

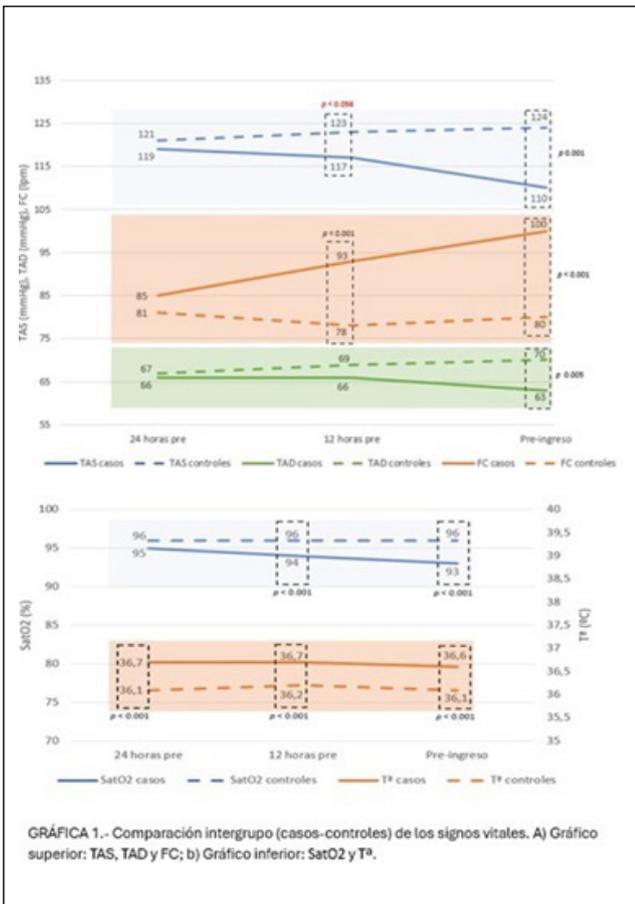
camente significativas al comparar signos vitales y parámetros analíticos entre los casos y controles (fig., tabla 2).

	Cluster 1	Cluster 2	p-valor
Edad	62	58	ns
TAS 24h (mmHg)	134	109	p<0.001
TAS 12h (mmHg)	131	108	p<0.001
TAS preingreso (mmHg)	134	101	p<0.001
TAD 24h (mmHg)	70	63	p=0.001
TAD 12h (mmHg)	73	62	p<0.001
TAD preingreso (mmHg)	74	59	p<0.001
FC 24h (lpm)	79	86	p=0.013
FC 12h (lpm)	81	90	p=0.027
FC preingreso (lpm)	85	94	p=0.032
Tª 24h (°C)	36,3	36,4	ns
Tª 12h (°C)	36,3	37,5	ns
Tª preingreso (°C)	36,3	36,0	ns
SatO2 24h (%)	96	96	ns
SatO2 12h (%)	95	95	ns
SatO2 preingreso (%)	95	94	ns

TABLA 1.- Resultados del clustering (K-means)

