo de hisopo faríngeo en pacientes con cultivos de hisopo rectal positivos (12 vs. 0%; $p = 0,007$). De los 18 aislamientos positivos (16 rectales y 2 faríngeos), la especie aislada más frecuente fue *E. coli* productora de BLEE (8/18; 44%). Los pacientes colonizados por BGN-MR tuvieron mayor riesgo de infección por estas bacterias en comparación con los no colonizados (18 vs. 2%; $p = 0,01$). En todos los casos, la especie responsable de la colonización y la infección fue la misma (3/3; 100%). Además, necesitaron aislamiento de contacto con mayor frecuencia (75 vs. 0,6%; $p < 0,001$). Los factores de riesgo asociados significativamente a la colonización por BGN-MR: EPOC (25 vs. 12%; $p = 0,04$), tratamiento antibiótico previo por más de 7 días (50 vs. 9%; $p < 0,001$), mayor estancia en UCI (mediana 5,5 vs. 4 días; $p = 0,04$), soporte ventilatorio invasivo (87 vs. 51%; $p = 0,01$) y vasopresor (81 vs. 54%; $p = 0,03$).

Conclusiones: La detección de colonización por BGN-MR con el cultivo de hisopo faríngeo fue baja, limitándose a pacientes con hisopo rectal positivo, sin ser útil en aquellos con hisopo rectal negativo. Los pacientes colonizados tienen mayor riesgo de infecciones por estas bacterias, lo que justifica aplicar precauciones de contacto.

Financiado por: este estudio se realiza en el contexto del estudio MURAN-UCI.

422. FILMARRAY EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CRÍTICOS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA

Latorre Ibars R, Rodríguez Ibáñez P, Vallverdú Vidal M, Iglesias Moles S, Miralbés Torner M, Bellés Bellés A, Caballero López J, Trujillano Cabello JJ y Carvalho Brugger S

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación del FILMARRAY® Pneumonia Panel plus (FAPP) en la toma de decisiones terapéuticas en pacientes críticos con sospecha de infección respiratoria.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo realizado en dos UCI polivalentes con un total de 30 camas, con un laboratorio de microbiología operativo las 24 horas, entre 2023 y 2024. Se analizaron todos los casos en los que se solicitó FAPP, así como los resultados obtenidos y la conducta terapéutica realizada. El cambio de conducta se clasificó como positivo (escalar/inicio antibiótico) y como negativo (desescalar/suspender antibiótico). Se analizó la concordancia con los resultados de cultivos del tracto respiratorio inferior obtenidos simultáneamente. Los resultados de los cultivos se consideraron positivos para aquellos microorganismos detectables por el panel respiratorio.

Resultados: Se analizaron 363 muestras respiratorias de pacientes críticos con sospecha clínica de infección respiratoria. 321 (74%) fueron obtenidas de pacientes con ventilación mecánica invasiva. 183 (50,4%) se consideraron infecciones nosocomiales. 237 (50,4%) muestras de FAPP fueron positivas, con una concordancia de cultivo positivo en 83 (22,9%). En el 42,4%, se obtuvo un FAPP positivo con un cultivo negativo (tabla). Después de conocer los resultados del FAPP, se realizaron ajustes terapéuticos en el 29,8%; el 69,4% se basaron en desescalar o suspender antibióticos, y el 30,5% en escalar o iniciar antibióticos. En los casos en que se ha realizado un cambio positivo, en un 97% hubo un resultado positivo del FilmArray. En nuestra población se ha observado un mayor ajuste de la antibioterapia en las muestras consideradas nosocomiales. Así mismo, se ha observado una mayor incidencia de muestras nosocomiales en los pacientes quirúrgicos y traumáticos. Las bacterias más frecuentemente identificadas fueron *Haemophilus Influenzae*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*.

Tabla 1. Características demográficas de MUESTRAS FilmArray respiratorias (n = 363). Según tipo comunitario o nosocomial.

VARIABLE	TODOS N = 363	COMUNITARIO N = 180	NOSOCOMIAL N = 183	p-valor
EDAD (años)	58,5 ± 16	59,0 ± 17	58,0 ± 15	0,367
SEXO (Hombre)	269 (74,1)	126 (70,0)	143 (78,1)	0,077
VM	321 (74,1)	152 (85,0)	168 (91,8)	0,043
TIPO				< 0,001
MÉDICO	271 (74,7)	153 (85,0)	118 (64,6)	
QUIRURG	59 (16,3)	19 (10,6)	40 (21,9)	
TRAUMA	33 (9,1)	8 (4,4)	25 (13,7)	
RESP	183 (50,4)	121 (67,2)	62 (33,9)	< 0,001
FILMARRAY +	237 (50,4)	128 (71,1)	109 (59,6)	0,007
CULTIVO +	84 (23,1)	48 (26,7)	36 (19,7)	0,114
CAMBIO	108 (29,8)	46 (25,6)	62 (33,9)	0,083
TIPO CAMBIO				0,235
NO	254 (70,2)	133 (74,3)	121 (66,1)	
POSITIVO	33 (9,1)	14 (7,8)	19 (10,4)	
NEGATIVO	75 (20,7)	32 (17,9)	43 (23,5)	0,069
GRUPO (C/F) ¹				
++	83 (22,9)	47 (26,1)	36 (19,7)	
+-	1 (0,3)	1 (0,6)	0 (0,0)	
-+	154 (42,4)	81 (45,0)	73 (39,9)	
--	125 (34,4)	51 (28,3)	74 (40,4)	

Valores expresados como porcentajes, o media ± (desviación estándar). p-valor: Con test de chi-cuadrado o test de Mann-Whitney. ¹ C/F = Cultivo/FilmArray.

Conclusiones: El uso de FAPP en pacientes críticos con sospecha de infección respiratoria implica un cambio terapéutico en un tercio de los casos, siendo más frecuente en los nosocomiales. En más del 40% de las muestras se obtuvo un FAPP positivo con un cultivo negativo, de los cuales, en una tercera parte se realizó ajuste a la antibioterapia sin aislamientos en el cultivo.

423. ESTUDIO DEL IMPACTO DEL BALANCE HÍDRICO EN PACIENTES SÉPTICOS INGRESADOS EN UCI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Orduna Casla I, Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L, Esteban Gallego C, Pinilla Sanz M, Antón Juarros S, Castrillo Guiral S y Ávila Garza P

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Estudiar los tratamientos recibidos durante el ingreso en función del balance hídrico (BH) acumulado a los 3 días de ingreso en pacientes con sepsis ingresados en UCI en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Análisis comparativo basado en una serie retrospectiva de pacientes ingresados por sepsis en la UCI del H. Clínico Universitario de Zaragoza desde enero de 2023 hasta octubre de 2024. Se realiza contraste de hipótesis entre los pacientes con BH acumulado positivo y negativo a los 3 días de ingreso, según la normalidad de las variables, empleando los test t de Student y chi cuadrado. Se utilizó el programa SPSS 20.0.

Resultados: Se divide la muestra de 62 pacientes en función del BH acumulado al tercer día de ingreso, obteniendo un primer grupo de 48 pacientes (77,4%) con balance hídrico positivo (media de 3.693 mL), frente a un segundo grupo de 14 pacientes (22,6%), en los que se obtuvo un balance negativo (media de -1.305 cc). El grupo de BH positivo presentó cifras de creatinina y lactato superiores en los 3 primeros días, encontrándose diferencias significativas en el segundo día de ingreso (p < 0,05). En estos pacientes la diuresis fue inferior y se utilizó más veces HDFVVC, en ambos casos sin encontrar diferencias estadísticamente significativas

respecto al grupo de pacientes con BH negativo. En el grupo de BH acumulado positivo los pacientes precisaron ventilación mecánica invasiva durante 9,11 días de media frente a 10,36 días de media en el grupo contrario, siendo la diferencia no significativa. Los días de media de uso de fármacos vasoactivos (FVA) fueron de 6,3 días y 4,8 días respectivamente, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos.

Conclusiones: En nuestra muestra, en más de dos tercios de los pacientes el balance hídrico acumulado en los 3 primeros días de ingreso ha sido positivo. La presencia de cifras de lactato y creatinina más elevadas al ingreso se ha asociado con BH positivos acumulados a los 3 días de ingreso de forma no significativa. No se ha visto una asociación significativa entre el BH positivo acumulado al tercer día de ingreso y el uso durante más días de VM y FVA en nuestra muestra.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 4

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS 7

Moderador: Pedro Castro Rebollo, Hospital Clínic, Barcelona

424. COMPARACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN TERAPIA EMPÍRICA VERSUS ESPECÍFICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL

Medina Cabrera N, Medina Rodríguez JC, Domínguez González A, Simón Paniello A, Fraga Quintana CR, Ruiz García M, Ayala Durán R, López Ferraz C, Parrilla Toribio DM y Rodríguez Ramos ST

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

Objetivos: La elección adecuada de antibióticos es clave para mejorar los resultados clínicos y frenar la resistencia antimicrobiana. Este estudio analiza patrones de prescripción de antibióticos en tratamientos empíricos y dirigidos entre enero de 2021 y junio 2024, en una UMI polivalente de 30 camas, evaluando cambios en las tendencias de prescripción y su impacto en la práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional, utilizando datos retrospectivos de prescripción antibiótica en pacientes con infecciones confirmadas. Los antibióticos fueron clasificados como empíricos o dirigidos según guías clínicas y resultados microbiológicos. Los datos se obtienen derivados de los introducidos en la plataforma ENVIN-HELICS durante el periodo de estudio definido previamente.

Resultados: En terapia empírica, el meropenem mostró el mayor porcentaje de uso en todos los años analizados, con un aumento significativo en 2022 (25,6%) seguido de una disminución progresiva en 2023 (19,64%) y 2024 (13,98%). Otros antibióticos como cefepima y ceftazidima incrementaron su uso en 2023 y 2024, representando un cambio en las estrategias empíricas hacia mayor diversificación. En terapia dirigida, el meropenem también experimenta una reducción de uso (10% en 2022 frente al 4,13% en 2024) mientras que el ciprofloxacino destacó por su incremento en 2024 (10,74%). Otros antibióticos como la cloxacilina y la ceftazidima también ganaron relevancia en los últimos años. La elección del tratamiento antibiótico empírico en infecciones adquiridas intra-UCI fue apropiada de forma similar a lo largo de los años (2021: 75,08%, 2022: 68,08%, 2023: 62,56%, 2024: 73,15%), con una mayor tendencia al cambio de antibiótico por reducción del espectro en el último año (48,45 vs. 36,82% en 2023). El cambio por microorganismos no cubiertos en el periodo analizado de 2024 fue del 27,84%. Se observa además una tendencia a utilizar ciclos más cortos.

Conclusiones: El análisis refleja un cambio dinámico en las estrategias de prescripción antibiótica, con una transición hacia el uso más racional y diversificado en terapias dirigidas y empíricas. Estos hallazgos destacan la importancia de la vigilancia en el uso de antimicrobianos para optimizar tratamientos y reducir la resistencia. En este sentido, medidas como la incorporación de los programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) han demostrado ser una herramienta eficaz y segura, que disminuye y ajusta el uso de antimicrobianos en la práctica clínica.

425. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE MORTALIDAD DE INFECCIONES INTRAABDOMINALES NO QUIRÚRGICAS NO ITUS EN UNA UCI POLIVALENTE

López Cortés C, Romero Sánchez AB, Soriano Ruiz L, Llamas Fernández N, Serrano Navarro JM, Martín Ruiz JF, Triviño Hidalgo J, Ros Valverde F, Sánchez Jordán P y Guerrero Lozano IM

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Analizar la mortalidad derivada de las infecciones intraabdominales no quirúrgicas no incluyendo infecciones del tracto urinario (ITU) ni pancreatitis en los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, que incluye a pacientes ingresados en una UCI polivalente durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2019 y el 30 de noviembre de 2024 con diagnóstico de infección intraabdominal no quirúrgica excluyendo las ITU y las pancreatitis. Se incluyen un total de 66 pacientes, 45 de los pacientes provenían de la comunidad, 11 desarrollaron la infección durante su ingreso en UCI y los 10 restantes, la desarrollan en el ingreso en otra planta previo a la entrada en UCI.

Resultados: La media de edad de los 66 pacientes incluidos fue de 63,82 años, siendo el 68,2% varones. El 12,1% había estado hospitalizado previamente en el último mes, con una media de días de ingreso de 10,5%. Se observó que el 68,2% de las infecciones estudiadas eran de origen comunitario, mientras que el 31,8% restante eran de origen nosocomial, desarrollándose dentro de la propia UCI el 16,7% de las mismas. Dentro de los factores de riesgo cardiovascular, el 60,4% de los pacientes presentaban HTA, el 39,4% eran diabéticos y el 50% sufrían dislipemia. Un 42,4% de estos pacientes padecían algún antecedente de enfermedad digestiva. En relación a las escalas pronósticas de mortalidad, la media de la escala SOFA era de 7,61 puntos, una media de SAPS II de 41,8 y SAPS III de 63,26, así como una media de escala APACHE II de 21,56. El 27,3% de los individuos sufrieron una infección intraabdominal provocada por *Clostridium difficile*, con un porcentaje nada despreciable de aislamiento de *Salmonella*. Dentro de ellos, el 53% precisaron en algún momento del ingreso de la administración de drogas vasoactivas, el 25,8% necesitaron VMI (ventilación mecánica invasiva) y un 25,8% se beneficiaron de la VMNI. La media aproximadamente de días que necesitaron la VMNI fue de 6,06 días y la VMI de 23,24 días. Finalmente, el 27,3% de los pacientes incluidos en el estudio, terminaron falleciendo.

Conclusiones: De todos los pacientes que conformaban este estudio sobre infecciones intraabdominales no quirúrgicas presentan una alta mortalidad, cercana al 30%. Un alto porcentaje de los pacientes estudiados presentaban un origen comunitario. Tras analizar las diferentes variables que hemos incluido en este estudio descriptivo, hemos detectado que la mayoría de ellos presentaban factores de riesgo cardiovascular y algunos de ellos, antecedentes de patología digestiva.

426. NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA UCI DEL HOSPITAL SON LLÀTZER

Sala Carazo M, Caldentey López TJ, Brisa JI, López Feliciano P, Socías Mir A, Nieto Piñar Y, Gutiérrez Madroñal L, Ortega Alaminos M, Franco Serrano S y Del Castillo Blanco A

Hospital Son Llàtzer, Illes Balears.

Objetivos: Describir la epidemiología de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) y las características de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Son Llàtzer durante y después de la pandemia de COVID-19, así como identificación de los patógenos más frecuentes en dichas infecciones.

Métodos: Este estudio retrospectivo incluyó a los pacientes que recibieron ventilación mecánica en la UCI del Hospital Son Llàtzer entre 2020 y 2024, durante los periodos de evaluación de la base de datos ENVIN-HELICS. Los métodos incluyeron un diseño observacional retrospectivo basado en datos recolectados prospectivamente en esta base de datos. Se analizaron las tasas de incidencia de NAVM y los resultados microbiológicos. Se llevaron a cabo análisis descriptivos para identificar patrones en la población estudiada.

Resultados: Las características globales de los pacientes incluidos son en gran parte homogéneas a lo largo de los años analizados en cuanto a edad, sexo y APACHE II. A lo largo de los últimos años, la NAVM es la infección relacionada con la asistencia sanitaria más prevalente en

nuestra unidad. Respecto al total de infecciones adquiridas en UCI, la NAVM representó el 58,2% en 2020, el 44,4% en 2021, el 30% en 2022, el 33,3% en 2023 y el 27,3% en 2024. El resto de las infecciones observadas han ido variando en importancia. La tasa de NAVM, medida en episodios de NAVM por 1.000 días de VM, ha mostrado una tendencia a la baja, aunque observando un repunte en el último año. En el 2020 se documentaron 12,47 episodios de NAVM por 1.000 días de VM; en 2021 9,48; en 2022 7,09; en 2023 6,63; y en 2024 11,11. Los patógenos más comunes en el análisis del ENVIN nacional fueron principalmente *P. aeruginosa*, que se mantiene estable en primer lugar, *K. pneumoniae*, y *S. aureus* sensible a meticilina. En la UCI de Son Llàtzer los patógenos aislados son más variables, añadiendo virus y otras bacterias oportunistas en la cabecera de los microorganismos más frecuentes, aunque sin poder obtener significación estadística debido a la baja *n* de nuestra muestra.

Conclusiones: Los resultados destacan un aumento significativo en la incidencia de NAVM durante la pandemia, probablemente debido a la mayor carga asistencial, el uso prolongado de VM y las terapias inmunomoduladoras. Sin embargo, después de la pandemia, las tasas se redujeron, reflejando una mejora en las prácticas de prevención y control de infecciones. La comparación con ENVIN-HELICS muestra una concordancia general, aunque con diferencias en los patógenos predominantes.

427. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON PATOLOGÍA MÉDICA

Vázquez Yoldi A, Artaza Beltrán de Heredia A, Yeregui Baztán L, Huarte Mañú D, Lasa Berasain P, Ruiz Lucea J, Díaz de Antoñana Saéz V, Pieruccioni Karlen M, Tous Espelós A y Martínez San José N

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Describir la incidencia de infección relacionada con dispositivos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) así como las características de los pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Pacientes ingresados en UCI desde el 01/01/2024 al 31/12/2024. Recogida de datos: ENVIN HELICS. Se estudian infecciones asociadas a dispositivos: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), infecciones urinarias relacionadas con sonda uretral (ITU-SU) y bacteriemias relacionadas con catéteres (BP-CVC). Se calcula la densidad de incidencia (DI) de cada infección en relación a los días de factor de dispositivo expresado como "episodios por 1.000 días de factor de riesgo". Se recogieron variables demográficas, APACHE II, patología de base, factores de riesgo de infección, densidad de incidencia/1.000 días dispositivo.

Resultados: Ingresaron 443 pacientes. Enfermedad de base: 88% patología médica. APACHE II: 16,17 puntos (DE 6,93). Edad media: 61,03 años (DE 16,54). Varones 267 (60,27%). Estancia media: 9,06 días (DE 10,03). Mortalidad 16,33%. Comorbilidades previas: inmunosupresión 21,22%, neutropenia 3,61% y trasplante de órgano sólido 3,26%. 5,19 pacientes/100 ingresados adquirieron una infección intra-UCI. La NAVM es la infección más prevalente (42,31%) con una DI de 7,15 episodios/1.000 días de ventilación mecánica, seguida de ITU-SU (29,59%) 2,5 episodios/1.000 días sonda y BP-CVC 1,66 episodios/1000 días catéter. La ratio de utilización de los dispositivos: 0,44 ventilación mecánica, 0,78 sonda uretral, 0,93 catéter. Microorganismos aislados: Gram- 53,57%, hongos 28,57%, Gram+ 10,71%.

Conclusiones: Observamos un elevado número de pacientes inmunosuprimidos. Este hallazgo es relevante, ya que estas condiciones predisponen a los pacientes a un mayor riesgo de infecciones y prolongar su estancia hospitalaria. Se ha objetivado un descenso de la NAVM respecto a los años previos lo que podríamos relacionar con el inicio del protocolo de descontaminación intestinal selectiva. En el resto de infecciones, nuestra unidad cumple los objetivos de Proyecto Zero.

428. ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN PROTOCOLO DE DDS EN LAS TASAS DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Artaza Beltrán de Heredia A, Ruiz Lucea J, Díaz de Antoñana Saéz V, Pieruccioni Karlen M, Usieto Losfablos M, Yeregui Baztán L, Candau Rodríguez C y Martínez San José N

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Evaluar las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) tras la implantación de un protocolo de descontaminación

intestinal selectiva (DDS) para completar las 10 medidas de obligado cumplimiento del Proyecto Zero en una UCI médica con tasas pos-COVID mantenidas en 9 episodios/1.000 días de ventilación mecánica.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en pacientes ingresados en una UCI médica desde el 01/01/2024 a 31/12/2024 tras la implantación de la DDS. Recogida de datos: ENVIN HELICS. Diagnóstico de NAVM según definición manual. La DDS se aplica a todos los pacientes sometidos a ventilación mecánica más de 48 horas y hasta 2 días posextubación. Composición de la DDS: Solución de colimicina, tobramicina y nistatina. Administración orofaríngea y gástrica. No se realizó terapia sistémica con cefuroxima. Se recogieron variables demográficas, APACHE, patología base, factores de riesgo de infección, densidad de incidencia neumonía/1.000 días ventilación mecánica, diagnóstico microbiológico.