		48 horas pre	24 horas pre	Inmediatamente pre
Hematocrito (%)	Casos	29 ± 6.9	28.5 ± 6.6	28.5 ± 5
	Controles	31.9 ± 6.9	33.1 ± 12.6	31.2 ± 6.3
p-valor		p 0.002	p 0.001	p 0.003
Hemoglobina (gr/dL)	Casos	8.9 ± 1.5	8.8 ± 1.7	8.8 ± 1.8
	Controles	10.5 ± 2.2	10.4 ± 2	10.2 ± 2.3
p-valor		p < 0.001	p < 0.001	p < 0.001
Leucocitos (x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	Casos	9.1 ± 11.1	9.47 ± 11.74	11.25 ± 13.41
	Controles	9.61 ± 9.49	9.5 ± 9.49	9.34 ± 9.46
p-valor		ns	ns	ns
Plaquetas (x10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	Casos	126 ± 118	121 ± 115	121 ± 111
	Controles	163 ± 109	163 ± 113	164 ± 113
p-valor		p 0.011	p 0.005	p 0.005
Tiempo de protrombina (%)	Casos	83 ± 18	80 ± 18	72 ± 19
	Controles	79 ± 12	79 ± 17	76 ± 19
p-valor		ns	ns	ns
Creatinina (mg/dL)	Casos	1.78 ± 1.91	1.73 ± 1.66	2.18 ± 2.24
	Controles	1.73 ± 1.8	1.8 ± 1.98	1.73 ± 1.56
p-valor		ns	ns	p 0.045
Sodio (mEq/L)	Casos	137 ± 5	136 ± 16	138 ± 5
	Controles	138 ± 4	138 ± 4	138 ± 3
p-valor		p 0.023	ns	ns
Potasio (mEq/L)	Casos	4.1 ± 0.7	4.1 ± 0.8	4.2 ± 1
	Controles	4.3 ± 0.7	4.2 ± 0.7	4.4 ± 0.7
p-valor		ns	ns	p 0.023
GOT (U/L)	Casos	41 ± 43	41 ± 46	67 ± 128
	Controles	23 ± 25	32 ± 41	29 ± 32
p-valor		p 0.023	ns	p 0.001
GPT (U/L)	Casos	40 ± 34	37 ± 35	44 ± 40
	Controles	20 ± 22	32 ± 53	30 ± 29
p-valor		p < 0.001	p 0.038	p 0.007
PCR (mg/L)	Casos	87.46 ± 93.26	93.79 ± 111.69	137.82 ± 115.05
	Controles	81.88 ± 112.49	74.95 ± 78.62	76.81 ± 74.98
p-valor		ns	ns	p 0.01
PCT (ng/ml)	Casos	1.05 ± 0.59	2.2 ± 2.55	17.47 ± 32.2
	Controles	-----	-----	-----
p-valor		-----	-----	-----

TABLA 2.- Comparación intergrupo (casos-controles) de parámetros analíticos.



GRÁFICA 1.- Comparación intergrupo (casos-controles) de los signos vitales. A) Gráfico superior: TAS, TAD y FC; b) Gráfico inferior: SatO2 y Tª.

**Conclusiones:** Se evaluó el uso de clustering en el reconocimiento precoz del DCA, identificando como variables de DCA precoz la hipotensión arterial y taquicardia. La anemia, trombocitopenia e hipertransaminasemia podrían también comportarse como signos preclínicos de DCA. Hacen falta nuevos estudios que permitan corroborar los hallazgos obtenidos y que incluyan variables analíticas en el clustering.

11:30-12:30 h  
SALA MULTIUSOS 2

## PÓSTERES ORALES

### SEDACIÓN/ANALGESIA/DONACIÓN/ TRASPLANTES

**Moderadoras:** Elisabeth Navas Moya, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona/ Sara Alcántara Carmona, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid

### 618. EVOLUCIÓN DEL ISOFLURANO COMO HIPNÓTICO DE PRIMERA LÍNEA EN UCI

Furró MD<sup>1</sup>, Rodríguez S<sup>1</sup>, Carvalho S<sup>1</sup>, González P<sup>2</sup>, García B<sup>1</sup>, Latorre R<sup>1</sup>, Rodríguez P<sup>1</sup>, Pascual R<sup>1</sup>, Trujillano J<sup>1</sup> y Caballero J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>2</sup>Hospital Universitari Santa Maria, Lleida.

**Objetivos:** Describir el uso de isoflurano en el Servicio Territorial de Medicina Intensiva de la provincia de Lleida durante 2024.

**Métodos:** Estudio retrospectivo bicentro de una cohorte secuencial de pacientes con sedación inhalada con isoflurano en dos hospitales de Lleida durante 2024. Se analiza indicación, retirada, tolerancia, efectos secundarios, duración y uso concomitante de otros fármacos. Análisis de datos con SPSS (Mann-Whitney y chi-cuadrado).