Resultados: Ingresaron 443 pacientes. Edad media: 61 años (DE 16). Varones: 60,3%. Estancia media ingreso en UCI 9,34 días (DE 10,75). Mortalidad: 16,3%. APACHE II: 17,9 (DE 8,16). El 88% de los pacientes ingresaron con una patología médica siendo de origen hematológico 28%. El 38,8% precisaron ventilación mecánica (VM). La DDS se aplicó al 98% de estos pacientes. Diagnóstico de 11 episodios de NAVM. Se realizó diagnóstico microbiológico N1 con lavado broncoalveolar (BAL) en 27,27%. La densidad de incidencia de NAVM es 7,1 episodios/1.000 días de VM. Factores de riesgo de infección: inmunosupresión: 21,22%, neutropenia 3,61%. Se diagnosticó NAVM en el 91,6% de los pacientes tras 4 días de ingreso en UCI. Microorganismos más frecuentes bacilos gram negativos en el 66,7% (*Pseudomonas aeruginosa* 25%), hongos (*Pneumocystis jirovecii* 16,7%).

Conclusiones: El primer año de la implementación de la DDS junto con el resto de medidas de Neumonía Zero, ha tenido un impacto positivo en la reducción de las tasas de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) en nuestra unidad alcanzando el objetivo de 7 episodios/1.000 días de ventilación del Proyecto Neumonía Zero.

429. USO DE CEFIDEROCOL EN PACIENTES CRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Aguilar Valero EA, Molina Cortés M, Vela Colmenero AM, Ruiz García Ml y Vela Colmenero RM

Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el uso del cefiderocol en pacientes ingresados en UCI con infección por bacterias gram negativas MDR tratados con dicho antibiótico durante al menos 72 horas.

Métodos: Es un estudio retrospectivo, observacional, de revisión de historias clínicas durante dos años (2022-2024) utilizando estadística descriptiva. Evaluamos las características clínicas de los pacientes, tipos de infección y microorganismos más frecuentes, diagnóstico al ingreso en UCI, días de ventilación mecánica y mortalidad. Además, se recogió información referente a la duración del tratamiento y si cumplían criterios de ventilación mecánica prolongada (más de 14 de ventilación mecánica o traqueostomía tras 96 horas de ventilación mecánica) que se ha visto previamente en un metanálisis que se acompaña de mortalidad hospitalaria del 29% (Lancet Respir Med. 2015;3:514-53), la puntuación SOFA en ese día y si reunía criterios de fracaso multiorgánico (al menos 3 puntos de SOFA y más de dos órganos afectados, que se acompaña de alta mortalidad hospitalaria (44,6% según Intensive Care Med. 2005;31:927-33).

Resultados: Se han analizado en total 23 pacientes, siendo el 65,2% varones. La edad media fue de 55 años (rango: 16-79), un APACHE 18. Al ingreso, el diagnóstico más frecuente fue insuficiencia respiratoria 43,5%, shock séptico con 21,7%, sepsis 17,4%, shock cardiogénico 8,7% posquirúrgico abdominal del 4,3%, fallo hematológico 4,3%. El 60,8% de los pacientes recibieron el tratamiento frente a una infección confirmada y el 26% frente a una colonización; 3 lo recibieron de forma empírica (13%). Los patógenos más frecuentes: *Stenotrophomonas maltophilia* (35%), *Pseudomonas aeruginosa* no VIM (25%), *Klebsiella pneumoniae* tipo KPC (20%), *Pseudomonas aeruginosa* tipo VIM (15%), *Enterobacter cloacae* tipo VIM (10%). La localización más frecuente fue respiratoria 76,2%. La duración media del tratamiento fue de 11 días (rango: 1-21). El 95,7% de los pacientes (22/23) estuvieron en ventilación mecánica invasiva prolongada (> 14 días o traqueostomizados durante > 96 h). El SOFA al inicio del antibiótico fue de 7 puntos (rango 1-17). Mortalidad: 34,8%.

Conclusiones: En nuestra serie el diagnóstico más frecuente en el que se utilizó cefiderocol durante > 72 horas fue la neumonía asociada a ventilación mecánica, siendo el patógeno aislado más frecuente *Stenotrophomonas maltophilia*. Se ha utilizado en pacientes con estancia prolongada, que presentaban en su gran mayoría fracaso multiorgánico

necesitando VM prolongada, situaciones que se acompañan de una mortalidad muy elevada.

430. REINTRODUCCIÓN DEL PROGRAMA RESISTENCIA ZERO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE ALICANTE

Aylagas Martínez D, Listo Quílez H, Trestini Ojeda CA, Giner Sanz L, Altred Ruiz N y Dólera Moreno C

Hospital San Juan de Alicante, Alicante.

Objetivos: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son un problema de gran importancia que, durante años, se ha intentado frenar con los avances científicos y tecnológicos, así como mediante diversos protocolos establecidos de prevención a nivel europeo y nacional. En dicho contexto nacen los proyectos ZERO, con objetivo de disminuir la incidencia y el impacto de dichas infecciones en las Unidades de Cuidados Intensivos españolas. Referente a las colonizaciones por microorganismos multirresistentes, nace el proyecto Resistencia Zero. En nuestro centro se reinician los controles rutinarios de estas colonizaciones de forma sistemática el año 2023. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de la implementación de dicha vigilancia en los años 2022, 2023 y 2024, y comparándolos entre sí.

Métodos: Se recogieron los resultados de los años 2022, 2023 y 2024, en que se ha seguido a todos los pacientes ingresados en UCI realizando cribados sistemáticos de microorganismos multirresistentes, recogiendo la incidencia de colonizaciones objetivadas mediante la realización de cultivos de frotis perineal y nasofaríngeo, con crecimiento en los mismos de microorganismos multirresistentes.

Resultados: 2022: 36 cribados, siendo resultado en 6 pacientes, 3 considerados nosocomiales (2 bacteriemias y una neumonía), resultando en una incidencia de MOMr nosocomial de 0,3%, y una densidad de incidencia de 0,8/1.000. 2023: 95 cribados, resultando positivos 15 pacientes (15,7%). De estos, 4 son considerados nosocomiales, con una incidencia de MOMr nosocomial de 0,35%, y una densidad de incidencia de 1,17/1.000. 2024 (hasta septiembre): 298 cribados, resultando positivos 28 en 19 pacientes, de los cuales 10 son nosocomiales (2 infección intra-UCI y 8 colonizaciones), con una incidencia de pacientes con MOMr nosocomial de 0,9%. La densidad de incidencia de MOMr nosocomiales ha sido 2,8/1.000. La densidad de incidencia de infección intra-UCI por MOMr ha sido 0,5 infecciones intra-UCI por MOMr/1.000 días de estancia.

Conclusiones: Los BMR más frecuentemente detectados fueron las enterobacterias BLEE. Aumento de número de pacientes seguidos y pruebas realizadas, y por tanto el número de positivos obtenidos: 36 cribados en 2022 y 95 cribados en 2023, frente a los 298 realizados hasta septiembre de 2024. Se cumple el objetivo del proyecto de RZ de infección intra-UCI de < 1,3 MOMr/1.000 días de estancia, probablemente debido a la implementación de las medidas incluidas en el protocolo.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 5

CARDIOVASCULAR 4

Moderadora: María Paz Fuset Cabanes, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

431. TROMBOASPIRACIÓN DE GRAN CALIBRE COMO TERAPIA DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Alonso Lima MV, De la Fuente López P, Sanmartín Martiñán E, Sayagués Moreira L, Barral Segade P, Lence Masa BE, Santiago Langarica A, De Larrinaga Romero I, Pérez Martín M y Rascado Sedes P

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

Objetivos: El tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) de alto e intermedio-alto riesgo cuenta con una elevada mortalidad. Su manejo

depende de la situación hemodinámica y el perfil hemorrágico del paciente. Existen diferentes tipos de intervencionismo, entre los cuales la tromboaspiración de gran calibre cada vez se utiliza más. La escasa evidencia y recomendaciones de uso de ECMO VA como soporte para el shock profundo en pacientes con TEP supone un desafío adicional a la hora de combinarlo con las estrategias de reperfusión. El objetivo de este registro es analizar la seguridad y eficacia de esta técnica en diferentes escenarios clínicos.

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TEP sometidos a tromboaspiración percutánea de gran calibre en nuestro centro desde diciembre 2023 hasta diciembre 2024, con ingreso en una unidad de críticos (Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad Coronaria). Se recogieron las características basales, parámetros respiratorios, hemodinámicos, analíticos y ecocardiográficos. También el riesgo hemorrágico, la terapia de reperfusión empleada, el soporte circulatorio y las complicaciones relacionadas con la intervención. Se hizo seguimiento durante el ingreso y se analizó la mortalidad a los 30 días.

Resultados: Diez pacientes con diagnóstico de TEPA recibieron tromboaspiración con el dispositivo FlowTrieve®. Cuatro de ellos se encontraban en situación de alto riesgo y seis en intermedio-alto. Dos de ellos bajo soporte circulatorio con ECMO VA. Dos de los pacientes incluidos recibieron fibrinólisis a dosis plenas (siendo inefectiva en ambos casos). Uno de los pacientes falleció y solo se registró un caso de complicación no mortal en relación con uso del dispositivo. Todos desarrollaron una evolución respiratoria y hemodinámica adecuada con mejoría de los parámetros ecocardiográficos de función ventricular derecha al alta de la unidad de críticos.

Conclusiones: La tromboaspiración percutánea de gran calibre mostró seguridad y eficacia en pacientes con TEP, independientemente del tratamiento antitrombótico recibido previamente o la necesidad de soporte con ECMO VA. Aunque limitada por su naturaleza observacional, nuestra serie de casos muestra resultados prometedores para estrategias de terapias combinadas (de reperfusión y/o soporte) en este perfil de paciente. Se necesitan grandes estudios aleatorizados en este contexto.

432. USO DE LA ECOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA: IMPACTO EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS Y PRONÓSTICO

Manzano Moratinos D, Avilés Parra JP, Tejera Gude F, Manteiga Riestra EM y Amor García MA

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

Objetivos: La ecografía en la parada cardiorrespiratoria (PCR) ha emergido como una herramienta prometedora para evaluar la actividad cardíaca, identificar causas tratables y guiar decisiones terapéuticas. El objetivo de este estudio es describir su utilización en diferentes situaciones durante la PCR, tras la instauración de un protocolo de uso de la ecografía en la PCR. (POCUS-CA).

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados en el Hospital Universitario Infanta Cristina entre enero y diciembre del 2024, que presentaron una PCR y fueron evaluados mediante ecografía durante el proceso de reanimación. Se recogieron variables demográficas, ritmo inicial, ventana ecográfica utilizada, si la ecografía contribuyó a detectar una causa tratable, número de exploraciones y desenlace clínico. Los datos fueron extraídos del sistema de historia clínica electrónica y registros de PCR, codificados y anonimizados para su análisis.

Resultados: Se incluyeron datos de 16 pacientes con una edad media de 67 años (43-80) siendo en su mayoría mujeres (87,5%). Los ritmos iniciales fueron: asistolia (50%), fibrilación ventricular (12,5%) y actividad eléctrica sin pulso (37,5%). La ecografía contribuyó a la identificación de causa tratable en el 19% de los casos (taconamiento cardíaco y tromboembolismo pulmonar masivo). Las ventanas ecográficas más utilizadas fueron: subcostal (50%) y apical (31,25%), con un promedio de 3,4 exploraciones por paciente durante la RCP. El uso de ecografía apoyó la toma de decisiones en todos los casos evaluados, con un desenlace de ingreso a UCI en el 37,5% y *exitus* en el 62,5%.

Conclusiones: La ecografía durante la PCR es una herramienta de apoyo útil que facilita la identificación de causas tratables, reduce la incertidumbre en relación a la etiología y/o ritmo de PCR y por lo tanto la toma de decisiones clínicas. Estos hallazgos subrayan la importancia de su integración sistemática en los protocolos de reanimación.

433. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO-ALTO

González Saez MD, Mendazona Zufía I, Sáez Felipe M, Vicente Miralles R, Díaz Barranco M, Mantilla Pinilla A, Pascual Robles MD, Plumed Martín L y Jaime Sánchez FA

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: El objetivo primario del estudio es valorar la respuesta hemodinámica a las terapias de revascularización endovascular en pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y alto. Como objetivo secundario, describir la serie de pacientes con TEP subsidiaria de este tratamiento.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados en Medicina Intensiva del HGU Dr. Balmis con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio-alto y alto entre enero de 2020 y noviembre de 2024. Para el objetivo primario se recogió la respuesta hemodinámica tras tratamiento endovascular (ratio ventrículo derecho/ventrículo izquierdo y retirada de drogas vasoactivas). Para el objetivo secundario se han recogido las variables demográficas de los pacientes (edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares y factores de riesgo protrombóticos).

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes con diagnóstico principal de TEP de riesgo intermedio-alto (TEP-IA) o alto (TEP-A), 57,3% mujeres y con edad media de 60,9 años. 45 pacientes (66%) presentaron TEP-A y 23 (34%) TEP-IA. 28 pacientes recibieron tratamiento endovascular del TEP: en TEP-IA, 4 como tratamiento primario y 5 de rescate tras anticoagulación; en TEP-A 10 como tratamiento primario por contraindicación de fibrinólisis sistémica (FS) y 9 como rescate tras FS. Se registró respuesta hemodinámica favorable (normalización ratio VD/VI y retirada de drogas vasoactivas) en 15 pacientes (53,6%): 4 (100%) en TEP-IA como tratamiento primario, 3 (75%) en TEP-IA de rescate, 2 (20%) en TEP-A primario y 5 (55%) en TEP-A de rescate.

Conclusiones: En pacientes con TEP-IA el tratamiento endovascular puede ser una buena opción terapéutica tanto como tratamiento primario como de rescate tras inicio de anticoagulación. En pacientes con TEP-A puede aportar beneficios tras FS con mala evolución hemodinámica posterior.

434. USO DE ASISTENCIAS VENTRICULARES EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO

De Mota Dengra E¹, González Sandoval L¹, Rodríguez Capilla M¹, Aguirre Martínez S² y Catalán Muñoz V³

¹Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

²Hospital Universitario de Poniente, Almería. ³Hospital Universitario Virgen Macarena (C.H.U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Estudiar las asistencias ventriculares requeridas por los pacientes con shock cardiogénico (SC) ingresados en una UCI y factores relacionados con su mortalidad.

Métodos: Análisis observacional, descriptivo e inferencial, unicéntrico y ambispectivo de una cohorte anidada desde enero 2019 hasta noviembre 2024 de pacientes que ingresan en UCI con diagnóstico de shock cardiogénico definido como presión arterial sistólica (PAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos, necesidad de drogas vasoactivas y/o inotrópicas para mantener dicha PAS y signos de congestión pulmonar o bajo gasto cardíaco asociado. Se recogieron datos demográficos, presentación clínica, necesidad de asistencia ventricular, necesidad de otros soportes orgánicos, mortalidad a los 30 días y complicaciones. Análisis univariante utilizando chi-cuadrado o test exacto de Fisher y bivariante utilizando el test de Wilcoxon relacionando la asistencia ventricular con el Vasoactive Inotropic Score (VIS) y la mortalidad.

Resultados: De los 80 pacientes incluidos en la cohorte, un 24 requirieron asistencia ventricular (30%), 9 de ellos ECMO + impella (37,5%), otros 9 balón de contrapulsación intraaórtico percutáneo (BCIAoP) (37,5%), 5 de ellos Impella (20,8%) y 1 paciente ECMO + BCIAoP. En el 54,2% de los casos la asistencia tuvo una duración menor a 5 días. La complicación más frecuente fue el sangrado en 11 de los 24 pacientes (45%), seguida de la isquemia de miembros en 3 casos (12,5%) y de la anemia hemolítica y trombopenia con 2 casos (8,3%). La mortalidad a los 30 días de nuestra cohorte fue del 55%, falleciendo el 66% de los pacientes con asistencia ventricular, sin encontrar relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y el uso de éstas (p 0,19). La mortalidad fue menor con la combinación ECMO + Impella (55%), pero

ninguna mostró una mejoría en la supervivencia de forma particular. La necesidad de asistencia ventricular muestra una asociación estadísticamente significativa con el VIS máximo a las 6 h, 12 h, 24 h y 48 h, con $p < 0,01$ en todos los casos.

Conclusiones: Un porcentaje no desdeñable de los SC precisa asistencias ventriculares, con una incidencia alta de complicaciones, aunque en su mayoría sangrado y sin asociar un aumento de la mortalidad significativo con respecto al resto de pacientes. Se aprecia una asociación entre el aumento de necesidad de aminas vasoactivas y el requerimiento de un mayor soporte circulatorio desde las primeras horas.

435. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL IMPACTO DEL CONTROL ACTIVO DE TEMPERATURA EN PACIENTES POS-PCR EN NUESTRA UNIDAD

Morente García E, Martín Castillo R, Fernández Villalba A y Zamboschi N

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

Objetivos: Análisis de los pacientes ingresados en nuestra unidad pos-PCR con GSC < 7 puntos en los que se indicó control de temperatura activo con dispositivo servocontrolado frente a los que no se indicó, analizando su evolución y desenlace.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados por PCR en nuestra unidad de cuidados intensivos de junio a diciembre de 2024. Se han seleccionado dentro de ellos, aquellos pacientes con GSC inferior a 7 puntos al ingreso como criterio para decidir el uso o no de control activo de temperatura.

Resultados: Durante el periodo de recogida de datos, se ingresaron 35 pacientes con PCR recuperada y GSC < 7 puntos, 20 de origen extrahospitalario y 15 intrahospitalarios, con una mediana de edad de 69 años (25 hombres y 10 mujeres). Se realizó control activo de temperatura en 12 pacientes (34%), buscando principalmente normotermia, con hipotermia en 4 casos seleccionados. La mediana de tiempo de PCR fue de 20 minutos, siendo un 67% de los casos desfibrilables (FV/TV). La causa más frecuente de PCR fue trombosis coronaria seguido de hipoxia. De los pacientes con control de temperatura, 8 sobrevivieron (3 con hipotermia, 5 con normotermia), de los cuales el 62,5% no presentaron secuelas. Entre los pacientes que fallecieron, 4 presentaron un tiempo de PCR de 33 minutos, desarrollaron FMO y tenían más comorbilidades. De los pacientes en los que no se indicó control activo de temperatura, fue generalmente debido a una corta duración de la PCR con recuperación de nivel de conciencia o mala situación basal, fallecieron el 65%.

Conclusiones: Se indicó control activo de temperatura en el 35% de los pacientes que ingresaron en UCI con diagnóstico de PCR y GSC < 7 puntos. El objetivo de temperatura más buscado fue la normotermia. La supervivencia en el grupo de pacientes con control activo de temperatura fue del 66,66%, la mayoría de ellos sin secuelas funcionales al alta de UCI. Del grupo de pacientes en los que no se indicó control activo de temperatura solo sobrevivió un 35%, probablemente también se deba a mayor tiempo de PCR, desarrollo precoz de FMO y mala situación basal previa, motivos por los que se decidió no realizar control activo de temperatura con dispositivo servocontrolado.

436. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PCR INTRAHOSPITALARIAS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

Morente García E, Martín Castillo R, Fernández Villalba A y Zamboschi N

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

Objetivos: Analizar el perfil de los pacientes que sufren PCR intrahospitalarias en nuestro centro, en función de edad, sexo, procedencia, presencia de fallos orgánicos previos, tipo de ritmo, tiempo de PCR y desenlace.

Métodos: Estudio descriptivo observacional. Se recogen los avisos por PCR recibidos por nuestra UCI durante un periodo de 6 meses, desde junio a diciembre de 2024. Se han analizado su distribución según edad, sexo, servicio hospitalario, fragilidad en función del índice de Charlson y su relación con el desenlace. Así mismo se han evaluado los tipos de ritmo, causa probable de la PCR y tiempo de reanimación.

Resultados: Durante el periodo de recogida de datos se registraron 52 avisos por PCR, de los cuales el 42% ocurrieron en planta de hospitalización, 15 en urgencias, 9 en UCI y 4 en hemodinámica. La media de edad de los pacientes fue de 70 años, con excepción de los de hemodinámica, que tenían 57 años en promedio. El 65% eran varones y la media

del índice de Charlson fue de 4,3, lo que indica una comorbilidad alta. En el 13% de los casos se decidió no continuar con las maniobras al llegar. El tiempo medio entre el aviso y el inicio de las maniobras fue de 3 minutos, y en 3 casos no se inició la RCP por falta de testigos. El 61% no presentaba fallo orgánico previo. El ritmo de parada inicial fue no desfibrilable (AESP/Asistolia) en el 78,8%, y la causa más frecuente de la parada fue la hipoxia y trombosis coronaria (84,6%). El tiempo medio de maniobras fue de 20 minutos, logrando la recuperación e ingreso en UCI en el 46% de los casos. De los 24 pacientes ingresados en UCI, solo 11 sobrevivieron. Los supervivientes tuvieron un tiempo medio de parada de 11 minutos, mientras que los fallecidos presentaron 25 minutos. La mayoría de estos últimos evolucionaron hacia fallo multiorgánico.

Conclusiones: La mayoría de las PCR atendidas procedían de planta de hospitalización médicas. El paciente más frecuente fue de sexo masculino con edad cercana a los 60 años con una comorbilidad alta. Siendo el FRCV más frecuente la HTA seguido de dislipemia y diabetes mellitus. Tanto el aviso como la respuesta del equipo de PCR fue precoz con un tiempo medio de 3 minutos. Coincidiendo con la literatura, la mayoría de las PCR intrahospitalarias se debieron a ritmos no desfibrilables encontrando más del 80% causas reversibles de PCR (4H/4T). Pese a un tiempo de RCP prolongado, se observó una RCE en cerca del 50% de los casos, ingresando en UCI aunque con escasa supervivencia posterior. Obviamente, aquellos que sobrevivieron tenían menor tiempo de PCR.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 6

CARDIOVASCULAR 5

Moderadora: Cristina León Moya, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla

437. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CON PCR RECUPERADA

Morente García E, Martín Castillo R, Fernández Villalba A y Zamboschi N

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

Objetivos: Analizar el perfil de paciente que ingresa en nuestra unidad con diagnóstico de PCR así como la causa más frecuente, el ritmo de parada, si se ha realizado RCP básica por testigos, tiempo de reanimación y su posible relación con el desenlace.

Métodos: Estudio observacional y descriptivo acerca de los pacientes que han ingresado en la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Virgen de la Victoria desde junio a diciembre de 2024.

	Extrahospitalaria	Intrahospitalaria
Número de casos	24	18
Ritmo más frecuente	FV/TV (62.5%)	Asistolia/AESP (61%)
RCP básica	58%	96%
Tiempo entre RCP básica-SVA	10 minutos	1 minuto
Mediana de edad	69	69.5 años
FRCV previos	75%	88.8%
Causa más probable	1º Trombosis coronaria 2º Arritmias 3º Hipoxia	1º Trombosis coronaria 2º Hipoxia
Tiempo de RCP (mediana)	20 minutos	18 minutos
GSC postparada < 7 puntos	83.3%	83%
Control activo de temperatura	29%	27.77%
FMO (2 o más órganos)	58%	72%
Índice de Charlson (> 3 comorbilidad alta)	3	5
Supervivencia	54%	55.55%

Resultados: En el periodo de tiempo de recogida de datos, se han registrado un total de 42 pacientes que han ingresado en nuestra UCI con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria recuperada, siendo el 76% varones. La mediana de edad es de 67 años. En relación a la procedencia el 57% de ellas fueron extrahospitalarias, de estas, 13 en vía pública

y 11 en domicilio y el porcentaje restante intrahospitalarias la mayoría procedente de urgencias.

Conclusiones: Coincidiendo con la literatura, el ritmo de parada más frecuente difiere, siendo más frecuente el ritmo desfibrilable en la extrahospitalaria y el ritmo no desfibrilable en la intrahospitalaria. El tiempo aproximado de RCP es similar en ambos casos siendo de una mediana de 18-20 minutos. De los pacientes que ingresan en UCI tras PCR recuperada, la causa más frecuente es la trombosis coronaria, seguida de la hipoxia en la intrahospitalaria y en la extrahospitalaria, la trombosis coronaria seguida de arritmias. Con una media de tiempo de RCP similar, la supervivencia fue similar, probablemente se deba a los pacientes con PCR intrahospitalarias a pesar de tener mayor comorbilidad y el ritmo de PCR más frecuente no desfibrilable, también recibiendo en su mayoría RCP básica y se inició RCP avanzada en menor tiempo.

438. FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO: ¿GERMEN DE UNA NUEVA ESCALA PREDICTORA DE MORTALIDAD?

Rodríguez Capilla M, Catalán Muñoz V, González Sandoval L, Aguirre Martínez S y De Mota Dengra E

Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Determinar la relación entre diferentes variables que definen al paciente con shock cardiogénico (SC) con la mortalidad a 30 días para estudiar una nueva escala más precisa junto con el VIS.

Métodos: Se realiza estudio descriptivo y ambispectivo en una UCI de 28 camas [enero 2019-noviembre 2024]. Se incluyeron a pacientes entre 18 y 90 años diagnosticados de SC, incluyendo a 80 pacientes que cumplieron criterios. Se evaluaron variables agrupadas en antecedentes personales (AP), clínica y parámetros hemodinámicos. Se utilizaron pruebas de chi-cuadrado y regresión logística univariante para calcular las odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Entre los AP, la diabetes mellitus II (p 0,015, OR 3,28 [1,26-8,57]) y la hipertensión arterial (p 0,0014, OR 4,71 [1,81-2,27]) se asociaron significativamente con mayor mortalidad; presentando la obesidad tendencia a la significación (p 0,06, OR 3,6 [0,94-14,35]). Al inicio del SC la única variable clínica significativa fue la anuria (p 0,046, OR 3,46 [1,02-1,76]); a las 24 h presentaron tendencia a la significación la oligoanuria (p 0,09, OR 2,49 [0,85-7,34]), edema agudo de pulmón (p 0,06 OR 3,08 [0,96-9,90]) e hipoperfusión (p 0,06 OR 2,81 [0,94-8,39]); a las 48 h fueron significativas la oligoanuria (p 0,036, OR 0,85 [1,09-13,65]), y tendente a la significación el deterioro neurológico (p 0,08 OR 3,4 [0,86-13,33]). Entre los factores analíticos, fueron significativos el ácido láctico al inicio (p 0,014) y a las 48 h (p 0,0006), así como la creatinina a las 24 h (p 0,05) y a las 48 h (p 0,03). En cuanto a parámetros hemodinámicos obtuvimos significación en la fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) al ingreso (p 0,027), a las 24 h (p 0,019) y a las 48 h (p 0,00018) y en la Presión Venosa Central (PVC) a las 48 h (p 0,00003). Otras variables significativas a destacar fueron: la recuperación de circulación espontánea tras parada cardiorrespiratoria (p 0,03), el uso de ventilación mecánica (p 0,023), el sangrado como complicación del uso de asistencias ventriculares y la puntuación APACHE a las 24 h (p 0,018). Como resultado tendente a la significación destacar el estado en la escala SCAI al inicio del SC (p 0,08).

Conclusiones: En futuros estudios podría analizarse una escala pronóstica para el SC que aunase valores significativos relacionados con los AP (como Hipertensión arterial o Diabetes Mellitus II), clínica en las primeras 48 h (como la anuria) y parámetros hemodinámicos y analíticos (como el ácido láctico, la creatinina, la PVC o la FEVI). Así mismo, se podría anexionar a la escala VIS para mejorar la exactitud pronóstica.

439. UTILIDAD DE LA VELOCIDAD VECTORIAL EN LA AORTA TORÁCICA DESCENDENTE

Hidalgo Martín J¹, Mesa Pérez B¹, Blanco Serrano A¹, Todaro V¹, Ramos Cuadra JÁ² y Ruiz Bailén MRB¹

¹Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. ²Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

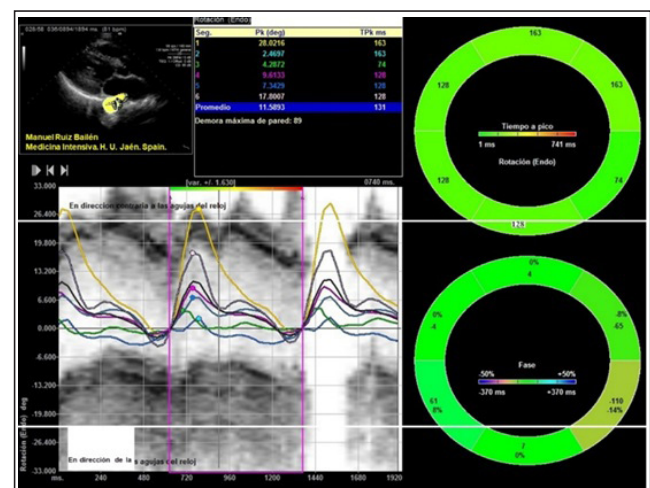
Objetivos: Evaluar los valores de speckle tracking en la aorta torácica descendente (ATD) en población sana.

Métodos: Estudio observacional que incluyó a una población sana para explorar y realizar Speckle Tracking Velocity Vector Imaging (VVI)

en la ATD mediante vistas del eje largo paraesternal. Se evaluaron los valores de deformación, velocidad y desplazamiento en la ATD y su correlación con otros parámetros ecocardiográficos.

Resultados: Se incluyeron 242 personas sanas (102 mujeres) con una edad media de 42,35 ± 16,37 años. La velocidad rotacional del ATD fue de 55,91 ± 0,22°/s, la velocidad radial del ATD fue de 0,98 ± 0,28 cm/s, la deformación circunferencial de la ATD fue de -8,98 ± 0,87%, mientras que la velocidad de deformación circunferencial fue de (-0,96 ± 0,15/s). El desplazamiento rotacional del ATD se determinó en 8,87 ± 0,36°, mientras que el desplazamiento radial fue de 0,82 ± 0,11 mm. El strain y el strain rate circunferencial de la ATD se correlacionaron con el longitudinal del ventrículo izquierdo (SVI). El desplazamiento rotacional de la ATD se correlacionó con los valores obtenidos del SVI y del SVI rate, el strain del ventrículo derecho (SVD) y la fracción de eyección ventricular izquierda evaluada mediante imágenes 3D. Las velocidades rotacionales de la ATD se correlacionaron con la SVI, SVI rate, SVD y la presión capilar pulmonar en cuña. En treinta personas, también se evaluaron la tensión, la velocidad de rotación y el desplazamiento en las proyecciones apicales de 4 cámaras y en la proyección paraesternal de eje largo. Ambas proyecciones mostraron valores similares.

Parámetro	N	Promedio	Derivación estándar
Acortamiento fraccional del área	130	0,4500	0,09
Velocidad rotacional de la aorta (°/s)	126	50,86	0,26
Velocidad radial de la aorta (cm/s)	125	0,80	0,0028
Strain circunferencial de la aorta (%)	132	-8,21	2,45
Tasa de strain circunferencial de la aorta (1/s)	128	-1,22	0,230
Desplazamiento rotacional de la aorta (°)	125	7,18	0,002
Desplazamiento radial de la aorta (mm)	102	0,87	0,004
Fracción de eyección ventricular izquierda (2D)	130	0,55	0,045
Fracción de eyección ventricular izquierda (3D)	130	0,65	0,078
Strain longitudinal global del ventrículo izquierdo	130	-21,19	5,42
Strain longitudinal global del ventrículo derecho	130	-27,82	0,22
Strain lateral del ventrículo derecho	130	-19,38	0,27



Conclusiones: El Speckle Tracking podría aportar valores de función aórtica que podría monitorizarse. Estudios posteriores deberían centrarse ahora en el cambio de estos valores en diferentes patologías.

440. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD GLOBAL Y LA SITUACIÓN FUNCIONAL TRAS LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

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 diferentes factores influyentes en el pronóstico neurológico tras una parada cardiorrespiratoria; destacando la edad,

la comorbilidad, el ritmo de parada, el tiempo de reanimación, el Glasgow Coma Score y el control activo de temperatura como más importantes. Además de establecer una relación causal con la situación funcional a los tres meses del alta hospitalaria.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las 78 paradas cardiorrespiratorias asistidas por la Unidad de Medicina Intensiva en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga) desde el 1 de junio al 31 de diciembre del año 2024.

Resultados: Los pacientes con Glasgow Coma Score posparada mayor a 8 tuvieron únicamente un fallecimiento, encontrándose el resto de casos con buena recuperación neurológica en su totalidad. Por otra parte, aquellos con puntuación menor a 8 puntos, la mortalidad se encuentra cercana al 60%. El control activo de temperatura únicamente fue indicado en 4 de los 23 *exitus*; teniendo una mediana de 70 años de edad, 6 puntos de Charlson y 52 minutos de reanimación. El grupo que no se aplicó esta medida tenía menor edad, comorbilidad y tiempo de parada; destacando que el primer ritmo detectado fue no desfibrilable en casi el 80% de estos pacientes y un porcentaje mayor al 25% se encontraba sin compromiso hemodinámico al ingreso. Respecto a los supervivientes a pesar de bajo Glasgow Coma Score, casi un tercio se encuentra con algún tipo de incapacidad; siendo individuos con 65 años de edad, 5 puntos de comorbilidad y 13 minutos de parada; aplicándose el control activo de temperatura solo a 2 de los 5 pacientes. Un total de once fueron los pacientes con bajo nivel de conciencia posparada pero buena recuperación neurológica. Respecto a las características epidemiológicas, este grupo tenía una mediana de 59 años de edad, 3 puntos de comorbilidad y 20 minutos de parada en ritmo desfibrilable hasta el 90%; habiendo empleado normotermia en 5 e hipotermia en 2 de ellos. Además, se evidencia que el objetivo fue más bajo cuanto mayor duración tenía el evento.

Conclusiones: El Glasgow Coma Score es el predictor que mejor se relaciona con la recuperación neurológica en nuestro grupo de pacientes. Los pacientes con mayor edad y comorbilidad no se optó por aplicar control activo de temperatura servocontrolado. Debe protocolizarse normotermia e hipotermia como medida de protección neurológica. La incapacidad neurológica depende de la edad, la comorbilidad y el tipo de ritmo.

441. PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Corera Cía C

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

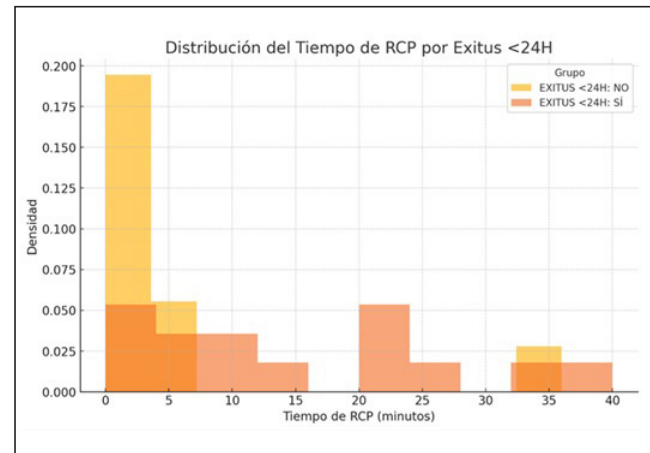
Objetivos: Describir las paradas cardiorrespiratorias (PCR) intrahospitalarias. Analizar factores asociados a la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y analítico retrospectivo que incluye pacientes hospitalizados en Hospital Galdakao-Usansolo que sufren una PCR intrahospitalaria, en la cual se inician maniobras de RCP por parte de M. Intensiva entre noviembre de 2023 y enero 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que hayan sufrido una PCR intrahospitalaria. Se excluyeron pacientes con órdenes de no reanimación (ONR), PCR extrahospitalarias y registros incompletos. Se recogieron variables demográficas y características de la PCR. Se calcula con SPSS frecuencias para variables cualitativas, mediana y rango intercuartílico (RIC 25-75) para cuantitativas. Se realiza un análisis bivariable con t de Student para valorar la asociación de las variables con la mortalidad, considerando un nivel de significación estadística con $p < 0,05$. Los datos fueron anonimizados antes del análisis y el estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital.

Resultados: Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión (3 pacientes ONR) en el periodo de estudio se analizaron 30 pacientes de los cuales 60% (20) eran varones, con una mediana de edad de 71 años (RIC 62,5-82). La mediana de tiempo de RCP fueron 4 minutos (RIC 1-18,75). En un 12% (4) se encontró un ritmo desfibrilable. Un 48% (16) fueron *exitus* en menos de 24 h. En cuanto al análisis, no se encontró una relación significativa entre ser desfibrilable/no desfibrilable y el resultado de *exitus* en menos de 24 horas. Se encuentra una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,046$) entre los tiempos de RCP de los pacientes que fallecieron dentro de las primeras 24 horas y supervivientes siendo mayores en el grupo de pacientes que fallece en las primeras 24 h.

Conclusiones: El tiempo de RCP está relacionado con el desenlace clínico en las primeras 24 horas, siendo mayor la probabilidad de supervivencia en aquellos pacientes con tiempos de reanimación más cortos.

Así mismo en el gráfico se muestra que el tiempo de RCP tiende a ser mayor en los pacientes que presentan *exitus* < 24 h.



*Limitaciones del estudio, tamaño muestral es pequeño y variables relevantes como comorbilidades, causa del paro y evolución en términos de morbilidad a medio o largo plazo no se analizaron y podrían ser relevantes.

442. ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE PRUEBAS PRONÓSTICAS TRAS LA PARADA CARDIACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

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 el total de pacientes ingresados tras una parada cardiaca recuperada; determinando la utilización de la imagen, el electroencefalograma y la enolasa como pruebas pronósticas; teniendo en cuenta factores como la edad, la comorbilidad, el tiempo de parada y el fallo orgánico posparada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de las 47 paradas cardiacas recuperadas que ingresaron y ocurrieron en la U. M. I. del H. U. Virgen de la Victoria desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2024.

Resultados: La mortalidad de las paradas intra y extrahospitalarias que ingresamos y sucedieron en la U. M. I. fue del 49%, aumentando hasta el 69% en el grupo con fallo multiorgánico y siendo nula en el grupo sin fallo. En aquellos con compromiso de un órgano se produjo un único fallecimiento en una mujer de 41 años con una parada extrahospitalaria en ritmo no desfibrilable de 1 hora y 28 minutos. Todos los pacientes con Glasgow mayor a 8 sobrevivieron sin incapacidad neurológica, reduciéndose al 40% en caso de bajo nivel de conciencia posparada. Hasta 17 pacientes de este grupo no recibieron pruebas pronósticas, encontrándose 15 en fallo multiorgánico y 2 sin compromiso, sobreviviendo el 26% y el 100% de los casos, respectivamente. Más del 50% se realizó algún estudio neurológico. La tomografía craneal fue la más utilizada, realizándose en el 47% de los casos y destacando que fue la única empleada en aquellos sin compromiso. Tras ello se encuentra el electroencefalograma y la enolasa en el 21% y 15% de los casos, respectivamente. La resonancia fue utilizada solo en 3 pacientes. Entre los individuos que fallecieron durante su estancia, un total de 16 no se realizaron pruebas; teniendo una mediana de 68 años de edad, 4 puntos de comorbilidad y 18 minutos de parada, produciéndose *exitus* en fallo multiorgánico. En 2 pacientes completamos el estudio con electroencefalograma y otros 5 necesitaron al menos tres pruebas para indicar mal pronóstico. En los supervivientes, un 79% no se benefició de pruebas pronósticas, ingresando casi la mitad sin compromiso orgánico; con una mediana de 65 años de edad, 3 puntos de Charlson y 13 minutos de parada.

Conclusiones: Puede usarse el Glasgow posparada como marcador pronóstico precoz. Nuestra unidad realiza tomografía craneal en casi la mitad de los pacientes ingresados por parada, seguida del electroencefalograma y la enolasa. La resonancia craneal ha sido indicada en pocos pacientes con mala situación neurológica. Necesitamos protocolos para

la utilización de la imagen, el electroencefalograma y la enolasa basado en datos objetivos de cara a tomar decisiones.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 7

CARDIOVASCULAR 6

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

443. EVALUACIÓN DEL TIMI SCORE COMO ESCALA PRONÓSTICA EN EL SCA MEDIANTE TÉCNICAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Segovia García de Marina L¹, Mateo Sotos J², Torres Aranda AM², Martín Rodríguez MDC¹, Portilla Botelho M¹, Muñoz Moreno JF¹, Marín Marín CM¹, Gómez Grande ML¹, Hernández Gozálves G¹ y Talavera Blanco I¹

¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Objetivos: Predecir con algoritmos de *machine learning* (ML) si el TIMI score es una buena escala pronóstica de mortalidad en los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) ingresados en una unidad coronaria llevada por intensivistas en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos recogidos de la base ARIAM entre febrero de 2010 y abril de 2023 en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se aplicó el algoritmo de eXtreme Gradient Boost (XGB) como método de ML. Este ha demostrado ser una de las técnicas más eficientes y precisas en el ámbito del aprendizaje automático supervisado. Una de las principales ventajas radica en su capacidad para manejar datos estructurados de alta dimensionalidad y su habilidad para capturar relaciones complejas entre características. Permite minimizar la función de error de manera iterativa, ajustando árboles de decisión de manera secuencial para corregir los errores de los modelos previos para análisis de los datos. La flexibilidad que ofrece permite soportar ciertos objetivos de pérdida permitiendo así la personalización de funciones según la necesidad específica del problema que se presente.

Resultados: Se incluyeron 1.243 pacientes, de los cuales 147 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. De los 1.096 que se incluyeron, 243 (22%) eran mujeres y 853 (78%) hombres. Se recogieron un total de 80 variables, entre ellas demográficas, factores de riesgo cardiovascular, parámetros analíticos, toma de fármacos (antiagregantes, diuréticos, betabloqueantes, drogas vasoactivas...) y resultados de escalas de GRACE, CRUSADE y TIMI score. De todas las variables que se estudiaron mediante el método de XGB, el TIMI score fue una de las variables con menor peso predictivo en la mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo con una sensibilidad de 95,27%, precisión de 96,59 y área bajo la curva de 95,36.