**Resultados:** 133 pacientes (98 hombres; 73,7% y 35 mujeres; 26,3%), 113 en HUAV (85%) y 20 HUSM (15%). 88 pacientes con patología médica (66,2%), 32 quirúrgica (24,1%) y 13 politraumáticos (9,8%). Indicaciones: sedación moderada-profunda (RASS -3/-5, 100%) por insuficiencia respiratoria grave como principal causa (72%). Isoflurano como hipnótico inicial (66,1%) o secundario (33,8%), sustituyendo a otros hipnóticos previos - propofol 100%, midazolam 0%-, e incluye early switch (< 24 h sedación, 15,5%), tardío (> 24 h, 82,2%) y de rescate (para lograr objetivo RASS; 2,3%). Los pacientes con isoflurano de inicio (88; 66,1%) son principalmente médicos (69; 72,6%) por insuficiencia respiratoria (74; 77,9%, p 0,043).

Opiáceo concomitante más frecuente el fentanilo (76; 80%). Dispositivo mayormente en disposición proximal (121; 91%). En el primer semestre hay 52 pacientes (39,1%; de inicio 31; 59,6%) y en el segundo 81 (60,9%; de inicio 64; 79%). Causas de finalización: *weaning* rápido (47; 35,3%), *weaning* lento (> 6 h. 38; 28,6%), *exitus*/LTSV (21; 15,8%), sospecha de efectos adversos (11; 8,3%), traslado interhospitalario (8; 6%), EEG (2; 1,5%) u otros (6; 4,5%). Calidad del despertar: bien (extubación según expectativa; 40; 30,1%), regular (*delirium* hiperactivo y uso concomitante de dexmedetomidina: 33; 24,8%), mal (reintroducción de isoflurano/ otro hipnótico; 14; 10,6%), no registrado/*exitus* (46; 34,5%). Duración media de uso de 5,15 días (1-30 días). Mortalidad 19,5%.

**Tabla 1.** Características demográficas de procedimientos de sedación inhalatoria (N = 133). Según indicación primera opción.

Variable	Todos N = 133	Secundario N = 38	Inicio N = 95	p-valor
<b>Sexo (Hombre)</b>	98 (73,7)	30 (78,9)	68 (71,6)	0,383
<b>Días sedación</b>	3 (2,6)	3 (2,7)	4 (2,6)	0,916
<b>TIPO</b>				0,008
Médico	88 (66,2)	19 (50,0)	69 (72,6)	
Quirúrgico	32 (24,1)	11 (28,9)	21 (22,1)	
Trauma	13 (9,8)	8 (21,1)	5 (5,3)	
<b>MOTIVO</b>				0,043
Respiratorio	96 (72,2)	22 (57,9)	74 (77,9)	
Sepsis	18 (13,5)	9 (23,7)	9 (9,5)	
Politrauma	7 (5,3)	2 (5,3)	5 (5,3)	
Neurológico	4 (3,0)	3 (7,9)	1 (1,1)	
Cardiológico	8 (6,0)	2 (5,3)	6 (6,3)	
<b>Proximal</b>	121 (91,0)	32 (84,2)	89 (93,7)	0,085
<b>Otro fármaco</b>				
Fentanilo	92 (69,2)	16 (42,1)	76 (80,0)	< 0,001
Remifentanilo	41 (30,8)	22 (57,9)	19 (20,0)	< 0,001
Propofol	38 (28,6)	32 (84,2)	6 (6,3)	< 0,001
Dexmedetomidina	5 (3,8)	5 (13,2)	0 (0,0)	< 0,001
<b>Bloqueo neuromuscular</b>	55 (41,4)	8 (21,1)	47 (49,5)	0,003
<b>Finalización</b>				0,049
Weaning rápido	47 (35,3)	19 (50,0)	28 (29,5)	
Weaning lento	38 (28,6)	4 (10,5)	34 (35,8)	
Exitus-LET	21 (15,8)	5 (13,2)	16 (16,8)	
Traslado	8 (6)	2 (5,2)	6 (6,4)	
EEG	2 (1,5)	1 (2,6)	1 (1)	
Sospecha efectos adversos	11 (8,3)	5 (13,2)	6 (6,3)	
Otros	6 (4,5)	2 (5,3)	4 (4,2)	

Valores expresados como porcentajes o mediana (intervalo intercuartil); p-valor con test de chi-cuadrado o test de Mann-Whitney.