Conclusiones: Lo que si debemos referir es que la escala TIMI no tienen ninguna importancia debemos referir en nuestro método de ML. No tiene el peso suficiente en la predicción de la mortalidad de los pacientes con SCA. El método XGB ha demostrado ser un método fiable con buenos resultados de sensibilidad, precisión y área bajo la curva.

444. EVALUACIÓN DEL USO DE LOS BETABLOQUEANTES COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN EL SCA MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING

Segovia García de Marina L¹, Mateo Sotos J², Torres Aranda AM², Martín Rodríguez MDC¹, Portilla Botelho M¹, Muñoz Moreno JF¹, Marín Marín CM¹, Peral Santos A¹, Hernández Gozálves G¹ y Talavera Blanco I¹

¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Objetivos: Predecir con algoritmos de *machine learning* (ML) si la administración de betabloqueantes se relaciona con la mortalidad de los

pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) ingresados en una unidad coronaria llevada por intensivistas en el hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos recogidos de la base ARIAM entre febrero de 2010 y abril de 2023 del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Se aplicó el algoritmo de eXtreme Gradient Boost (XGB) como método de ML. Este ha demostrado ser una de las técnicas más eficientes y precisas en el ámbito del aprendizaje automático supervisado. Una de las principales ventajas radica en su capacidad para manejar datos estructurados de alta dimensionalidad y su habilidad para capturar relaciones complejas entre características. Permite minimizar la función de error de manera iterativa, ajustando árboles de decisión de manera secuencial para corregir los errores de los modelos previos para análisis de los datos. La flexibilidad que ofrece permite soportar ciertos objetivos de pérdida permitiendo así la personalización de funciones según la necesidad específica del problema que se presente.

Resultados: Se incluyeron 1.243 pacientes, de los cuales 147 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. De los 1.096 que se incluyeron, 243 (22%) eran mujeres y 853 (78%) hombres. Se recogieron un total de 80 variables, entre ellas demográficas, factores de riesgo cardiovascular, parámetros analíticos, toma de fármacos (antiagregantes, diuréticos, betabloqueantes, fármacos vasoactivos...) y resultados de escalas de GRACE, CRUSADE y TIMI score. De todas las variables que se estudiaron mediante el método de XGB, la administración de betabloqueantes es la que más peso predictivo tuvo en la mortalidad de los pacientes con una sensibilidad de 95,27%, precisión de 96,59 y área bajo la curva de 95,36.

Conclusiones: La administración de betabloqueo en los pacientes de SCA es la variable con mayor peso predictivo de mortalidad utilizando algoritmos de ML. Por tanto, la toma de estos fármacos determina la supervivencia de estos pacientes. El método XGB ha demostrado ser un método fiable con buenos resultados de sensibilidad, precisión y área bajo la curva.

445. IMPACTO DE UN MODELO INTEGRADO DE CARDIOLOGÍA Y MEDICINA INTENSIVA EN LA MORTALIDAD DEL SCACEST

Lorenzo González J, Farráis Villalba M, López Ferraz C, Domínguez González A, Marrero Rodríguez A, López Rodríguez FJ, Iriarte Plasencia A, Huertas Nieto S, Secaduras Arbelo TM y Rivero Darias A

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

Objetivos: Hasta el año 2020, nuestro hospital operaba bajo un modelo tradicional, en el cual los pacientes cardiológicos críticos de niveles 2 y 3 eran responsabilidad de Medicina Intensiva (MI). En 2021, se implementó un modelo asistencial integrado, en el que un equipo dedicado de intensivistas y cardiólogos trabaja conjuntamente en la atención de pacientes de estos dos niveles. Se establecieron como objetivos comparar la mortalidad y la estancia media hospitalaria entre ambos modelos de asistencia en el cuidado de pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST).

Métodos: Se diseñó un estudio observacional prospectivo que incluyó a todos los pacientes atendidos por SCACEST en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife durante el 2022 (modelo integrado) en comparación con una serie histórica de todos los pacientes atendidos en 2019 (modelo tradicional). La mortalidad intrahospitalaria registrada se analizó como medida de efecto ajustada mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 309 pacientes atendidos bajo el modelo integrado frente a 242 pacientes (edad media 61,5 ± 0,6 frente a 62,3 ± 0,7 años, p = 0,362). La mortalidad intrahospitalaria en 2022 se redujo un 49,5% IC95% (44,2-55,9%) con el modelo integrado. No se observaron diferencias en la mortalidad de los pacientes que ingresaron o desarrollaron *shock* cardiogénico. El *shock* cardiogénico refractario sigue siendo la principal causa de mortalidad en ambos modelos, pero la diferencia en la mortalidad intrahospitalaria se centra principalmente en aquellos pacientes que cursan con Killip I-II. En términos generales, el modelo combinado implica un NNT de 21,7 pacientes, según el análisis de las ratios de mortalidad por cualquier causa. En cuanto a la estancia media, en el análisis estratificado según el curso clínico, el cambio de modelo implicó una reducción de -1,5 días IC95% (-2,8 - -0,3, p = 0,01) en pacientes que cursaron con Killip I-II. Como limitaciones del análisis, es importante mencionar que se trata de un estudio unicéntrico y se utilizó una cohorte histórica como comparador.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que la atención integrada entre MI y cardiología en el cuidado de pacientes con SCACEST, mejora la

continuidad asistencial, disminuye retrasos, reduce significativamente la mortalidad intrahospitalaria y resulta más eficiente para el sistema.

446. SIN SABERLO ERAS UN POTENCIAL PACIENTE CORONARIO

Ballesteros Barroso M y Sánchez de Toro Hernández PJ

Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: Analizar cuántos pacientes críticos con síndrome coronario agudo presentaban factores de riesgo cardiovasculares a su ingreso sin haber sido detectados previamente.

Métodos: Muestra de 48 pacientes críticos de la UCI del HUU. Se han recogido los factores de riesgo cardiovascular (FRCV): hipertensión arterial, dislipemia, diabetes (DM), enfermedad renal crónica, tabaquismo, alcoholismo, cardiopatía isquémica previa. Datos analíticos recogidos: hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}), triglicéridos, colesterol, LpA, TSH y T4L y ácido úrico. Se han recogido los nuevos diagnósticos de diabetes, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, hiperuricemia o LpA sérico elevado. Análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: De 48 pacientes, 88% varones. Edad media 66 ± 12 años. 49% zonas comarcales, la más frecuente Úbeda. 75% SCACEST. FRCV: 49% hipertensos, 43% dislipémicos, 34% diabéticos, 2% enfermedad renal crónica, 51% fumadores, 13% enolismo, 11% cardiopatía isquémica previa. Nuevo diagnóstico de DM en un paciente. Destaca que hasta el 52% cumplían el rango de prediabetes (HbA_{1c} 5,7-6,4%) (N = 16). Se detectó un mal control glucémico en el 46% (N = 5) de los pacientes diabéticos menores de 75 años con HbA_{1c} objetivo < 7,5%, que asciende al 55% (N = 6) si perseguimos un control más estricto (HbA_{1c} objetivo < 7%). En pacientes mayores de 75 años, HbA_{1c} objetivo más laxa (< 8%), mal control solo en un paciente. Alteraciones de los triglicéridos en hasta el 30% (N = 8) de los pacientes no dislipémicos, en dos casos hipertrigliceridemia > 200 mg/dl. 19% alteraciones colesterol (N = 5), dos pacientes con colesterol total > 240 mg/dl. Hasta 7 pacientes tenían alteraciones TSH, 4 en rango hipotiroideo con T4L normal. Los otros 3 rango hipertiroidismo, con T4L aumentada. LpA sérico elevado por encima de 50 en el 19% (N = 5), solo un paciente < 50 años. Hiperuricemia en 28% de los hombres y 66% de las mujeres. En los pacientes < 50 años, de 6 pacientes 5 eran SCACEST (CD vaso culpable en 4 pacientes) y los FRCV más prevalentes fueron el tabaquismo (5/6 pacientes), hiperuricemia (3/6 pacientes), obesos (3/5 pacientes) y estado prediabético (4/6 pacientes).

Conclusiones: Es importante detectar los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, tanto en atención primaria como durante su ingreso hospitalario, para poder realizar un despistaje de alteraciones endocrinológicas que supongan más riesgo de alteraciones coronarias y así poder colaborar en la prevención de la cardiopatía isquémica.

447. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO EN LAS PRIMERAS 48 HORAS

Catalán Muñoz V, Rodríguez Capilla M, Aguirre Martínez S, De Mota Dengra E y González Sandoval L

Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Describir la evolución en las primeras 48 horas de parámetros clínicos, hemodinámicos y analíticos en pacientes diagnosticados de shock cardiogénico (SC) en una UCI de tercer nivel.

Métodos: Se realiza estudio descriptivo y ambispectivo en una UCI de 28 camas (enero 2019-noviembre 2024). Se encontraron 80 pacientes que cumplieron criterios de SC. Las variables cuantitativas (VC) se expresan como medianas acompañadas de sus rangos intercuartílicos. Las cualitativas (VCL) se expresan en porcentajes. Las (VC) se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las VCL con Chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: Al inicio del SC, la clínica fue la siguiente: 42,5% deterioro neurológico (DN), 53,75% oligoanuria (O), 21% anuria (A), 58,75% edema agudo de pulmón (EAP) y 77,5% hipoperfusión (HP); como parámetros hemodinámicos (PH) destacan: índice cardiaco (IC) 1,90 (L/min/m²) [1,40;2,20], IRVS 2.650 [2.211;3.016], saturación venosa central (SatO_{2vc}) 61% [53,5;69,1] y en relación a datos analíticos: ácido láctico 4,14 mmol/L [2,80;6,80], creatinina 1,33 mg/dL [1,03;1,61], pH 7,23 [7,16;7,33] y APACHE 17 [8,5;23,5]. A las 24 h, la clínica fue: 25% DN, 37,5% O, 20% A, 27,5% EAP y 48,7% HP; como PH destacan: IC 2,15 [1,80;2,70], IRVS 2.061 [1.634;2.458], SatO_{2vc} 69% [64;70] y en relación a datos analíticos: ácido láctico 2,19 [1,50;2,97], creatinina 1,56 [1,02;2,33],

pH 7,4 [7,33; 7,43] y APACHE 19 [14;25]. A las 48 h, la clínica fue: 16% con DN, 18,7% O, 8,7% A, 13,7% EAP y 25% HP; como PH destacan: IC 2,7 [2,08;2,95], IRVS 2.369 [1.898;2.675], SatO_{2vc} 70 [54;78] y en relación a datos analíticos: ácido láctico 1,65 [1,28;2,17], creatinina 1,48 [0,95;2,30], pH 7,42 [7,37; 7,45].

Conclusiones: Se puede observar una mejoría a lo largo de las primeras 48 h en todos los parámetros estudiados acorde con el éxito del tratamiento realizado. Sin embargo, cabe destacar la alta mortalidad intra-UCI (48%), siendo del 12,5% en las primeras 24 h, 24% en las 48 h y 55% a los 30 días. Se puede concluir, que a pesar de un tratamiento correcto, el SC tiene una alta mortalidad en los primeros días debido a la gravedad de la patología en sí.

448. SOPORTES MECÁNICOS CARDIORRESPIRATORIOS EN NUESTRA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Amat Serna T¹, Merino Pizarro N², Robles Salas MP³, Carmona Sánchez P², De la Fuente Martos C² y Robles Arista JC²

¹Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén. ²Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. ³Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Objetivos: Analizar a los pacientes adultos que ingresan en UCI tras implante de soporte cardio-respiratorio mecánico (ECMO, asistencia ventricular o Impella).

Métodos: Se han recogido los pacientes adultos que han ingresado en la Unidad de Medicina Intensiva del HURS tras implante de soporte mecánico cardiorrespiratorio, desde el 2009 hasta noviembre del año 2024. Se recogen las siguientes variables: demográficas, indicaciones, tipo de soporte, complicaciones y mortalidad. Se ha realizado un análisis descriptivo de la muestra mediante SPSS.

Resultados: 356 pacientes, 71% varones, con una mediana de edad de 53 (17-78) años. Scores a las 24 horas de ingreso: APACHE II 22 ± 4 y SOFA 9 ± 2. Indicación: SDRA 52 pacientes, inicio previo trasplante pulmonar 47 pacientes, shock cardiogénico no isquémico 43 pacientes, shock cardiogénico pos-IAM 42 pacientes, puente trasplante cardíaco 41, disfunción primaria injerto (DPI) pulmonar 35 pacientes, fallo salida CEC 29 pacientes, SDRA por COVID-19 22 pacientes, DPI cardíaco 13 pacientes, disfunción ventrículo derecho (VD) trasplante pulmonar 10 pacientes, 9 pacientes otras causas, puente trasplante pulmonar 7 pacientes, disfunción VD 3 pacientes y 3 pacientes dehiscencia sutura bronquial. Tipo de soporte: ECMO AV 250 pacientes (196 periféricas y 54 centrales), ECMO VV 84 pacientes, asistencia ventricular (16 izquierdas y 2 dobles) e Impella 4 pacientes. Número de horas de asistencia mecánica 158 horas (1-2.400). Complicaciones: De la técnica: sangrado 80 pacientes (más frecuente pericánula, 59 pacientes), trombosis en 26 pacientes, malfuncionamiento o problemas de flujo en 17 pacientes, isquemia arterial aguda 3 pacientes. Infecciosas (55%): NAMV 166 pacientes, bacteriemia 1.^a en 19 pacientes, bacteriemia 2.^a a NAVM 7 pacientes, shock séptico en tres pacientes e infección pericánula en 5. Fallo renal con necesidad de terapias de reemplazo renal (45%): Continua 147 pacientes, intermitente 2 pacientes y ambas en 12. Las complicaciones como el sangrado fueron más frecuentes en ECMO VA y las infecciosas en el grupo de ECMO VV. Todos los pacientes precisaron VMI en algún momento, días de VM (mediana): 12 (0-210). Estancia en UCI 16 días (0-260). Fallecieron el 59% (N = 209), 159 pacientes durante la asistencia, 46 pacientes tras la retirada y tres en quirófano.

Conclusiones: Los soportes mecánicos, son un tratamiento indicado cuando existe un fallo cardíaco y/o respiratorio refractario a medidas convencionales, se trata de un tratamiento que se aplica en situaciones de alta morbilidad; y la mortalidad que observamos en nuestra muestra es superior al 50%.

449. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRA-UCI DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN CON DIAGNÓSTICO DE PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Busquets A, Brito Piris JA, Cueto Quintana P y Rovira Anglés C

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: Conocer las características clínicas y evolución de los pacientes que ingresan en la UCI con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria, comparando los pacientes que sobreviven vs. los que fallecen en la UCI.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI de un hospital de nivel II, con diagnóstico de parada cardiorrespiratoria. Los pacientes se dividen en dos grupos (*exitus* en UCI sí/no). Periodo: 2017-2022. Variables analizadas: edad, sexo, HTA, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica, EPOC, patología neurológica, abuso de sustancias, tiempo de duración de las maniobras, primer ritmo, Glasgow al ingreso, tensión arterial media la primera hora, temperatura mínima y máxima las primeras 24 horas, pO₂ las primeras 24 horas, necesidad de terapia renal sustitutiva, uso de vasopresores y/o inotrópicos las primeras 24 horas y disfunción multiorgánica. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresan en frecuencias y porcentajes. Para su análisis se utilizó el test de la χ^2 . Las variables cuantitativas se expresan en medias o medianas y se comparan con las pruebas de t-Student o Mann Whitney. En ambos casos se consideró como diferencia significativa un valor $p < 0,05$. En el análisis multivariado se incluyeron las variables significativas del análisis univariado.

Resultados: Se incluyen 74 pacientes que se dividen en *exitus* ($n = 44$, 59,46%) y no *exitus* ($n = 30$, 40,45%) durante el ingreso. No hubo diferencias significativas en la edad, sexo ni comorbilidades, excepto para el antecedente de enfermedad neurológica, que fue mayor en el grupo de *exitus*. El ritmo desfibrilable, fue estadísticamente superior en los pacientes que sobrevivieron. No se observaron diferencias en la duración de las maniobras, la TAM la primera hora, la pO₂ en las primeras 24 horas, la necesidad de terapia renal sustitutiva ni en el uso de inotrópicos en los dos grupos. El Glasgow al ingreso, los días de estancia en UCI y la temperatura mínima, fueron significativamente menores en los pacientes que fallecieron. La disfunción multiorgánica y la necesidad de soporte vasoactivo, fueron significativamente mayores en el grupo de fallecidos. En el análisis multivariado de las variables significativas, solo se mantiene significativa la disfunción multiorgánica.

Conclusiones: La patología neurológica previa, los ritmos no desfibrilables, menor Glasgow al ingreso, menor temperatura, la disfunción multiorgánica y la necesidad de soporte vasoactivo se asociaron a mayor mortalidad. La disfunción multiorgánica fue el principal factor asociado a la mortalidad intra-UCI.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 8

SEDACIÓN/ANALGESIA 3

Moderadora: Isabel Madrid López, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

450. NUESTRA EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE USO DE ISOFLURANO EN LA SEDACIÓN DE PACIENTES COMPLEJOS

Mora Moreno M, Adell Gracia P, Rubio Martín A, Asensi Díez R, Gómez Gallego G y Curiel Balsea E

Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

Objetivos: Mostrar nuestra experiencia en el primer año del uso de sedación inhalada en una UCI de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes en los que se inició sedación con isoflurano (ISO) durante su ingreso entre octubre 2023 y septiembre 2024. Las variables cualitativas se expresan en número absoluto y porcentaje y las cuantitativas mediante media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico para variables asimétricas. Se han utilizado el test de chi cuadrado y de U de Mann Whitney según necesidad con un error alfa máximo del 5%.

Resultados: Se han analizado 30 pacientes siendo un 76,7% (23) varones. La gravedad al ingreso por APACHE II fue de $19,2 \pm 6,21$ puntos. Se empleó como indicación principal en 11 pacientes (36,7%) y como rescate en 19 (63,6%). El motivo de ingreso más frecuente fue posoperatorio en 11 pacientes (36,7%), SCA en 7 (23,3%) y traumatismos en 4 (13,3%). Se combinó con sedación IV en el 50% de los casos. Solo precisaron relajación un 30%. En el 96,7% de los casos se usaron a la vez opioides. El 50% (15) acabaron en traqueostomía. Fallecieron 9 pacientes (30%). La profundi-

dad de la sedación, medida mediante el dispositivo SedLine, fue de PSi $20 \pm 12,47$. Solo se registraron 6 casos de delirio (20%) tras 24 h de su retirada. Encontramos eventos adversos en 4 casos (13,3%) siendo los más frecuentes las alucinaciones. Los pacientes permanecieron sedados una mediana de 12,5 días (RIQ 6,25-23,7), de los cuales con ISO $5,6 \pm 3,9$. La mediana de días en VM fue 15,5 (RIQ 6,25-31,25). Las dosis máximas de ISO fueron de $5,15 \pm 2,27$ ml y su End Tidal espirado de $0,67 \pm 0,16$. Encontramos diferencias en las dosis de fentanilo antes y durante el uso de ISO en los pacientes con traqueostomía $5,07 \pm 3,9$ vs $4,8 \pm 2,5$ ($p = 0,039$). Se apreció disminución del uso de otros opioides pero no de manera significativa $21,6 \pm 9,8$ vs. $5,66 \pm 3,6$ ($p = 0,743$). No encontramos diferencias en las dosis de otros sedantes en el grupo de pacientes donde se utilizó como indicación principal VS rescate. No encontramos diferencias en los tiempos de despertar, obedecer o extubar en los pacientes donde se usó como indicación principal vs. rescate.

Conclusiones: El uso de sedación inhalada con ISO se ha mostrado efectiva, permitiendo la reducción del uso de relajantes en pacientes con VM. Nos ha permitido rebajar el uso de traqueostomía solo al 50%. Se han registrado muy pocos efectos adversos. El reto será mejorar el uso en indicación principal y no tanto como rescate para aprovechar algunas de sus bondades en cuanto a farmacocinética y valorar con mayor casuística si hay influencias en los tiempos de despertar y desconectar de VM.

451. FACTORES ASOCIADOS AL AHORRO DE OPIÁCEOS DURANTE LA SEDACIÓN INHALATORIA

Fernández Muñoz I, Fernández Martín-Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, García Pastor S, Jiménez Álvarez G, López Cuenca S y Pérez Torres M

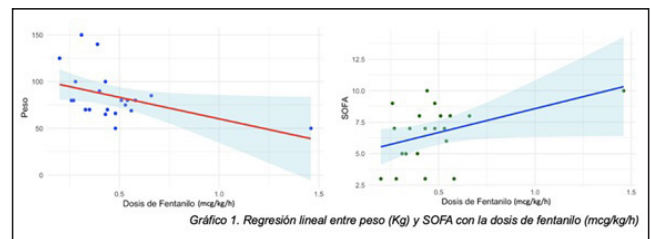
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Durante el uso de gases halogenados se ha descrito una disminución del consumo de opiáceos. Analizamos posibles factores que puedan llevar a un descenso de necesidades analgésicas en pacientes con sedación inhalatoria.

Métodos: Estudio prospectivo de casos consecutivos, unicéntrico, observacional, que incluye pacientes que recibieron sedación inhalatoria desde junio de 2022. Analizamos variables demográficas, clínicas y evolutivas. Análisis estadístico con frecuencias (porcentajes), medias (desviación estándar) y medianas (rangos intercuartílicos). Para comparación de grupos se realizó test U de Mann-Whitney, también se realizó análisis univariante con regresión lineal.

	beta	p		mediana	p
Edad	-0.006 [-0.01 – 0.002]	0.13	Sexo	Mujer 0.43	0.88
				Varón 0.44	
Peso	-0.004 [-0.008 – -0.000]	0.04	Traqueostomía	Sí 0.43	0.71
				No 0.33	
Estancia UCI (días)	-0.003 [-0.01 – 0.003]	0.59	Sedación inhalada inicial	Sí 0.43	0.71
				No 0.46	
Días ventilación mecánica	-0.003 [-0.01 – 0.004]	0.37	Sedantes adicionales	Sí 0.43	0.56
				No 0.43	
APACHE II	-0.01 [-0.03 – 0.009]	0.27	Bloqueo neuromuscular	Sí 0.45	0.91
				No 0.43	
SOFA	0.05 [-0.001 – 0.097]	0.05	Analgesia convencional	Sí 0.48	0.15
				No 0.35	

Tabla 1. Análisis univariante con regresión lineal y test U Mann-Whitney con la dosis de fentanilo (mcg/kg/h).



Resultados: Se incluyen 30 pacientes, 70% hombres, edad 57 años (± 12), estancia en UCI 25 días (15-32), APACHE II $20,3 (\pm 6)$ y SOFA $7,4 (\pm 3)$. Tiempo de ventilación mecánica 18 días (9-29), 21 requirieron traqueostomía. 34% falleció en UCI. La sedación inhalada se empleó como sedante inicial en el 20%, como único sedante en el 50% y el 50% recibió bloqueantes neuromusculares simultáneamente. 21 pacientes fueron analgésicos con fentanilo a $0,43 \mu\text{g/kg/h}$ (0,33-0,53), 4 con cloruro morfíco a $2,92 \text{ mg/h}$ (1,71-3,71) y 8 con remifentanilo a $2,26 \mu\text{g/kg/h}$ (1,93-2,44); el 57% recibía analgésicos convencionales. El análisis univariante con regresión lineal y la comparación de grupos según la

dosis de fentanilo se muestran en la tabla, representados en la figura los resultados significativos. También existe relación lineal significativa entre el peso y la dosis de remifentanilo (-5,5 [-10,2 - -0,8], $p = 0,03$).

Conclusiones: Pacientes con menor gravedad según SOFA y mayor peso requirieron menores dosis de opiáceos durante la sedación inhalatoria.

452. COMPARACIÓN DEL CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA Y VALORACIÓN DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN 2023 Y 2024

Peregrina Caño E, De la Torre Muñoz AM y Ruiz Aguilar Á

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

Objetivos: Evaluar el conocimiento, experiencia y valoración de la sedación inhalatoria (S.I.) entre los intensivistas.

Métodos: Encuesta *online* a los intensivistas de la UCI del HUVV en 2023 tras 6 meses de su uso y en 2024 tras un año.

Resultados: Todos conocen el protocolo de SI. Un 70% lo lee y un 60% conoce el registro de enfermería. Un 80-90% afirmó asistir a alguna sesión. En 2023 un 87,5% había llevado pacientes con SI pero solo el 65,5% iniciaba la terapia. En 2024 todos habían llevado pacientes con SI y un 84% había iniciado la terapia. En 2023, solo el 47% ExIOT algún paciente que tenía SI. En 2024, el porcentaje de ExIOT era similar pero con más uso de dexmedetomidina. En 2023, el 47% respondió que nunca había ExIOT con SI; del resto, un 22% refiere que fue más rápido, un 19% no notó diferencias, y un 12% más agitación. En 2024, solo un 8% no había despertado a ningún paciente con SI, un 32% afirmó un despertar más rápido y en igual magnitud no notaron diferencias respecto a iv y un 28% afirmaron despertar más agitado. En 2024 los profesionales se sienten más cómodos usando la terapia y cuando creen que no tienen experiencia, no la cambian. En 2023, el 87,5% conocía que la SI se usa para el paciente crítico que requiere VM y sedación moderada-profunda, en 2024 un 80%. En 2023 al 59% le parecía beneficiosa la SI, en 2024 solo al 52% y al resto dependía del caso. Creen que sería beneficiosa: estatus epiléptico superrefractario; sedación difícil; estatus asmático; sedación prolongada; paciente que requiera valoración neurológica frecuente. Respecto a las contraindicaciones consideran: fistula broncopulmonar significativa, un 2% en 2023, 76% en 2024; distrofia muscular, un 28% en 2023, 12% en 2024; hipertensión intracraneal, un 81% en 2023, un 84% en 2024; susceptibilidad genética a hipertermia maligna, un 91% en 2023, un 96% en 2024; 12,5% en disfunción hepática y renal en 2023, un 8% en 2024; 9% valoración neurológica frecuente en 2023, un 4% en 2024; respecto al precio de la SI, en ambos años en torno a un 80% lo desconoce; sobre los días de ventilación mecánica y estancia en UCI, en 2023 un 56% sabía que era menor mientras que en 2024 este porcentaje aumenta hasta el 72%.

Conclusiones: La SI es una terapia en auge en la que las indicaciones y contraindicaciones están cada vez más claras y los profesionales se sienten cómodos. El uso de la dexmedetomidina para la retirada de la SI da tranquilidad a los intensivistas de cara al éxito en el despertar. Es necesario continuar con jornadas de formación para el manejo de la SI.

453. USO DE SEDACIÓN INHALADA COMO PRIMERA OPCIÓN EN PACIENTES DE UCI

Giraldo Hernández A, Martín Rasero JL, Álvarez Fernández E, Fuentes Scott D, Castillo Marcos E, Miralles Soler P, Escudero del Campo A y Taberna Izquierdo MA

Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la seguridad y efectividad de la sedación inhalada con isoflurano, utilizando el dispositivo AnaConDa en pacientes de UCI. Además, se analiza la disminución en el uso de fármacos como las benzodiazepinas y los opiáceos, que son conocidos por causar efectos secundarios significativos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre pacientes ingresados en UCI que iniciaron sedación inhalada. Durante un período de 6 meses, comprendido entre junio y diciembre de 2024. Se incluyeron 17 pacientes que comenzaron con esta terapia inhalada. Las causas de ingreso fueron: 4 casos por insuficiencia respiratoria, 3 casos de *shock* cardiogénico, 3 de *shock* hemorrágico, 2 de estatus epiléptico, y el resto se debió a sepsis y problemas metabólicos.

Resultados: Los 17 pacientes incluidos en el estudio tenían una edad media de 58,41 años (IC95%: 51,40-65,41). El puntaje medio de SOFA al ingreso fue de 6,29 (IC95%: 5,02-7,5) y el de APACHE II fue de 21,35

(IC95%: 16,95-25,75). La estancia media en UCI fue de 25,37 días (IC95%: 18,03-32,72), la duración media de tratamiento con isoflurano fue de 6,17 días siendo en dos casos una duración máxima de 13 días y con una media de ventilación mecánica invasiva (VMI) de 17,18 días (IC95%: 10,7-26,7). El isoflurano se utilizó como primera opción en el 29,4% de los pacientes, mientras que en el resto se usó como alternativa cuando se administraban dos o más sedantes. En los pacientes que iniciaron con sedación intravenosa, el 100% recibió propofol como primera opción. Tras iniciar la sedación inhalada con isoflurano, se observó que el 76,47% de los pacientes logró reducir la dosis de opiáceos en más del 50%, y en el 35,3% se suspendieron completamente. Además, en el 100% de los pacientes se retiró al menos un sedante tras iniciar la sedación inhalada.

Conclusiones: El isoflurano ya está incluido en guías clínicas, como las de la SEMICYUC, como opción primaria, junto al propofol, para lograr un RASS de -4. El uso de isoflurano ha permitido mantener una sedación eficaz sin efectos adversos importantes, facilitando la reducción o eliminación de otros fármacos sedantes que están asociados a efectos secundarios significativos. Tras el estudio, podemos concluir la efectividad del isoflurano como primera línea de tratamiento en nuestros pacientes, por lo que lo recomendamos como primera opción en nuestra práctica clínica habitual.

454. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SEDACIÓN INHALATORIA INGRESADOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Aguirre Martínez S

Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Conocer la epidemiología de los pacientes en una UCI de referencia provincial en los que se usó isoflurano como agente anestésico.

Métodos: Estudio descriptivo observacional ambispectivo de los pacientes bajo sedación inhalatoria que ingresaron en una UCI entre octubre 2023 y noviembre 2024. Las variables cualitativas se muestran en porcentaje y las cuantitativas, según su distribución, en media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, de los cuales 24 (72,7%) eran varones, cuya edad media fue de 61 ± 13 años. La distribución de las comorbilidades asociadas fue: hipertensión arterial (66,7%), dislipemia (39,3%), diabetes mellitus 2 (33,3%), broncopatía (30,3%), cardiopatía (27,2%) y tabaquismo (27,2%). La mediana de APACHE II fue 17 (14-23) y en cuanto al SOFA: 45% presentaba una puntuación entre 2-7 y el 42% entre 8-11. Motivos de ingreso principales: *shock* séptico (27,3%), insuficiencia respiratoria (24,2%), *shock* cardiogénico (12,1%), deterioro neurológico (12,1%), politraumatizado (9%), parada cardiorrespiratoria (PCR) (9%) y estatus epiléptico (6%). Al ingreso se observó: fallo hemodinámico (63,6%), respiratorio (66,6%), neurológico (51,5%), renal (48,4%), hepático (21,2%) y coagulopático (27,3%). La estancia media de ingreso en UCI fue $19,2 \text{ días} \pm 24,5$, siendo la media de días de ventilación mecánica $12,6 \pm 17,1$ y la media de días de sedación de $12,3 \pm 18,6$. En el 48,5% el isoflurano se usó como primer sedante. El número de horas de uso de isoflurano fue de 28 horas (20-168). Las indicaciones de su uso fueron: sedación difícil (48,4%), síndrome de distrés respiratorio del adulto (36,3%), necesidad de bloqueo neuromuscular (21,2%), estatus epiléptico (9,1%), PCR (6,1%) y broncoespasmo (6,1%). Los efectos adversos registrados fueron: 1 caso de hipertermia maligna, 2 casos de midriasis bilateral arreactiva, 1 caso de QT alargado y 4 casos de hipotensión arterial mantenida.

Conclusiones: El empleo de isoflurano como estrategia sedativa es una alternativa al esquema convencional en los pacientes con necesidad de sedación profunda. El hecho de su inclusión como agente de primera línea en las últimas guías hace que en nuestra unidad su uso sea cada vez más prevalente.

455. EXPERIENCIA CON ISOFLURANO COMO COADYUVANTE EN CASOS DE SEDACIÓN DIFÍCIL EN UCI

Gómez González Á¹, Aguirre Martínez S², Ruiz Porras M¹, Navarro Palma E¹ y Méndez-Benegassi Cid C¹

¹Hospital Universitario Torrecárdenas (C.H.U. Torrecárdenas), Almería.

²Hospital Universitario Poniente, Almería.

Objetivos: Describir la evolución de los pacientes que ingresaron en una UCI de referencia provincial en los que se usó isoflurano como segundo fármaco sedante en situaciones de sedación difícil.

Métodos: Estudio descriptivo observacional ambispectivo de los pacientes que precisaron de sedación inhalatoria como segundo sedante que ingresaron en UCI entre octubre 2023 y noviembre 2024. Las variables cualitativas se muestran en porcentaje y las cuantitativas, según su distribución, en media y desviación estándar, o mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes que precisaron isoflurano como segundo sedante. Previamente presentaban: 41,2% propofol, 23,5% midazolam y el 35,3% con ambos. La mediana de dosis de propofol previo inicio de isoflurano fue de 3 mg/kg/h (2,1-3,9) y de midazolam fue de 10 mg/h (2,5-21). El registro de BIS previo al inicio de isoflurano fue: entre 40-60 en el 53% y > 60 en el 47%. La mediana de dosis de inicio de isoflurano fue de 4,5 ml/h (3-5). BIS a la hora de inicio de isoflurano fue < 40 en el 32,3% y entre 40-60 en el 64,76%; permitiendo disminuir la mediana de dosis de propofol a 1,8 mg/kg/h (0,2-2) y la retirada del midazolam, quedando el isoflurano a una mediana de dosis de 6 ml/h (3-8). BIS a las seis horas fue: < 40 en el 47,1% y 40-60 en el 53%, con la posibilidad de retirar el propofol, con una mediana de dosis de isoflurano de 6 ml/h (5-7). El agente analgésico utilizado fue el fentanilo, siendo la mediana de dosis del mismo al inicio del isoflurano de 0,7 µg/kg/min (0,5-0,7), a la hora de 0,7 µg/kg/min (0,4-0,7), a las seis de 0,5 µg/kg/min (0,4-1) y a las veinticuatro horas de 0,5 µg/kg/min (0,3-0,7). El 5,9% de los pacientes precisaron soporte vasoactivo con noradrenalina al inicio de la sedación con isoflurano a una mediana de dosis de 0,1 µg/kg/min (0,02-0,1) y en el 64,7% ya se encontraba pautada previamente. La mediana de dosis de noradrenalina a la hora fue de 0,1 µg/kg/min (0,04-0,2) y a las seis horas de 0,1 µg/kg/min (0,02-0,3). A los 30 minutos en el 100% de los pacientes se pudo retirar el midazolam y tan solo 2 pacientes continuaron con propofol (18,2%), pudiendo suspenderse a las 6 horas.

Conclusiones: Concluimos que la sedación inhalatoria con gases halogenados en situaciones de sedación difícil permite disminuir e incluso retirar el resto de sedantes. En cuanto a la analgesia la disminución de dosis se realizó a las seis horas, pudiendo haberse realizado de forma más precoz, siendo un área de mejora a tener en cuenta en futuros pacientes. El inicio de isoflurano no supuso la necesidad de soporte con fármacos vasoactivos en un gran número de pacientes.

456. ESTUDIO ADELPHA. ASOCIACION ENTRE DELIRIUM Y PRESENCIA DE BANDA ALFA EN EL EEG PROCESADO DURANTE LA SEDACIÓN PROFUNDA

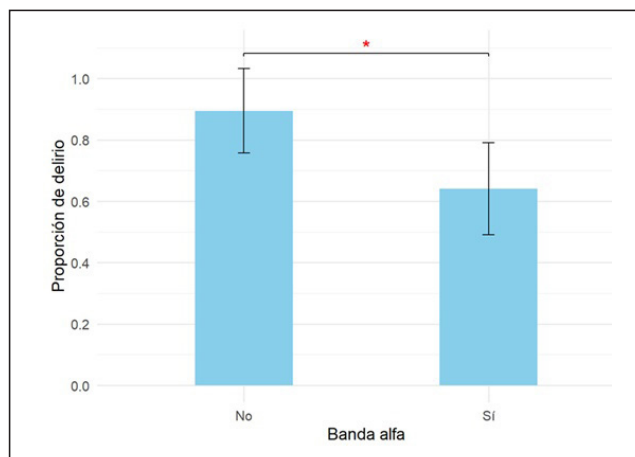
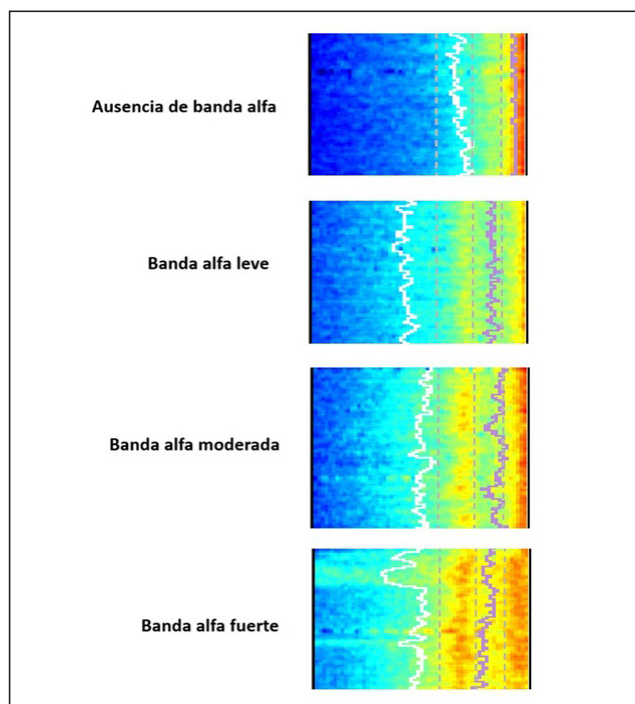
Carretero Rodrigo M¹, Amaro Harpigny A², Bueso-Inchausti García E², Romero Ortega MA² y Chamorro Jambirina C²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: El delirium (DEL) es una complicación frecuente de los pacientes críticos ventilados y sedoanalgesiados. El disponer de datos predictivos y/o predisponentes podría ayudar a poner en marcha medidas para minimizar o evitar su desarrollo. La presencia EEG de banda alfa (8-12 Hz) en la matriz de densidad espectral (MDE) en la monitorización EEG durante la anestesia general se ha asociado con una menor incidencia de DEL posoperatorio; sin embargo, este hecho está poco estudiado en el paciente crítico.

Métodos: El estudio ADELPHA (Asociación delirium/banda alfa), es un estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, en el cual se analizan los datos EEG frontales/temporales, recogidos a través de la monitorización BIS® uni/bilateral, de 58 pacientes en ventilación mecánica, bajo sedación profunda (RASS, -4,-5) con sedantes gabaérgicos (midazolam y/o propofol), durante todo el periodo de sedación profunda. La MDE de cada paciente, exportada del monitor diariamente en PDF, fue analizada por 2 investigadores y calificada visualmente en 2 grupos, de acuerdo a la ausencia o presencia de banda alfa. Este último grupo se subclasificó en otros 3, de acuerdo a la potencia de color de la banda alfa: alta (rojo intenso), media (amarillo mantenido), baja (amarillo en trazas). Al retirar la sedación se valoró la presencia y duración de DEL.

Resultados: La incidencia de DEL fue de 25/39 (64%) en el grupo con banda alfa vs. 17/19 (89%) en el otro grupo, $p = 0,042$. La duración mediana de DEL fue de 1 día en grupo banda alfa vs. 4 días en el grupo sin banda alfa ($p = 0,113$). Entre los diferentes subgrupos de banda alfa, se objetivó una mayor incidencia y duración de DEL en el grupo de baja potencia de banda alfa respecto al resto de grupos ($p = 0,040$ y $p = 0,002$ respectivamente).



Conclusiones: La ausencia de banda alfa o su presencia con potencia baja en la MDE del EEG procesado a pie de cama se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar DEL y de mayor duración en los pacientes críticos sometidos a sedación profunda con fármacos gabaérgicos.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 9

METABOLISMO Y NUTRICIÓN

Moderadora: Lidón Mateu Campos, Hospital Universitario de Castellón

457. EVALUACIÓN E INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE VITAMINA D EN EL PACIENTE CRÍTICO

Aguilar Valero EA, Molina Cortes M, Moreno Banegas J, Vela Colmenero RM, Ruiz García MI y Caba Porras I

Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: Los pacientes críticos (PUCI) muestran una tendencia de niveles muy bajos de vitamina D (VitD) asociado con una mayor morbilidad. En los pacientes con el tracto gastrointestinal (TGI) no funcionando, normalmente con nutrición parenteral (NP), su reposición es una complicación añadida. Objetivo: analizar los niveles de VitD en pacientes con NP (pNP). Valorar posibles medidas y/o cambios en la formulación de la NP para corregirlos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pNP en UCI durante un año (2023). A partir de la historia clínica y el programa de formulación NP, se registró en una base de datos: edad, parámetros antropométricos, diagnóstico, número de días con NP, fecha y valor del primer nivel sanguíneo de VitD y posteriores; pacientes con intervención (aumento de la cantidad de VitD en la NP diaria: vitalipid infant® más vian®); evolución y motivo de la suspensión en la NP. Revisión bibliográfica con las palabras clave, VitD y paciente crítico.

Resultados: Se recogieron 114 pNP. Los días con NP ($16,27 \pm 18,91$) tuvo un amplio intervalo. El primer nivel sérico de VitD de 87 pacientes están en un rango de deficiencia alta $7,29 \pm 5,91$ ng/dL (el 23,7% sin datos); su monitorización presentó una gran variabilidad. En NP, los multivitamínicos habituales (200 UI) no cubren las cantidades recomendadas actuales en PUCI (800 UI). Ante la imposibilidad de suplementar VitD sola, se añadió multivitamínico liposoluble infantil en 15 pacientes con deficiencia muy grave. El 60% de ellos, tienen solicitados niveles posteriores semanales y hubo normalización del valor en los que progresaron a nutrición enteral u oral.