**Conclusiones:** El isoflurano se utiliza cada vez más como sedante de primera línea y en configuración proximal en nuestros pacientes críticos. La principal indicación es la necesidad de sedación moderada/profunda por insuficiencia respiratoria.

### 619. USO DE SEVOFLURANO EN LA SEDACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Vega Rodríguez AS, Pérez Cardenes M, Ortega Cámara J, Eugenio Robaina MDP, Prada Osorio R, Santana Cabrera JL y Blanco López JJ  
Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, indicaciones, complicaciones y desenlaces de los pacientes que recibieron sedación inhalada con Sevoflurano durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo retrospectivo en la UCI del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria, abarcando el año 2023. De un total de 1.323 pacientes ingresados, 41 (3,1%) recibieron sevoflurano como parte de su manejo de sedación. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y farmacológicos, enfocándose en las indicaciones para el uso de sevoflurano, las complicaciones asociadas y los desenlaces clínicos. Los datos se analizaron utilizando estadísticas descriptivas y pruebas de asociación.

**Resultados:** Entre los 41 pacientes tratados con sevoflurano, la mediana de edad fue de 58 años (rango intercuartilico: 35-78 años), predominando los hombres (56,1%), con un promedio de APACHE de 13. Las principales indicaciones para el uso de sevoflurano fueron: sedación profunda (46,3%), manejo de broncoespasmo (34,1%), tolerancia a la sedación (14,6%). En cuanto a las complicaciones, el 17,1% de los pacientes desarrolló midriasis, con un tiempo promedio hasta su aparición de 315,1 horas (± 61,3 horas), el 31,7% diabetes insípida o poliuria, con un tiempo promedio de 235,3 horas y una mediana de 168 horas. Sin

relación significativa entre la dosis máxima o el tiempo de administración y la aparición de midriasis o poliuria. En el 34% de los casos, la terapia se suspendió por complicaciones técnicas relacionadas con los dispositivos de administración. No hubo asociación significativa entre estas complicaciones y el uso de aerosoles (p = 0,213). La mortalidad general en este grupo fue del 56,7%, siendo más baja en pacientes tratados por broncoespasmo (21,4%) en comparación con aquellos que requirieron sedación profunda (57,9%) o manejo de tolerancia a la sedación (50%). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (p = 0,107). Un hallazgo clave fue la reducción significativa en el uso de otros sedantes (p < 0,01).

**Conclusiones:** El uso de sevoflurano en la UCI, es una alternativa eficaz para reducir el requerimiento de otros sedantes, optimizando el manejo farmacológico en contextos críticos. La incidencia de complicaciones es baja y se resuelven una vez ajustada la terapia. No obstante, en nuestro grupo, su empleo estuvo asociado con una alta mortalidad, probablemente influenciada por su uso en pacientes con mayor gravedad clínica.

### 620. USO DE ISOFLURANO COMO SEDANTE DE ELECCIÓN EN UNA UCI POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA PROVINCIAL

Méndez-Benegassi Cid C, Ruiz Porras M, Navarro Palma E, Aguirre Martínez S y Gómez González Á

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

**Objetivos:** Analizar la evolución de los pacientes en una UCI de referencia provincial en los que se usó isoflurano como agente anestésico de primera línea.