Conclusiones: Los resultados obtenidos reflejan la alta prevalencia de deficiencia severa de VitD y la necesidad de implementación de un protocolo conjunto con el servicio de Farmacia para conseguir la estandarización y normalización de los niveles de VitD. Consideramos adecuada la adición de extra de VitD en la NO en PUCI de larga evolución.

458. ¿INFLUYE EL ESTADO INFLAMATORIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN LA TOLERANCIA DE LA TERAPIA MÉDICA NUTRICIONAL?

López Delgado JC¹, Moreno Pavón MJ², Yébenes Reyes JC³, Lorencio Cárdenas C³, Mor Marco E⁴, Flordelis Lasierra JL⁵, Portugal Rodríguez E⁶, Gastaldo Simeón R⁷, Trujillano Cabello J⁸ y Servià Goixart L⁸

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Idibell, Barcelona. ³Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁷Hospital de Manacor, Illes Balears. ⁸Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: El estado inflamatorio, reflejado mediante los niveles de proteína C reactiva (PCR), podrían condicionar la eficacia de las intervenciones nutricionales en los pacientes hospitalizados. El objetivo del presente estudio fue evaluar la tolerancia del aporte calórico-proteico durante la primera semana de ingreso en UCI en función del estado inflamatorio, estratificado a través de los niveles de PCR.

Métodos: Estudio observacional prospectivo multicéntrico (NCT: 03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron terapia médica nutricional (TMN) y se analizaron aquellos con determinaciones de PCR al ingreso y al 7.º d de ingreso. Los datos demográficos, las comorbilidades, el estado nutricional, el aporte calórico-proteico durante la primera semana y las complicaciones de la TMN, así como otras complicaciones y necesidades de soporte orgánico durante el ingreso, fueron registrados en una base de datos (RedCAP®). Los pacientes fueron clasificados en función del estado inflamatorio ($PCR > 0 \leq 10$ mg/dL al 7.º d) y se analizó el aporte calórico-proteico, así como los resultados clínicos, en función del mismo. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 27.0.

Resultados: Se analizaron 251 pacientes ingresados en UCI durante el periodo de estudio, de los que el 37,5% (94) tenían niveles de $PCR > 10$ mg/dL y 62,5% (157) niveles ≤ 10 mg/dL al 7.º d de ingreso. El subgrupo con niveles menores de PCR tenía una mayor proporción de paciente médico (57,4 vs. 74,5%; $p < 0,001$), un menor número de fallos orgánicos (SOFA score $8,2 \pm 3,2$ vs. $7,3 \pm 3,2$; $p = 0,028$) y un peor estado nutricional (SGA C 35,1 vs. 49,0%; $p = 0,043$) al ingreso. Este subgrupo tenía un inicio de la TMN más precoz (38,3 vs. 55,4%; $p = 0,013$), así como una tendencia a un mejor aporte medio calórico ($10,16 \pm 4,51$ vs. $11,15 \pm 4,83$ Kcal/Kg/d; $p = 0,12$) y proteico ($0,83 \pm 0,35$ vs. $0,9 \pm 0,34$ g/Kg/d; $p = 0,15$) durante la primera semana. No se objetivaron diferencias en términos de complicaciones asociadas a la TMN ni soporte orgánico. El análisis multivariable objetivó que los menores niveles de PCR

se asociaron a un mayor aporte calórico (HR: 1,661; IC95%: 1,408-1,958; $p < 0,001$), que se confirmó también en el subgrupo con nutrición enteral (HR: 1,624; IC95%: 1,383-1,907; $p < 0,001$), a pesar de un peor estado nutricional al ingreso (HR: 1,633; IC95%: 1,152-2,315; $p = 0,006$).

Conclusiones: Una mejor evolución del estado inflamatorio, objetivado mediante niveles de $PCR \leq 10$ mg/dL al 7.º d de ingreso, se asoció a una mejor tolerancia del aporte medio calórico durante la primera semana en el paciente crítico.

459. VALORACIÓN NUTRICIONAL: ECOGRAFÍA AL INGRESO EN UCI

Núñez Gómez A, Prieto Domínguez N, Martín Cuenca T, López Guillén MI, Salas Alcántara O, Godoy Tundidor V, Huerta Palacios V, Roviroso Bigot S, Yagüe Huertas M y Ruiz de Luna González R

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Utilidad de la ecografía nutricional para la evaluación de pacientes al ingreso en una unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel. Se recogieron datos clínicos, analíticos y se realizó una ecografía de recto anterior de cuádriceps y grasa abdominal durante las primeras 48 h de ingreso. Se compararon las medidas ecográficas según el estado nutricional de los pacientes basándonos en criterios analíticos y clínicos (Criterios Glim).

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con una media $\pm$ desviación estándar de edad de $68 \pm 14,3$ años. Quince (78%) eran varones. La mediana (rango) del IMC fue de $26,07 \pm 6,79$ kg/m². Once (24%) pacientes presentaban desnutrición previa según los criterios Glim. De estos pacientes, 5 (45%) de ellos ingresaron por sepsis/shock séptico. Treinta y cuatro (76%) pacientes no presentaron desnutrición por criterios de Glim. Entre ellos, la causa más frecuente de ingreso fue también la sepsis/shock séptico, que se observó en 9 (26,4%) pacientes. El valor mediano del perímetro de pantorrilla en el grupo de pacientes con desnutrición comparado con los no desnutridos fue de 33 vs. 35 cm, respectivamente; $p = 0,194$. La mediana del área ecográfica del recto anterior del cuádriceps fue de $2,67$ cm² en los pacientes desnutridos vs. $3,49$ cm² en los no desnutridos $p = 0,57$. El eje y presentó una mediana en desnutridos de $0,94$ cm en no desnutridos de $1,22$ cm ($p = 0,096$). La mediana de la medición de la grasa preperitoneal fue de $0,38$ cm en desnutridos vs. $0,56$ cm en no desnutridos ($p = 0,070$). El eje y se esperaba que resultara estadísticamente significativo, a pesar de no serlo en nuestra. Se encontraron diferencias significativas en la mediana del tejido adiposo superficial y total al comparar pacientes desnutridos vs. no desnutridos ($0,48$ vs. $0,69$ cm; $p = 0,041$ y $1,0$ vs. $1,42$ cm; $p = 0,039$, respectivamente).

Conclusiones: La ecografía como herramienta para valoración del estado nutricional en pacientes ingresados en UCI puede resultar útil, sobre todo en las medidas del tejido adiposo superficial y total. Sin embargo, harían falta más datos para establecer el significado del eje y de la grasa preperitoneal.

460. VALORACIÓN DEL PATRÓN DE OXIDACIÓN DE NUTRIENTES MEDIANTE CALORIMETRÍA INDIRECTA EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Barca Fuster A¹, Mateu Campos ML¹, Sánchez Morán F¹, Boscá Martínez B¹, Aranguren Peñaranda G¹, Navarro Alcaraz R¹, Altaba Tena S¹ y Ribes Vilar F²

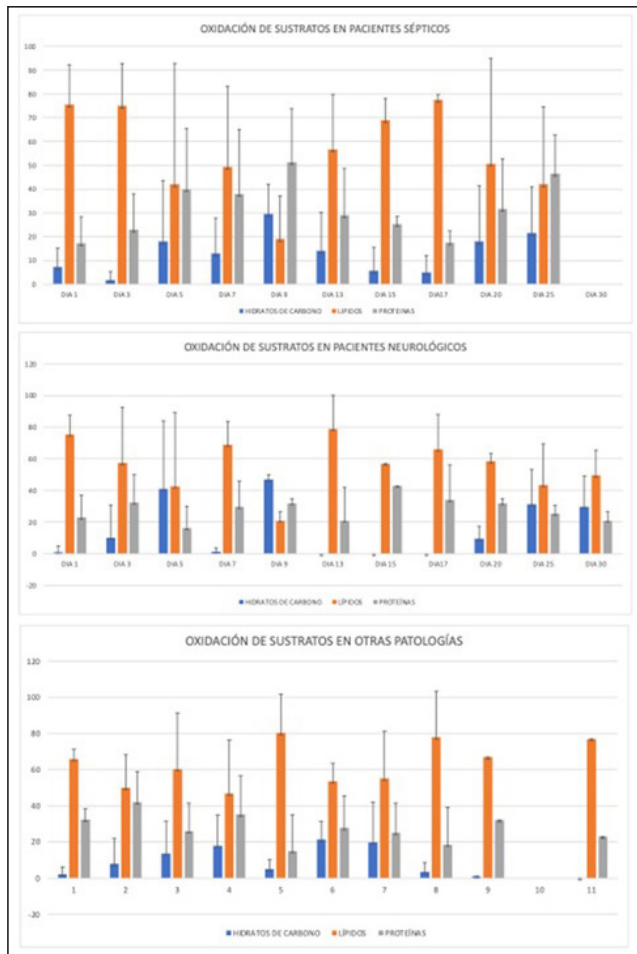
¹Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. ²Universidad Jaume I, Castellón.

Objetivos: Evaluar mediante calorimetría indirecta (CI) los patrones de oxidación de nutrientes en función de la patología y su relación con el desenlace final en términos de supervivencia.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario durante 6 meses. Se recopilaban datos demográficos, clínicos y metabólicos obtenidos mediante CI utilizando el monitor Q-NRG®. Se incluyeron pacientes con ventilación mecánica superior a 72 horas. El análisis estadístico se realizó con el software IBM SPSS Statistics versión 29.0.2.0. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ desviación estándar o como mediana y rango intercuartílico según su distribución y, las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes. Para establecer relaciones entre variables cuantitativas y cualitativas nominales, se utilizó la prueba t de Student, considerando un nivel de significación bilateral del 5%.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, con una mediana de edad de 60,11 años y 45,2% presentaban sobrepeso. El 52,4% procedían del servicio de urgencias y los diagnósticos predominantes fueron *shock séptico* (30,9%) y hemorragia cerebral (23,8%). La gravedad al ingreso fue de SAPS 3 promedio de $64,86 \pm 15,01$ (mortalidad predicha del 42,72%), Nutric-score: 3 (2-4). Un 69% recibió nutrición enteral, 16,7% parenteral, y 14,3% mixta. Se observa un predominio de lípidos como fuente principal de oxidación. La oxidación lipídica fue mayor en pacientes que fallecen respecto a los que sobreviven, sin diferencias significativas (tabla). Se observó un patrón de oxidación diferente para los grupos de patología (fig.). Del total de 105 determinaciones realizadas, 43,8% llevaron a ajustes en la nutrición (28,6% aumentos y 15,2% disminuciones).

		VIVOS	n	MUERTOS	n	p-valor
Días 1-2	Oxidación hidratos de carbono	3,50 (0,00-9,50)		0,00 (0,00-0,00)		0,497
	Oxidación lípidos	70,38 $\pm$ 6,88	8	76,33 $\pm$ 15,04	3	0,776
	Oxidación proteínas	28,50 (15,75-31,75)		22,67 $\pm$ 15,88		0,921
Días 3-4	Oxidación hidratos de carbono	0,50 (0,00-20,00)		0,00 (0,00-0,00)		0,214
	Oxidación lípidos	63,50 $\pm$ 29,28	8	61,75 $\pm$ 17,87	4	0,683
	Oxidación proteínas	27,25 $\pm$ 16,18		38,25 $\pm$ 17,87		0,283
Días 5-6	Oxidación hidratos de carbono	37 (36,00-0,00)		0,00 (0,00-20,50)		0,036
	Oxidación lípidos	13,33 $\pm$ 15,37	3	70,60 $\pm$ 26,65	5	0,071
	Oxidación proteínas	33,67 $\pm$ 23,54		21,20 $\pm$ 13,99		0,393
Días 7-8	Oxidación hidratos de carbono	6,50 (0,00-28,00)		0		0,545
	Oxidación lípidos	56,30 $\pm$ 27,26	10	48	1	0,727
	Oxidación proteínas	32,20 $\pm$ 19,37		52		0,364
Días 9-10	Oxidación hidratos de carbono	25,67 $\pm$ 17,95		22,00 $\pm$ 31,11		0,643
	Oxidación lípidos	36,67 $\pm$ 30,39	6	60 $\pm$ 55,15	2	0,643
	Oxidación proteínas	13,67 $\pm$ 23,26		18,50 $\pm$ 23,33		0,429
Día 13	Oxidación hidratos de carbono	10,20 $\pm$ 6,24		17,25 $\pm$ 14,72		0,286
	Oxidación lípidos	55,80 $\pm$ 21,23	5	66,75 $\pm$ 18,42	4	0,413
	Oxidación proteínas	33,80 $\pm$ 15,05		18,00 $\pm$ 17,10		0,286
Día 15	Oxidación hidratos de carbono	10,50 $\pm$ 16,30		18,25 $\pm$ 24,32		0,476
	Oxidación lípidos	60,67 $\pm$ 21,10	6	57,75 $\pm$ 23,7	4	0,914
	Oxidación proteínas	28,83 $\pm$ 15,47		24,25 $\pm$ 21,50		0,610
Día 17	Oxidación hidratos de carbono	0,00 (0,00-7,75)		0		0,857
	Oxidación lípidos	68,83 $\pm$ 15,65	6	96	1	0,286
	Oxidación proteínas	28,33 $\pm$ 16,40		4		0,286
Día 20	Oxidación hidratos de carbono	4,50 (3,25-22,50)				
	Oxidación lípidos	64,50 (41,25-73,00)	6		0	
	Oxidación proteínas	31,83 $\pm$ 13,39				
Días 25-30	Oxidación hidratos de carbono	73,75 $\pm$ 107,29				
	Oxidación lípidos	42,75 $\pm$ 24,11	4		0	
	Oxidación proteínas	36 $\pm$ 15,60				
Día >30	Oxidación hidratos de carbono	22,25 $\pm$ 21,76				
	Oxidación lípidos	56,50 $\pm$ 18,87	4		0	
	Oxidación proteínas	21,50 $\pm$ 4,65				



Conclusiones: Los pacientes que fallecen muestran mayor oxidación de lípidos en comparación con aquellos que sobreviven, y detectamos variaciones en los patrones de oxidación entre distintas patologías. Tras las determinaciones del GER por CI, se realizaron ajustes del aporte energético en 43,8%.

461. IMPACTO DE LA CALORIMETRÍA INDIRECTA EN LA NUTRICIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS

Pérez Sánchez MV, López Carranza M y Acosta Contento JA

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

Objetivos: Evaluar la modificación de la nutrición en pacientes críticos en función de los resultados obtenidos mediante calorimetría indirecta, durante su estancia en la UCI del Hospital Universitario de Valme en 2023 y 2024.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en pacientes de la UCI del Hospital Universitario de Valme entre 2023 y 2024, a quienes se les realizó calorimetría indirecta. Se analizaron variables como edad, sexo, motivo de ingreso, tipo de nutrición y modificaciones en la dieta tras la CI. Los datos se presentaron de forma descriptiva, con frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y medias para las cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 87 calorimetrías realizadas en pacientes de la UCI entre 2023 y 2024. Del total, el 58,6% (n = 51) fueron hombres y el 41,4% (n = 36) mujeres. La edad media fue de 62,5 años, con un rango de 19 a 85 años. Respecto al motivo de ingreso, el 54% (n = 47) ingresaron por patologías médicas y el 46% (n = 40) por causas quirúrgicas. En el 80% de los casos (n = 70), los resultados de la calorimetría indirecta llevaron a una modificación en la nutrición, ajustando las calorías administradas según las necesidades energéticas determinadas. En el 20% restante (n = 17), no hubo cambios en la dieta. En cuanto al tipo de nutrición, el 84% (n = 73) recibieron nutrición enteral, el 11,5% (n = 10) nutrición parenteral, y el 4,6% (n = 4) una combinación de ambas. La mayoría de los pacientes (87%, n = 76) se encontraban en fase crónica de la enfermedad crítica, mientras que el 13% (n = 11) estaban en fase aguda. Ninguno estuvo en fase de convalecencia.

Conclusiones: La calorimetría indirecta ha demostrado ser una herramienta útil en la UCI del Hospital Universitario de Valme para ajustar la nutrición de los pacientes críticos. En la mayoría de los casos, los resultados obtenidos de la CI provocaron modificaciones en la terapia nutricional, lo que destaca la importancia de esta técnica en la personalización de la dieta y el manejo nutricional de los pacientes. Estos hallazgos sugieren que la implementación de calorimetría indirecta contribuye a mejorar el tratamiento nutricional de los pacientes críticos en la UCI.

462. DIFERENCIAS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN FUNCIÓN DEL SEXO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UCI

García García A¹, Alonso Iglesias Á¹, Sánchez Sánchez E¹, Pozo Romero H¹, Rodríguez González DDLR² y Úbeda Iglesias A¹

¹Hospital Punta de Europa, Cádiz. ²Centro de Salud la Línea Centro-La Velada, Cádiz.

Objetivos: Determinar las diferencias en la composición corporal y el estado nutricional entre ambos sexos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, realizado en una UCI de 12 camas entre junio y diciembre de 2024. Variables: demográficas, comorbilidades y nutricionales, donde se midió la composición corporal (bioimpedancia, ecografía muscular, fuerza de agarre) y cribados nutricionales y de sarcopenia en pacientes ingresados en las primeras 24-48 horas, tomando como referencia los valores normalizados para edad y sexo. Análisis estadístico habitual. Significación estadística con p < 0,05.

Resultados: Se reclutaron un total de 33 pacientes. Se compararon mujeres vs. hombres. Edad (58,75 [54,74; 68,25] vs. 66,05 [62; 76], p = 0,178), peso (72,68 [54,93; 85,63] vs. 79,48 [72; 87], p = 0,359). Comorbilidades: neoplasia (83,34 vs. 19,05%, p = 0,001). Dinamometría (9,75 [3,5; 13,75] vs. 18,10 [2; 30], p = 0,170), encontrándose en

los percentiles ($p < 10$ [66,67 vs. 66,67%], $p \leq 50$ [25 vs. 28,57%], $p > 50$ [8,33 vs. 4,76%]. SARC-F (6,33 [4,75; 8] vs. 6,10 [4; 8], $p = 0,654$). APACHE (13,44 [12; 16] vs. 11,69 [8; 12], $p = 0,330$). Bioimpedancia: Hydra % (79,73 [73,68; 82,33] vs. 73,73 [73,5; 81,9], $p = 0,290$) (58,33 vs. 38,09%, en rango superior a la normalidad), Masa muscular (FFM) (29,67 [27,6; 31,75] vs. 34,05 [31,6; 36,10], $p = 0,004$), Masa grasa (FM) (24,65 [14,6; 32,95] vs. 20,52 [14; 26,20], $p = 0,432$) (50 vs. 71,43%, en rango superior a la normalidad), masa celular (BCM) (20,9 [17,75; 23,55] vs. 27,08 [25,10; 29,10], $p = 0,001$) (8,33 vs. 19,05%, en rangos inferiores a la normalidad), masa muscular esquelética (SMI) (9,45 [8,18; 9,7] vs. 10,17 [8,8; 10,5], $p = 0,184$) (16,67 vs. 76,19%, en rangos inferiores a la normalidad). Ecografía muscular abdominal (cm): tejido adiposo superficial (1,02 [0,82; 1,25] vs. 0,63 [0,51; 0,72], $p = 0,002$), tejido adiposo preperitoneal (1,16 [0,57; 0,87] vs. 1,12 [0,71; 1,34], $p = 1$), tejido adiposo superficie total (2,09 [1,56; 2,72] vs. 1,30 [1,02; 1,58], $p = 0,011$). Eco músculo recto femoral: tejido adiposo (2,79 [1,31; 4,28] vs. 2,62 [0,68; 4,33], $p = 0,383$), circunferencia (6,36 [1,26; 10,42] vs. 4,4 [0,61; 8,48], $p = 0,045$). GLIM (desnutrición moderada 83,33 vs. 61,94; desnutrición moderada 8,33 vs. 19,05%, $p = 0,630$).

Conclusiones: Las mujeres presentan mayor riesgo de desnutrición, mayor tejido adiposo y menor fuerza muscular, lo que subraya la necesidad de personalizar las intervenciones nutricionales según el sexo para optimizar los resultados clínicos.

463. ÁNGULO DE FASE AL INGRESO COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CRÍTICOS

Villarreal Escalante M, Guerra Sampedro J, Casteres Cortiñas I y Roca García L

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Estudiar en una población ≥ 18 años con una estancia prevista en UCI ≥ 48 horas el AF al ingreso y su relación con otros parámetros e índices pronósticos.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en una UCI polivalente de un hospital secundario de 12 camas durante el periodo de 1 de noviembre de 2024 hasta 10 de enero 2025. Variables: AF al ingreso (diferenciando los pacientes con $AF < 4$ y $AF \geq 4$), datos demográficos, índice de gravedad (SAPS 3 y APACHE II), días de ventilación mecánica, necesidad de tratamiento renal sustitutivo, agua extracelular (WEC), masa celular corporal (BCM), resistencia (Rz) reactancia (Xc), tiempo de estancia en UCI.

Resultados: Se recogieron datos de 18 pacientes, con edad mayor de 18 años (media de 60). 79% de origen médico (IRA 45%, Neurológico 20%, pancreatitis 13%, otros 2%), con IMC medio de 27 Kg/m², 80% varones. Los resultados se recogen en las tablas.

Conclusiones: Estudio observacional descriptivo no hemos encontrando diferencias relevantes en el valor de la masa celular total, y el agua celular extravascular en relación con el valor del ángulo de fase. Los pacientes con Ángulo de fase < 4 tuvieron más días de VM respecto a la muestra de pacientes con $AF \geq 4$ pero no encontramos correlación con otras variables como los días de estancia en UCI o la necesidad de terapias continuas de depuración extrarrenal.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 10

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 4

Moderador: José Luis García Garmendia, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Bormujos

464. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TRANSICIÓN UCI-PLANTA: RESULTADOS Y NECESIDAD DE INTERVENCIÓN TRAS UN AÑO DE IMPLEMENTACIÓN

Murcia Sáez IM, Gómez del Pulgar Villanueva AM, Gallego Luján C, Ruiz Cambra NA, García Martínez de los Reyes L, Matas Rubio E, Pedrero Rosario JM y García López F

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

Objetivos: Evaluar los resultados y necesidad de intervención tras un año de la implementación de un proyecto de seguimiento de pacientes en transición desde la UCI a planta.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes incluidos en proyecto de transición UCI-planta. Se incluyeron pacientes con más de tres días ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica (VM), delirium en UCI y/o debilidad adquirida en UCI (DAUCI). Se analizaron variables demográficas, gravedad mediante APACHE, días de ingreso en UCI y en planta, traqueotomía, disfagia, índice Barthel al alta de UCI y de planta, servicio de alta, tipo de intervención, reingreso y mortalidad. Se llevó a cabo un análisis comparativo para determinar qué tipo de pacientes presentaron mayor necesidad de intervención en planta.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 199 pacientes, de los cuales 120 (60,30%) fueron hombres, con una mediana de edad de 65 años (RI: 56-74), APACHE medio 16,5 DE: 8, la causa de ingreso más frecuente fue neurológica 56 pacientes (28,14%) seguida de insuficiencia respiratoria 43 (21,61%). El 48,24% (96 pacientes) requirió VM, traqueotomía 31 (15,58%), desarrollaron DUCI 57 (28,64%), disfagia 42 (21,1%) y delirio 68 (34,17%). La mediana de días de estancia en UCI fue de 7 (RI: 5-14) y en planta 10 (RI: 6,5-20). El índice Barthel al alta de UCI tuvo una mediana de 40 (RI: 40-62) y al alta de planta de 60 (RI: 40-80). El servicio de alta más frecuente fue Medicina Interna con 54 pacientes (27,14%). Se observó una tasa de reingreso del 12,06% (24 pacientes) y una mortalidad del 7,04% (14 pacientes). Requirieron intervención en planta 112 pacientes (56,28%). La intervención más frecuente fue de tipo nutricional 55 pacientes (27%) seguida de cambio de tratamiento 41 (20%). Se observó una asociación significativa entre la mayor necesidad de intervención por parte del intensivista TRANS en planta y un APACHE más elevado ($p: 0,009$), mayor número de días en planta ($p < 0,000$) y un Barthel más bajo al alta domiciliaria ($p: 0,004$). Asimismo, la DAUCI también se asoció de forma significativa con mayor intervención ($p: 0,03$). En el análisis multivariante, se mantuvieron como factores asociados independientes la puntuación APACHE, los días de estancia en planta y el índice de Barthel más bajo al alta.

Póster 463 Tabla 1. Datos de la bioimpedancia al ingreso en UCI

	Pacientes	BCM	ECW	Rz	Xc
	N (%)	(media;DE)	(media;DE)	(media;DE)	N (media;DE)
AF ingreso ≥ 4	9 (50)	15;5	51;6	273;86	25;11
AF ingreso < 4	9 (50)	17;18	57;22	236;50	12;3
Total	18 (100)	14;5	54;16	242;75	18;10

Póster 463 Tabla 2. Relación del AF con diferentes variables evolutivas

	Pacientes	SAPS 3	APACHE II	IMC	*IRA $\pm$ neumonía	Días de VM*	TRRS*** N	T° de estancia
	N (%)	(media;DE)	(media; DE)	(media;DE)	N (%)	(mediana;DE)	(%)	(mediana; DE)
AF ingreso ≥ 4	9 (50)	66;11	18;5	28;6	3 (27)	7;16	1 (11)	29;30
AF ingreso < 4	9 (50)	58;7	20;4	27;6	5 (56)	17;18	1 (11)	17;21
Total	18 (100)	62;10	19;5	27;6	8 (45)	13;17	2 (11)	22;26

VM: ventilación mecánica; TRRS: terapia de reemplazo renal sustitutivo; IRA: insuficiencia respiratoria aguda.

Conclusiones: En un programa de transición UCI-planta, se observó que los pacientes con mayor gravedad al ingreso en UCI, presencia de DAUCI, mayor dependencia según el índice de Barthel y estancia prolongada en planta requirieron con mayor frecuencia atención o intervención durante el proceso de transición.

465. EVALUACIÓN DEL PROCESO DE TRANSICIÓN DE UCI A PLANTA: PERCEPCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES

Murcia Sáez IM, Pedrero Rosario JM, Gómez del Pulgar Villanueva AM, Gallego Luján C, Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L y García López F

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

Objetivos: La transición de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a planta es un proceso crítico que puede influir en la experiencia de recuperación. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción de los pacientes sobre la información recibida, el cuidado médico y el apoyo emocional durante la transición de UCI a planta y analizar la experiencia de los familiares en cuanto a comunicación, manejo del paciente y respaldo emocional.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal mediante encuestas estructuradas a 23 pacientes y 14 familiares de pacientes que fueron transferidos de la UCI a la planta. Los criterios de inclusión para los pacientes fueron: estancia en UCI > 3 días, ventilación mecánica, *delirium* o debilidad adquirida en UCI. Las encuestas evaluaron la claridad de la información, la calidad de la atención, el apoyo emocional y la comunicación durante el proceso de transición.

Resultados: La mayoría de los pacientes encuestados fueron hombres 14 (60,9%) y el grupo etario predominante fue de 60 a 80 años 13 (56,5%). 16 pacientes (69,6%) consideró clara la información recibida sobre la transición y 18 (78,3%) calificó como positivo o muy positivo el proceso general. Los pacientes que respondieron la encuesta a > 5 días reportaron percepciones menos favorables respecto a la información, que aquellos que respondieron el primer día en planta ($p = 0,02$). Entre los familiares, el 11 (78,6%) fueron mujeres, con un rango de edad predominante de 40-60 años (57,1%). 12 familiares (85,7%) consideró que la información sobre la transición fue clara y completa, mientras que 10 (71,4%) percibió que la transferencia se realizó de manera segura y a tiempo. En cuanto al apoyo emocional, 11 (78,6%) manifestó sentirse bien respaldado, aunque 5 (35,7%) indicó que no se ofreció orientación suficiente sobre los cuidados posteriores. La evaluación general del proceso fue positiva o muy positiva en el 92,9% de los casos.

Conclusiones: La percepción global del proceso de transición UCI-planta fue mayoritariamente positiva, con buenos resultados en atención médica y comunicación. Sin embargo, los pacientes con estancias más prolongadas en planta y algunos familiares manifestaron deficiencias en la información y orientación recibida. Se recomienda reforzar la comunicación durante la transición y ofrecer un mayor soporte informativo y emocional a los familiares, así como realizar encuestas después de las primeras 24-48 horas en planta para una evaluación más representativa del proceso.

466. EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DEL PACIENTE AÑOSO QUE INGRESA EN MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

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

Objetivos: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define envejecimiento como el «proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen limitación de la adaptabilidad del organismo en la relación al medio». Dentro de la clasificación por edades se define a un paciente como muy anciano cuando es mayor de 80 años. El envejecimiento de la población conlleva un aumento del gasto sanitario debido a una mayor demanda de atención sanitaria. **Objetivo:** caracterizar la cohorte de pacientes mayores de 80 años que ingresaron en un periodo de 48 meses en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes mayores de 80 años que ingresaron en Medicina Intensiva desde enero de 2021 hasta diciembre de 2024.

Resultados: En el periodo analizado ingresaron 205 pacientes mayores de 80 años, la media de edad fue de 82 años (80-97 años), siendo 47,3% mujeres (97). Registramos un APACHE medio de 18,8 (8-40) y SAPS 2 medio de 46 (10-97). La mortalidad durante su ingreso en UMI fue del 30%. La estancia media en UMI fue de 5,14 días (0- 43). El 54% de los pacientes dados de alta hospitalaria era independiente para actividades básicas de la vida diaria. Los motivos principales de ingreso fueron accidentes cerebrovasculares (25,9%) Patología cardiológica aguda (edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca y síndrome coronario agudo) (15,6%). Sepsis (11%), PLT (10%) COVID (10%), Infección respiratoria no COVID (5%). El 22% restante fue por otras causas. Se estableció limitación del esfuerzo terapéutico en un 41,4% de los pacientes, de los cuales un 6% fue al ingreso en medicina intensiva, y un 34% tras mala evolución clínica.

Conclusiones: La decisión de ingreso en UMI del paciente anciano mayor es siempre controvertida, debería estar motivada por criterios de fragilidad más que por la edad en sí, la elevada mortalidad puede deberse a un mayor APACHE. Un 85% de los pacientes dados de alta del hospital tras su ingreso en UMI, es independiente o presenta un grado de dependencia leve.

467. MORTALIDAD OCULTA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Aguilera García C, Santiago Triviño MÁ, Pérez Bazaga LJ, Raya Rojas L, Álvarez Peña M, Salve Machuca C y Morocho Guadalajara AP

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

Objetivos: Observar la mortalidad oculta y la situación funcional a los 6 meses de los pacientes traqueostomizados dados de alta de una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y unicéntrico desde 1/01/2023 al 30/06/2024 obteniendo los datos a partir de registros de pacientes incluidos en sistemas informáticos locales JARA e Innovian. Los datos se incluyeron en una base de datos generada en Excel correlacionando los diversos factores demográficos y clínicos.

Factores clínicos de Mortalidad Oculta	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	6	60%
Diabetes Mellitus	2	20%
Insuficiencia Cardíaca Crónica	0	0
Insuficiencia Renal Crónica	1	10%
Terapia de Reemplazo Renal	0	0
Hepatopatía Crónica	1	10%
EPOC/SAOS	2	20%
Sobrepeso/Obesidad	4	40%
Patología cervical	1	10%
Inmunosupresión	2	20%
Tratamiento Anticoagulante Previo	0	0
Cirugía urgente	7	70%
Drogas vasoactivas	1	10%
Drenaje ventricular externo	5	50%
Decanulados intrauci	0	0
Decanulados extrauci	1	10%
Escala SOFA (media)	3,1	
Escala APACHE II (media)	17,5	
Días ingreso (media)	16,1	

Tabla 1. Frecuencia de factores clínicos de mortalidad oculta.

Resultados: De los 1.644 pacientes recogidos, a 56 pacientes se les realizó una traqueotomía. En su mayoría por bajo nivel de consciencia (46,43%) seguido de aquellos con polineuropatía del paciente crítico (42,86%). De los pacientes supervivientes que fueron alta de UCI (76,79%, 43 pacientes) el 58,14% de estos eran dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD) y 23,26% fallecieron posteriormente (la mitad en menos de 1 año) por sepsis en su mayoría. La media de edad era de 64,7 y el 60% eran varones. Para los factores clínicos analizados remitir a la tabla 1. El motivo de ingreso de estos pacientes fue del 90% por

causas neurológicas. En los pacientes DABVD supervivientes se vio que la media de edad era de 52,6 y que el 64% eran varones. Para los factores clínicos analizados remitir a la tabla 2. El motivo de ingreso de estos pacientes fue del 88% por causas neurológicas.

Factores clínicos de los pacientes DABVD	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	12	48%
Diabetes Mellitus	3	12%
Insuficiencia Cardíaca Crónica	0	0
Insuficiencia Renal Crónica	1	4%
Terapia de Reemplazo Renal	0	0
Hepatopatía Crónica	0	0
EPOC/SAOS	3	12%
Sobrepeso/Obesidad	9	36%
Patología cervical	1	4%
Inmunosupresión	2	8%
Tratamiento Anticoagulante Previo	1	4%
Cirugía urgente	15	60%
Drogas vasoactivas	12	48%
Drenaje ventricular externo	10	40%
Decanulados intrauci	4	16%
Decanulados extrauci	13	52%
Escala SOFA (media)	3,28	
Escala APACHE II (media)	13,4	
Días ingreso (media)	27,48	

Tabla 2. Frecuencia de factores clínicos de pacientes DABVD.

Conclusiones: Como vemos en nuestro estudio el porcentaje de mortalidad oculta no es despreciable teniendo en cuenta el tamaño muestral, así como la calidad de vida que presentan los pacientes tras un ingreso en una UCI a los 6 meses, siendo más de la mitad DABVD. Esto sugiere la necesidad de algún sistema pronóstico para la selección adecuada de los enfermos ya que la mayoría de estudios se centran en la supervivencia hospitalaria sin seguimiento posterior ni tampoco en el grado de repercusión funcional que también debería formar parte para valorar los resultados de una UCI. Puntualizar la inexistencia en nuestro hospital de una unidad de cuidados intermedios que podría influir en la mala evolución de estos pacientes tras un ingreso prolongado en UCI.

468. ANÁLISIS DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX A MODO DE CONTROL

Morala Vega P, Sánchez-Chiquito Palmero P, Díaz Díaz D y Palencia Herrejón E

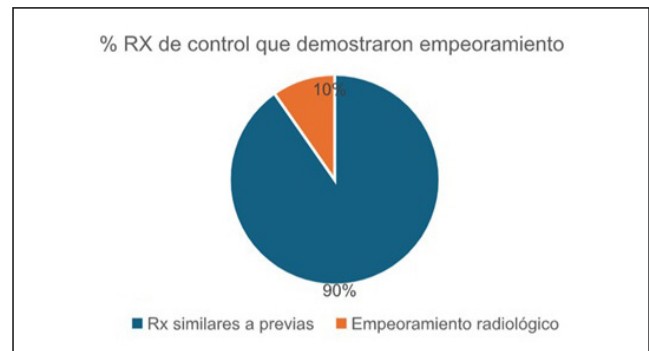
Hospital Universitario Infanta Leonor (C.H. Infanta Leonor), Madrid.

Objetivos: Analizar la rentabilidad diagnóstica de las radiografías de tórax que se realizaron a modo de control (Rx de control) en UCI mediante un análisis del porcentaje de ellas que demostraron cambios a peor.

Métodos: Durante un periodo de tiempo de 6 meses en el año 2024 en una unidad de cuidados intensivos de 8 camas en un hospital de segundo nivel se realizó un registro del número de radiografías totales realizadas, así como las Rx de control, es decir, aquellas no justificadas tras la realización de técnicas invasivas. Posteriormente, se analizó el número de Rx de control que se informaron en la historia clínica como un empeoramiento en el patrón radiológico o la aparición de nuevos hallazgos patológicos.

Resultados: 189 pacientes incluidos (122 hombres) con una edad media de 64,89 años (DE 16,64) y con una estancia media en UCI de 5,28 días (DE 6,58). Las comorbilidades más relevantes fueron (57,4% HTA, 32,8% DM2 y 42,85% DLP) y patología pulmonar crónica en el 40,21% (43,43% EPOC; 25% AOS; 17,12% asma; 6,57% neoplasia; 3,94% TEP y 3,94 EPID). Durante el ingreso, un 48,67% desarrollaron patología pulmonar aguda (siendo los más frecuentes NAC 23,58%, EAP 22,5%, neumonía nosocomial 20,35%, AEPOC 11% y SDR 9,67%, TEP 4,3%, asma 4,3%, EPID 2,15% y NAVM 2,15%) y falleció un 12,16%. Se realizaron 498 radiografías de tórax, de las que el 60% fueron de control, habiéndose evidenciado cambios que sugiriesen un empeoramiento o aparición de nuevos hallazgos patológicos en 29 de ellas, el 9,69% del total, siendo el porcentaje restante informadas en la historia clínica como similares a previas o presentando mejoría radiológica. Adicionalmente, podemos extraer que

el número necesario de radiografías a realizar para detectar una con empeoramiento significativo es de 10,31.



Conclusiones: La realización de Rx de control ha demostrado una baja rentabilidad diagnóstica que, adicionalmente, supone un incremento de las dosis de radiación innecesaria recibida por los pacientes.

469. VARIABILIDAD EN EL MANEJO Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ANCIANOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO OPICU

García García M¹, Barbero Garrote S¹, Herrán Monge R¹, Blanco Schweizer P¹, López Barral E¹, Cuenca Rubio C¹, Villalba Artola M¹, Olmos Linares AM¹, Monge Donaire D² y Muñoz González S³

¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²Hospital Virgen de la Concha (C.A. de Zamora), Zamora. ³Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C.A.U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolutivas de pacientes ancianos ingresados en distintas UCI. Identificar las diferencias existentes respecto gravedad, consumo de recursos y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional de cohortes prospectivo multicéntrico (4 centros; A, B, C y D). Se incluyeron pacientes > 75 años ingresados en UCI (02-11/2024). Se registran variables clínicas, consumo de recursos, adecuación de tratamiento de soporte vital (ATSV), mortalidad y situación funcional a los 30 días con escala Rankin modificada (mR). Se excluyeron pacientes con motivo de ingreso cardiológico (estudio previo con diferencias evolutivas significativas*). Se expresan como mediana (IQR) o N (%). Se utilizaron test estadísticos según correspondiera (χ^2 , U Mann Whitney). Significación $p < 0,05$.

Resultados: N = 232. Hombres 64%; edad media 80 (77-82,6). APACHE II ingreso 20 (16-26); Índice Barthel 100 (90-100); SOFA ingreso 5 (3-7). Ventilación mecánica invasiva (VM) 44%; VM no invasiva (VMNI) 15%; vasoactivos 51%; Terapia de reemplazo renal (TCRR) 6,5%. Supervivencia UCI 85%; hospitalaria 79%. Las principales diferencias entre centros se observan en la tabla. No se observan diferencias en el desarrollo de debilidad adquirida, delirio ni en la rehabilitación. Tampoco en el uso de benzodiazepinas o TCRR.

N	A (95)	B (23)	C (22)	D (92)	p
CFS (5-9) ingreso (%)	34	20	18	9,8	< 0,01
Charlson	5 (4-7)	3 (1-4)	2,5 (1-4)	3 (2-4)	< 0,01
Motivo ingreso (%)					< 0,01
Neurológico	27	13	4	26	
Respiratorio	21	17	13,6	5	
Sepsis/Shock	20	30	27	18	
Otros	19	26	32	35,9	
No programado (%)	97	90,5	86,4	71,7	< 0,01
ATSV ingreso (%)	16,8	8,7	9,1	9,8	0,4
ATSV estancia (%)	30,5	17,4	18,2	14	0,04
VM (%)	33,7	26,1	40,9	60,9	< 0,01
Sedación (%)	35,8	30,4	45,5	63	< 0,01
Mortalidad UCI (%)	23	14,3	13,6	8,7	0,07
Mortalidad hospital (%)	29,3	22,7	31,8	9,4	0,03
Discapacidad grave (mR 4-5) 30d del alta (%)	18	23,8	10	22,6	< 0,01

Conclusiones: Los ancianos ingresados en UCI presentan buena situación funcional previa, elevada gravedad al ingreso y consumo de recursos, con alta mortalidad. El ingreso en UCI se asocia a un deterioro de la

situación funcional en los supervivientes, presentando una quinta parte discapacidad grave. Existen diferencias entre centros respecto al nivel de comorbilidad, gravedad al ingreso y consumo de recursos, atendiendo a una población similar, reflejando heterogeneidad.

*Comunicación 127, Congreso SEMICYUC 2024.

11:40-12:00 h

DEFENSA PÓSTERES PANTALLA 11

TOXICOLOGÍA/ NUEVAS TECNOLOGÍAS

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

470. ACIDOSIS LÁCTICA EN CONTEXTO DE TOMA DE METFORMINA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

Chicote Álvarez E, Lizama Gómez NG, Arlabán Carpintero M, Camino Ferró H, Feo González M, Mainar Gil I, Calleja Muñoz V, Íñiguez de Diego A, Gómez Camino S y Corta Iriarte L

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

Objetivos: La metformina es ampliamente utilizada para el tratamiento de diabetes mellitus. Su uso está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal aguda y en situaciones en las que pueda alterarse la función renal. Esto se debe al riesgo de desarrollar acidosis láctica asociada a metformina (MALA). Esta complicación es muy grave y potencialmente fatal. Presentamos nuestra experiencia a lo largo de 10 años.