**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 intercuartilico.

**Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes, en 16 (48,5%) de ellos se usó como primer sedante y en los 17 (51,5%) restantes se empleó como coadyuvancia a otro fármaco. La titulación de dosis se hizo en base a la neuromonitorización mediante el sensor BIS (Índice Biespectral), siendo el BIS de inicio en el 31,3% de los pacientes < 40, en un 18,7% entre 40-60 y > 60 en otro 50%. A la hora de iniciar la sedación los valores de BIS fueron los siguientes: 37,5% < 40, 43,8% entre 40-60 y 18,7% > 60, coincidiendo estos resultados a las seis horas de su inicio. La mediana de dosis al inicio fue de 4 ml/h (3-4), a la hora 4 ml/h (3-5) y a las 6 horas 4,2 ml/h (0,8-6,2); siendo la mediana de dosis máxima empleada 5 ml/h (3,8-7). Tan solo en 3 pacientes (18,7%) fue necesario añadir un segundo sedante, siendo propofol el elegido, a dosis máxima de 2,5 mg/kg/h. La analgesia en este grupo de pacientes fue con fármacos opioides, siendo el fentanilo el más empleado (93,8%) con una mediana de dosis máxima de 0,6 µg/kg/h (0,4-0,8) y tan solo en un paciente se utilizó remifentanilo a dosis máxima de 0,3 µg/kg/min. Únicamente en un caso fue necesario el uso de relajación neuromuscular para conseguir el objetivo deseado en las primeras seis horas. En 7 (43,8%) pacientes fue preciso iniciar noradrenalina en el contexto del inicio de la sedación inhalatoria con una mediana de dosis de inicio de 0,2 µg/kg/min (0,04-0,4), a las seis horas en la mayoría de los pacientes se consiguió la estabilidad hemodinámica.

**Conclusiones:** En base a nuestros resultados concluimos que la sedación inhalatoria con gases halogenados es una alternativa a la vía intravenosa en cuidados intensivos, siendo importante titular la dosis empleada mediante el sensor BIS y de esta forma reducir el uso de relajantes neuromusculares en sedación profunda y la dosis de opioides empleados sin requerir un aumento significativo de fármacos vasoactivos.

### 621. IMPACTO DE LA SEDACIÓN EN EL DESARROLLO DE ALTERACIONES NEUROPSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO

González López A, Corbalán C, Pérez IM, Martín de las Blancas M, Oliver B, Relucio MÁ, Montenegro A, Portillo C, Simón D y Giménez-Esparza C

Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

**Objetivos:** Analizar factores de riesgo relacionados con sedación asociados al desarrollo de síndrome poscuidados intensivos (SPCI) en sus dominios neuropsicológicos. Hipótesis: la sedación profunda y determinados sedantes influyen en las alteraciones neuropsicológicas a largo plazo.

**Métodos:** Estudio observacional analítico prospectivo de 294 pacientes seguidos en consulta Post-UCI presencial con seguimiento a los 6 meses en una UCI polivalente de 14 camas. Criterios de inclusión: estancia UCI > 5 días, ventilación mecánica 48 horas, *delirium*, parada cardiorrespiratoria reanimada (PCR), síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), y/o *shock* séptico. Criterios exclusión: disfunción cognitiva o neuropsicológica graves, pacientes trasladados a otros hospitales o países, barrera idiomática. Se analizan mediante el programa SPSS los factores de riesgo de SPCI relacionados con la sedación: sedación profunda > 48 horas, días de sedación profunda, sedantes utilizados (propofol, midazolam, isofluorano) y su asociación con el desarrollo de SPCI y alteraciones de los dominios neuropsicológicos: deterioro cognitivo (Escala MOCA), ansiedad y depresión (HADS), trastorno de estrés post-traumático (TEPT). Las variables categóricas se expresan en porcentajes. Se realiza un análisis univariante con nivel de significación estadística  $p < 0,05$ , y se emplea la técnica de regresión logística binaria para el cálculo de la *odds ratio* (OR), el intervalo de confianza (IC) al 95% y su nivel de significación ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** De 294 pacientes seguidos en consulta Pos-UCI, 186 desarrollaron SPCI a los 6 meses. La sedación profunda > 48 h es factor de riesgo para el desarrollo de depresión OR 2,03 e IC (1,06-3,9),  $p = 0,03$ . La sedación con midazolam es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de SPCI, OR 3,45 e IC (1,17-10,12),  $p = 0,024$ ; ansiedad OR 2,5 e IC (1,1-5,83),  $p = 0,032$  y TEPT OR 3,9 e IC (1,75-8,93),  $p = 0,001$ . La sedación con propofol es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de ansiedad OR 3,4 en IC (1,2-10,12),  $p = 0,024$ . La sedación con isofluorano no es factor de riesgo independiente asociado a alteraciones neuropsicológicas. No se encuentran diferencias significativas en la asociación de sedación profunda y el tipo de sedante con la disfunción cognitiva.

**Conclusiones:** El tipo de sedación (ligera o profunda) y la elección del sedante son factores determinantes en la aparición de alteraciones neuropsicológicas a largo plazo. La sedación profunda durante > 48 h y el uso de midazolam se asocia a peores resultados en el dominio neuropsicológico del SPCI.

## 622. USO DE PSICOFÁRMACOS INICIADOS EN UCI Y SU CONTINUACIÓN AL ALTA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PSICU\_ALTA

Domenech Moral L, Contreras Medina S, Santander Redoreda J, García Díaz HC, Buj Vicente M, Elvira del Castillo R, Gallart Vive E, Solarte Velastegui ME, Gorgas Torner MQ y Ferrer Roca R

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Medir la frecuencia de psicofármacos iniciados *de novo* durante el ingreso en UCI que se mantienen al alta de la UCI y del hospital, y analizar su impacto en la polifarmacia y los riesgos asociados.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en pacientes adultos ingresados en una UCI de tercer nivel entre los meses de octubre y diciembre de 2023. Se recopilaban datos demográficos, clínicos y farmacoterapéuticos de pacientes que iniciaron psicofármacos *de novo* en UCI con seguimiento hasta 90 días tras el alta hospitalaria.

**Resultados:** De los 335 pacientes ingresados, 237 (71%) recibieron psicofármacos, y en 75 (31,6%) se inició tratamiento *de novo* durante la estancia en UCI. Los principales motivos de prescripción fueron agitación (18,5%), ansiedad (17,7%), insomnio (16,2%) y depresión (13,8%). Al alta de UCI, el 48% de los pacientes que iniciaron tratamiento *de novo* continuaban con psicofármacos; este porcentaje disminuyó al 14% a los 90 días posalta. Durante este periodo, la polifarmacia promedio pasó de 16 medicamentos al inicio del tratamiento a 10 al alta hospitalaria.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS:	
Mujeres	32 (42,6%)
Edad media	57 ±16,4 años
Mayores de 65 años	44 (57%)
M_ICU	53 (70%)
Q_ICU	22 (30%)
VARIABLES INGRESO:	
Estancia Media UCI	21,08 ±21 días
Estancia Media HOSP	37,1 ±24,4 días
Éxitus	14 (18,3%)

MOTIVO DE PRESCRIPCIÓN	N	%
Agitación	24	18,5
Abstinencia	17	13,1
Depresión	18	13,8
Insomnio	21	16,2
Ansiedad	23	17,7
Delirio	14	10,8
Desconocido	10	7,69
Otros	3	2,31
Inicio tto en UCI:	14 (4-20) días	
Duración de tto (mediana rango IQ)	9 (3-23) días	
Diazepam	10 (6-22)	
Haloperidol	7 (4-21)	
Lorazepam	9,5 (3-18)	
Mirtazapina	13 (12-53)	
Quetiapina	16 (6,5-25,5)	
Fármacos concomitantes:	N	
Al inicio del tto psicofármacos	16±6	
Al alta UCI	13±4	
Al alta hospitalaria	10±5	

CONTINUACIÓN PSICOFÁRMACOS	ALTA UCI	ALTA HOSP	30 Días POST ALTA	90 Días POST ALTA
NO	56 (52%)	73 (75%)	77 (80%)	75 (82%)
SI	51 (48%)	22 (23%)	17 (18%)	13 (14%)
DESCONOCIDO	0	2 (2%)	2 (2%)	4 (4%)
CONTINUACIÓN PSICOFÁRMACOS	ALTA UCI	ALTA HOSP	30 Días POST ALTA	90 Días POST ALTA
Diazepam	5	1	0	0
Haloperidol	6	1	0	0
Lorazepam	8	3	2	2
Mirtazapina	6	5	4	4
Quetiapina	19	8	7	4
Zolpidem	1	1	1	1
Citalopram	1	1	1	1
Clonazepam	1	1	1	1
Clometiazol	1	1	1	1
Otros	3	0	0	0

**Conclusiones:** La elevada frecuencia de inicio de psicofármacos durante el ingreso en UCI y su continuidad al alta contribuyen a la polifarmacia de los pacientes, incrementando los riesgos asociados a la terapia como posibles interacciones medicamentosas y eventos adversos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias dirigidas a la racionalización del uso de psicofármacos, así como un seguimiento farmacoterapéutico estructurado durante el ingreso en UCI y al alta hospitalaria para garantizar la seguridad y eficacia del tratamiento.