Métodos: Se revisaron ingresos producidos en el Servicio de Medicina Intensiva (UMI) de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de “acidosis metabólica”, “acidosis láctica” y “acidosis láctica asociada a metformina” desde enero 2014 hasta diciembre 2024. Se excluyeron los pacientes menores de 18 años. Se recogieron de 72 casos. Se excluyeron 61 pacientes por encontrarse un diagnóstico diferente a MALA. Se recogió a través de la historia clínica electrónica el sexo, edad, días de estancia en ICU y hospitalaria, antecedentes personales, presencia de infección o cirugía reciente previa, desarrollo de insuficiencia renal aguda, necesidad de intubación orotraqueal, de fármacos vasoactivos, de diálisis convencional (y número de sesiones) o hemodiálisis venovenosa continua y valores analíticos (pH en sangre, lactacidemia, potasio en sangre, niveles de metformina en sangre).

Resultados: Del total de 72 casos recibidos se incluyeron en la revisión 12 casos. Nueve casos fueron varones (75%) y la edad media fue de 75,33 años. Ninguno de los casos tenía como antecedente insuficiencia renal crónica pero todos presentaron insuficiencia renal aguda al ingreso. El 75% contaba diarrea/vómitos y dos casos habían sufrido cirugía reciente. Al ingreso presentaban pH sanguíneo de 7,0 y lactacidemia media de 105,3 mg/dL (normal < 20) con intervalo 49-153 mg/dL. En diez pacientes fue necesario iniciar vasopresores. En once casos se utilizaron terapias de reemplazo renal, 6 de ellos mediante TCRR en un primer momento y 9 de ellos hemodiálisis convencional (bien como primera opción o después de TCRR). Un paciente falleció (se detectó enfermedad metastásica avanzada y se decidió adecuación de esfuerzo terapéutico). En cuatro pacientes se extrajeron niveles de metformina en sangre, siendo de 13,88, 22,67, 31 y 34,29 µg/mL (tóxico > 5 µg/mL).

Conclusiones: Ante sospecha de MALA se deben iniciar medidas de soporte y TRR de la manera precoz ya que la evolución suele ser favorable. Asimismo, creemos que es una entidad infradiagnosticada ya que puede confundirse con situaciones como la sepsis, por lo que consideramos que se deben pedir niveles de metformina en plasma a los pacientes en los que se sospeche.

471. “RAÍCES MORTALES”. INTOXICACIÓN POR *OENANTHE CROCAT*. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS INGRESADOS EN UNA UCI

Castro P

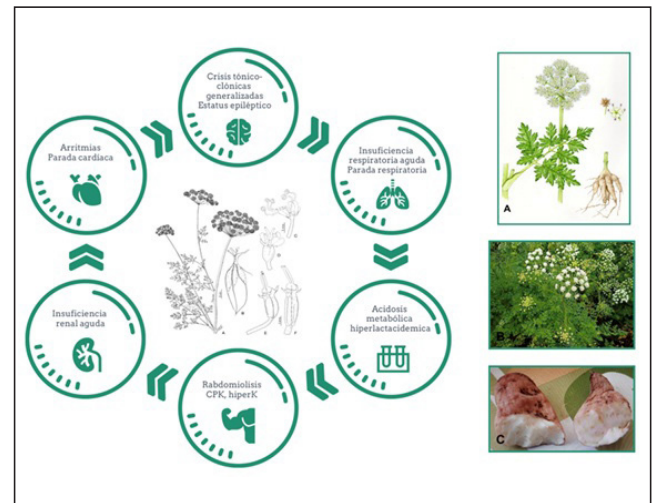
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

Objetivos: *Oenanthe crocata*, nabo del diablo o zanahoria venenosa es una planta que crece en zonas húmedas de Europa y España. Contiene potentes toxinas que afectan al SNC y pueden provocar convulsiones, insuficiencia respiratoria e incluso la muerte. Debido a su semejanza con plantas comestibles, los casos de intoxicación pueden ocurrir tras la ingesta accidental, especialmente en entornos rurales. Dado el bajo n.º de casos documentados, se ha realizado una revisión bibliográfica de la limitada literatura científica disponible sobre esta intoxicación poco frecuente pero potencialmente letal.

Métodos: Se describen 3 casos que ingresaron en UCI del H. Álvaro Cunqueiro de Vigo.

CASO 1	CASO 2	CASO 3
Varón 25 años, ingesta de “zanahoria silvestre”	Varón 48 años, ingesta de “yuca”	Varón 38 años, ingesta de “yuca”
Ingesta de 1 tubérculo entero	Ingesta de 2-3 tubérculos	Ingesta de pequeño trozo para cata
30 min: náuseas, vómitos, MEG	20 min: MEG	
60 min: 2 episodios de crisis tónico-clónicas generalizadas + TCE secundario	30 min: >10 episodios de crisis tónico-clónicas generalizadas	70 min: 1 episodio de crisis tónico-clónica generalizada
GCS 6-7 Pupilas midriáticas TC, HTA pH 6,7 con lactato 17 mmol/L FRA Cr 1,5 mg/dl CPK 988 U/L	GCS 3 Pupilas mióticas (bajo efecto B2) TC, HTA pH 7,03 con lactato 22 mmol/L FRA Cr 1,47 CPK 6000 U/L	GCS 15 Pupilas isocóricas reactivas FC y RA en rango pH y lactato en rango FR normal No elevación CPK
• IOT • TC cerebral sin patología intracranial • Carbón activado (<4 h tras ingesta) • Crisis tónico-clónica generalizada de repetición → Lacosamida + Ac. valproico • Normalización TC, PA, pH y lactato (<12h) • EEG: sin crisis • Descenso sedación y ex-IOT (día 3) • GCS 15 sin secuelas NRI • Normalización FR y CPK • Alta UCI (día 4)	• IOT • Levotracetam + sedación • Normalización TC, HTA, pH y lactato (<24h) • EEG: sin crisis • Descenso de sedación y ex-IOT (día 2) • GCS 15 sin secuelas NRI • Normalización FR y CPK • Alta UCI (día 5)	• Observación • Alta UCI (día 1)

Resultados: La toxicidad de esta planta se debe a la *oenanthotoxina*, un neurotóxico que bloquea los receptores GABA-A en SNC, desencadenando hiperexcitación neuronal, convulsiones generalizadas e IRA. Las convulsiones prolongadas pueden causar daño cerebral por excitotoxicidad, además de otras complicaciones como hipoxia, acidosis láctica, rhabdomiólisis y FRA. Las convulsiones son frecuentes entre 30 y 60 min tras la ingesta, pudiendo evolucionar a un estado epiléptico sin recuperación de la consciencia. Puede causar desde síntomas leves (náuseas, vómitos, confusión) hasta graves (crisis tónico-clónicas refractarias, PCR y muerte). La intoxicación puede ser fatal incluso con pequeñas cantidades (10-20 mg de raíz). Sin antídoto específico, el tratamiento es sintomático. Incluye control de convulsiones, soporte respiratorio, hidratación iv para prevenir FRA, y corrección de acidosis metabólica. El carbón activado puede usarse para reducir la absorción de toxinas si la ingesta se detecta rápidamente. Su rápida acción sobre el cerebro y los centros respiratorios convierte esta intoxicación en una emergencia médica con riesgo de muerte y daño neurológico a largo plazo. El pronóstico depende de la cantidad ingerida y rapidez del tratamiento.



Conclusiones: Los 3 casos resaltan la necesidad de identificar rápidamente la intoxicación y la importancia de proporcionar un tratamiento inmediato para reducir la morbilidad asociada.

472. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR INTENTOS AUTOLÍTICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Mateo Romana A, García Gómez I, Vilchez Anguita A y Moratalla Cecilia G
Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C.H.U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Descripción y análisis de los pacientes ingresados en nuestra unidad por intento autolítico, prestando atención a los métodos de autolesión más frecuentes, presencia o no de antecedentes de la esfera psiquiátrica y la gravedad asociada al mismo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos con un tamaño muestral de n:24, de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Virgen de la Victoria (HUVV) durante el año 2024 analizando método lesivo, antecedentes psiquiátricos previos, estancia media y supervivencia global.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 24 pacientes de los cuales 13 (54%) fueron hombres y 11 mujeres. La media de edad de la muestra es de 45 años con una DE de $\pm 14,9$ años. El 79% de ellos tenía antecedentes de salud mental conocidos con seguimiento activo por salud mental y del total, el 67% ya había tenido gestos previos. El método más frecuentemente utilizado fue la ingesta medicamentosa (70%), seguido de ingesta de cáusticos (8%) y sobredosis de drogas de abuso (8%) y por último un caso de ahorcamiento (4%), precipitación (4%) y atropello (4%). En cuanto a la distribución por género según método empleado, la ingesta medicamentosa fue más frecuente entre mujeres (53%) siendo los fármacos predominantes BZD y antidepresivos. La ingesta de cáustico tiene igual distribución por sexos (50%) y la sobredosis de drogas de abuso solo se produjo en hombres en nuestra muestra (100%). La estancia media en UCI fue de 9 días con una DE de $\pm 15,83$ días. De los pacientes estudiados, un 12,5% (n:3) fallecieron correspondiendo a una intoxicación medicamentosa, un ahorcamiento y una ingesta intencionada de cáustico.

Conclusiones: El perfil de paciente de nuestra muestra es varón de edad media con antecedentes psiquiátricos y gesto autolesivo previos, que predominantemente recurre a la sobreingesta de fármacos para ello. Contamos con una supervivencia elevada (87,5%) y una estancia media en UCI de 9 días. Es muy llamativo como dos tercios de nuestra muestra son reincidentes, habiendo presentado intentos previos, pese a que un gran porcentaje tiene seguimiento activo por parte de salud mental.

473. MICROSERVICIOS PARA PROCESAMIENTO DE IMAGEN TÉRMICA Y DATOS EN LA MONITORIZACIÓN EN UCI MEDIANTE MACHINE LEARNING

Iglesias Álvarez C¹, González López S², Lafuente Carrasco JL¹, Avilés Álvarez E¹, Puertas Sanz E¹, Ortega Expósito N², Benito Fernández A², Sandoval Gómez MDC², Oñoro Cañaverl JJ² y Beunza Nuin JJ¹

¹Universidad Europea de Madrid, Madrid. ²Hospital HLA Universitario Moncloa, Madrid.

Objetivos: El proyecto tiene como objetivo principal diseñar e implementar una arquitectura de microservicios escalable para el procesamiento de datos e imágenes de cámaras térmicas en tiempo real, dirigida a mejorar la monitorización en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se busca optimizar la conciencia situacional del personal sanitario, permitir la detección precoz de eventos críticos y facilitar la integración de nuevos dispositivos de monitorización, garantizando la privacidad de los pacientes y el cumplimiento de normativas regulatorias.

Métodos: Se desarrolló una arquitectura modular basada en microservicios, empleando tecnologías como contenedores y bases de datos de columna ancha para asegurar la escalabilidad y disponibilidad de los datos. Los servicios incluyen la ingesta, procesamiento y almacenamiento de capturas térmicas y datos de dispositivos de monitorización. Además, se implementaron pipelines de procesamiento que integran modelos de *machine learning*, como redes neuronales convolucionales y algoritmos de detección de anomalías (Autoencoders y YOLOv4). Se realizaron pruebas de concepto para validar el funcionamiento del sistema en escenarios reales de UCI.

Resultados: Se han recogido más de 100.000 imágenes de cámaras térmicas de pacientes ingresados en UCI para el entrenamiento del sistema. La arquitectura desarrollada demostró ser capaz de manejar grandes volúmenes de datos en tiempo real, garantizando su almacenamiento eficiente y permitiendo el análisis automatizado. Los modelos de *machine learning* implementados lograron identificar eventos críticos,

como la ausencia del paciente o la presencia de sanitarios en el box de la UCI, con una precisión superior al 95%. Asimismo, el uso de cámaras térmicas de baja resolución permitió preservar la privacidad de los pacientes y reducir las falsas alarmas. La solución se adaptó con éxito a distintas configuraciones hospitalarias, demostrando su potencial para ser replicada en otros entornos clínicos.

Conclusiones: Este proyecto ofrece una herramienta innovadora para la monitorización avanzada en UCI, mejorando la capacidad del personal sanitario para anticiparse a complicaciones clínicas. La arquitectura modular facilita futuras ampliaciones y la incorporación de nuevas tecnologías. Además, el sistema contribuye a la investigación clínica mediante la generación de conjuntos de datos etiquetados, listos para entrenar nuevos modelos predictivos. Se plantea como línea futura de trabajo la integración de mecanismos de aprendizaje continuo y la evaluación en entornos clínicos más amplios.

Financiado por: Cátedra Fundación ASISA-UEM.

474. LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA, AÚN PRESENTE EN NUESTROS DÍAS

Graciani Cantisán ME, Guzmán Bernardo B, Lavara Ruiz M, Civantos Martín B, Alvario Díaz C, Quintana Díaz M, Sánchez Sánchez SM y Añón Elizalde JM

Hospital Universitario la Paz (C.H. la Paz), Madrid.

Objetivos: Intoxicación por nitroglicerina en varón de 31 años tras explosión de bomba de la Guerra Civil española al aire libre, siendo la absorción dérmica la principal hipótesis.

Métodos: Varón de 31 años, sin antecedentes conocidos, ingresa tras explosión manipulando una bomba de la Guerra Civil española. Presenta quemaduras y tatuajes por partículas no quemadas en cabeza, tórax, abdomen y extremidades, junto con fractura abierta en pierna derecha con exposición significativa de partes blandas. Ingresó en la Unidad de Quemados por quemaduras en el 40% SCT, requiriendo, ventilación mecánica y noradrenalina a dosis de $> 1 \mu\text{g/kg/min}$, añadido a la resucitación habitual con cristaloides y hemoderivados, dada la inestabilidad hemodinámica que presenta; destaca importante acidosis hiperlactacémica y cifras elevadas de metahemoglobina.



Resultados: La gasometría mostró acidosis metabólica (pH 7,08), lactato de 7,7 mmol/L (pico de 10 mmol/L a las 12 horas) y metahemoglobina de 20,2% (32,8% a las 12 horas). La fibrobroncoscopia descartó síndrome de inhalación; se comprobó que la discrepancia que existía entre saturación de oxígeno y pO2 era cierta. La exposición de partes blandas permitió la posible absorción de sustancias tóxicas de la bomba, incluida la nitroglicerina, conocido causante de metahemoglobinemia y

componente de la bomba. Con la intoxicación dérmica por nitroglicerina como diagnóstico principal, se administraron 90 mg de azul de metileno (1 mg/kg i.v. en 15 min). Se trataron las quemaduras y se realizó desbridamiento de la pierna derecha. A las 24 horas, el *shock* y la acidosis metabólica se resolvieron (pH 7,45), y el lactato y la metahemoglobina disminuyeron notablemente en las primeras 12 horas postratamiento (lactato 3,1 mmol/L, metahemoglobina 11,8%).



Conclusiones: Aunque la inhalación es el mecanismo habitual de intoxicación en quemaduras graves, no se debe obviar que la intoxicación dérmica por la pérdida de integridad de la piel puede jugar un papel importante como causa de intoxicación.

Miércoles, 18 de junio de 2025

08:30-09:30 h

AUDITORIO 1

COMUNICACIONES ORALES

RESPIRATORIO/TRAUMATISMOS

Moderadores: Juan Antonio Llompert, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca / Ana Abella Álvarez, Hospital Universitario del Henares, Coslada

475. ENSAYO CLÍNICO (EC): COMPARACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA (VM): MUSICOTERAPIA (MT) VS. PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL (PCH)

Percas Ibero K¹, Cabañes Daro-Francés S¹, Pereiro Martínez S², Castaño Ávila S¹, Vallejo de la Cueva A¹, Del Campo Sanvicente P², Torres Serna E², Orive Gandía C¹, Espejo Cano A¹ y Corral Lozano E¹

¹Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu y sede Santiago), Álava.

²Agruparte, Álava.

Objetivos: Valorar los efectos de la intervención con musicoterapia en la desconexión de ventilación mecánica (VM) en pacientes críticos

ingresados en Unidad de Medicina Intensiva UCI frente a la práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio clínico aleatorizado (n = 100) llevado a cabo en el hospital de nivel terciario entre octubre de 2020 y octubre de 2023. Pacientes que inicien el proceso de *weaning* según los criterios de inclusión (> 18 años y < 80, analgosedados en VM al menos 48 h y consentimiento informado) y exclusión (patología psiquiátrica; déficit auditivo; adecuación de tratamientos de soporte vital), distribuidos en grupo control PCH (n = 49) y grupo musicoterapia MT (n = 51). Se registraron variables demográficas, motivo de ingreso, APACHE, Glasgow Coma Score, cociente PaO₂/FiO₂ en la inclusión en el estudio, días de ventilación mecánica, días de estancia en UCI, horas de *weaning*, eventos durante desconexión. Métodos de intervención en el MT: técnicas activas y receptivas en sesiones diarias, individuales, con una duración de 30-45 minutos. Descripción: Categóricas: N/%. Normal: X ± DE. No-normal mediana (IQR). Comparación: Categóricas χ^2 Continuas t de Student (normal)/U de Mann Whitney (no normal), p < 0,05.

Resultados: 100 pacientes fueron incluidos en el estudio, 49 en PCH y 51 MT. No hubo diferencias en ambos grupos en cuanto a edad, sexo, gravedad al ingreso en UCI y patología de ingreso, nivel de sedación previo. Los días de estancia en SMI fueron en medianas (IQR) PCH vs. MT: 19,5 [13,25-40,25] versus 18,0 [10,75-24,00] (p = 0,2), y los días de destete de VM en medianas (IQR): PCH vs. MT fueron 10,00 [7,00-16,00] versus 8,50 [6,00-13,25] (p = 0,2). El tiempo de *weaning* en horas fue similar en los dos grupos, presentado en medianas (IQR) PCH vs. MT fueron: 83,00 [50,00-192,00] versus 97,00 [54,50-153,00] (p = 0,9). El grupo de MT requirió menos traqueotomía que el PCH (MT vs. PCH; 14% frente al 33%, p = 0,02). La necesidad de reintubación fue menor en MT (MT vs. PCH 9,6% frente a 16%, p = 0,3).

Conclusiones: La musicoterapia reduce la necesidad de traqueotomía y podría reducir el tiempo de estancia en UCI.

476. ANÁLISIS INTERNACIONAL DE LOS ENFERMOS CRÍTICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA (ESTUDIO GEMINI) EN 2022 DEL VENTILAGROUP

Peñuelas Ó¹, Muriel A², Whyte L¹, López M¹, Jiménez J¹, Estaban Fernández A², Anzueto A², Esteban A¹ y Frutos Vivar F¹

¹Hospital Universitario de Getafe, Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Freelance, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal fue analizar la práctica clínica habitual en los enfermos adultos críticos con necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) actualizadas al 2022 a nivel mundial y su impacto en los desenlaces clínicos.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo, multicéntrico e internacional de enfermos adultos consecutivos ingresados entre el 1 de octubre de 2022 al 30 de octubre de 2023 en 457 unidades de cuidados intensivos (UCI) de 42 países que recibieron VMI durante más de 12 horas. Se recopilaron datos demográficos y clínicos al inicio de la ventilación mecánica y diariamente durante el transcurso de la VMI durante la primera semana y seguimiento hasta el alta hospitalaria. El estudio fue aprobado por todos los Comité de Ética locales y recibió el aval de SEMICYUC. Análisis estadístico: los datos son expresados con media y desviación estándar (DE) o mediana (percentil 25 y p75) y porcentajes, según corresponda.

Resultados: Se incluyeron un total de 6.998 enfermos, de los cuales 1.428 enfermos a países de ingresos medios-bajo, 1.930 enfermos de medios-altos y 3640 enfermos de ingresos altos. Los enfermos fueron predominantemente varones (63%) con una edad media de 64 años (RIC 50,74) y una mediana de SAPS3 de 64 puntos (RIC 52-77). Las principales razones para la VMI fueron: neurocríticos (20%), insuficiencia respiratoria posoperatoria (16%), neumonía adquirida en la comunidad (10%), sepsis (9%), insuficiencia cardíaca (7%), SDRA (6%), EPOC (5%), neumonía nosocomial (5%), COVID (3%). Los ajustes del ventilador registrados fueron: volumen corriente (mediana, RIC 7,4; 6,6-8,3 ml/kgPBW), presión meseta (18; 15-22 cmH₂O), PEEP aplicada (6; 5-8 cmH₂O), presión de conducción (12; 9-15 cmH₂O), potencia mecánica (15,7; 11,9-20,8 julios/min). Se aplicó una estrategia de protección pulmonar en el 79% de los días de seguimiento y un abordaje pulmonar abierto en el 25% de los días de seguimiento. Los pacientes recibieron sedación en el 80% de los días de seguimiento, analgesia en el 77% y bloqueo neuromuscular en el 9%. La complicación más frecuente durante el curso de la VMI fue la sepsis. La comparación de los resultados según los ingresos económicos se muestra en la tabla.