## 623. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Larrañaga Sigwald L y Muñoz Romero JL

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de los donantes en muerte encefálica en hospital de 2.º nivel.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo de los donantes en muerte encefálica (ME) en el Complejo Hospitalario de Ourense desde 2020 hasta 2024. Variables cuantitativas expresadas como mediana y RIC (p25-p75) y comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y % y comparadas con  $\chi^2$ .

**Resultados:** 32 pacientes en muerte encefálica. Mujeres 60%. Edad 65 (53-76,25). Hábitos tóxicos: fumadores 23,3%, exfumadores 20%, enolismo 16,6%. FRCV: HTA 60%, dislipémicos 40%, DM 16,3%. Antecedentes de cardiopatía isquémica 13,3%, EPOC 10%, vasculopatía 3,3%, ERC 3,3%, ACV 16,6%. Índice de Charlson 0 (0-1). Días de ingreso en UCI 2 (1-3). Días de ingreso hospitalario 2 (1-3). De las 32 ME, 18 (42%) fueron valorados como potenciales donantes pulmonares, de estos, 15 (83%) fueron valorados tras el mantenimiento, siendo un 17% el porcentaje de pérdida. La efectividad de donación pulmonar fue de 12 pacientes (80%). Un 90% de las ME fueron valoradas para donación renal, siendo efectivos el 74% de los donantes renales. Un 96,6% de las ME fueron valoradas para donación hepática, siendo efectivos el 68,9% de los donantes hepáticos. Un 26,6% de las ME fueron valoradas para donación cardíaca, siendo efectivos el 62,5% de los trasplantes cardíacos. El 40% de las ME fueron además donantes de tejidos.

**Conclusiones:** Los donantes en ME tienen mayor proporción de FRCV, principalmente HTA. La efectividad para la donación de órganos abdominales fue > 65%. La efectividad para la donación pulmonar fue del 80%.

#### 624. ESTUDIO ADELPHA. IMPLICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE BANDA ALFA EN EL DESARROLLO DE DELIRIUM DURANTE LA SEDACIÓN PROFUNDA

Carretero Rodrigo M<sup>1</sup>, Amaro Harpigny A<sup>2</sup>, Bueso-Inchausti García E<sup>2</sup>, Romera Ortega MA<sup>2</sup> y Chamorro Jambrina C<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

**Objetivos:** 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 delirium (DEL) posoperatorio. Durante los procesos de anestesia o sedación prolongada, los pacientes suelen tener variaciones en la MDE con periodos de persistencia o pérdida de la banda alfa. Este hecho puede tener trascendencia en el desarrollo ulterior de DEL.

**Métodos:** Se presentan resultados obtenidos a partir del subanálisis de datos del estudio ADELPHA (Asociación delirium/banda alfa). ADELPHA es un estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, en el cual se analizan los datos EEG frontales/temporales, recogidos a través de la monitorización BIS<sup>®</sup> 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 frontal/temporal. Este último grupo se subclasificó en otros 2, de acuerdo a la evolución diaria de la banda alfa: persistencia durante todo el tiempo de sedación profunda o pérdida a lo largo de la evolución. Otros datos analizados: demográficos, dosis de fármacos sedantes, opioides, alfa2-agonistas y antipsicóticos. Al retirar la sedación se valoró la presencia y duración del delirium.

**Resultados:** 39 pacientes fueron clasificados en el grupo de presencia de banda alfa, 25 la mantuvieron durante el tiempo de sedación analizado y 14 la perdieron. La incidencia de DEL fue de 14/25 (56%) en el grupo con persistencia de banda alfa vs. 11/14 (79%) en el otro grupo,  $p = 0,159$ . La duración mediana de DEL fue de 1 día en el primer grupo vs. 7 días en el grupo con pérdida de la banda alfa ( $p = 0,013$ ). El grupo con persistencia de banda alfa precisó de menor dosis de alfa2-agonistas (dexmedetomidina 6.873 vs. 12.750  $\mu\text{g}$ ,  $p = 0,155$ ), antipsicóticos (haloperidol 0 vs. 13 mg  $p = 0,086$ ;) y de opioides (dosis equivalente morfina 2.160 vs. 9.597 mg,  $p = 0,009$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes que presentan banda alfa y la mantienen durante la mayor parte del tiempo de sedación profunda tienen una tendencia no significativa a presentar menor incidencia de DEL, una reducción significativa en la duración del mismo y una tendencia a precisar menor dosis de fármacos antipsicóticos y alfa2-agonistas, así como una reducción significativa en la dosis de opioides.

#### 625. IMPACTO DEL CULTIVO DE LÍQUIDO DE PRESERVACIÓN EN EL TRASPLANTE CARDIACO EN EL HOSPITAL DOCTOR NEGRÍN

Febles González LJ, Cabrera Sánchez M, Cabrera Santana EM, Díaz Díaz JJ, Ramírez Cardozo JL, Tout Castellano M, Anabitarte Prieto MA y Peña Morant V

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

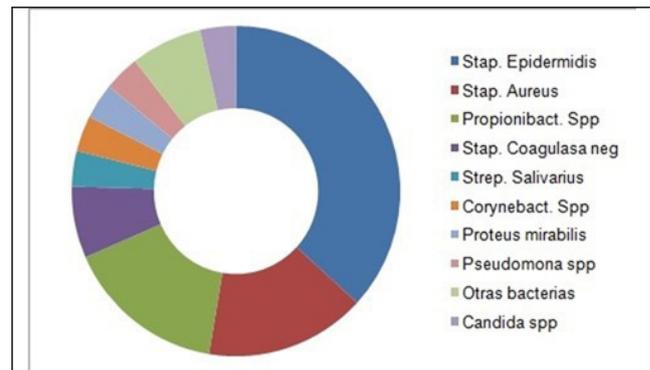
**Objetivos:** El paciente trasplantado cardíaco es susceptible a las infecciones debido a la inmunosupresión. Se crea la necesidad de esclarecer los patrones microbiológicos en el líquido de preservación y explorar su relación con los eventos de infección precoz en el paciente receptor. El objetivo de este estudio es el análisis de la infección precoz del injerto y su relación con la infección del líquido de preservación.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo que analiza los datos de 86 donantes con sus respectivos receptores desde diciembre de 2019 hasta mayo de 2024. Se analizaron datos clínicos, todos los cultivos disponibles de líquidos de preservación, cultivos del donante previos al trasplante y cultivos del receptor durante el posoperatorio en la unidad de cuidados intensivos. El corazón fue conservado en una bolsa inmerso en líquido de preservación Custodiol<sup>®</sup> y rodeado por hielo para mantener una temperatura de 4°C durante el tiempo frío de isquemia para el transporte. Dos muestras de líquido de preservación se enviaron para cultivo.

**Resultados:** La prevalencia de cultivos positivos del líquido de preservación fue del 55,8% (48/86). Las frecuencias de microorganismos aislados en el líquido de preservación se muestran en la tabla y figura. El 8,3% (4/48) de las muestras de líquido de preservación fueron polimicrobianas y 13 (27%) fueron positivas para al menos un germen de alto riesgo. Los gérmenes aislados más frecuentes como agentes únicos fueron los *Staphylococcus epidermidis* (44%), los *Staphylococcus aureus* meticilín sensibles (19%) y el *Propionibacterium acnes* (19%). En nuestra serie no se encontraron gérmenes multirresistentes. No encontramos tampoco en nuestra serie infecciones en el receptor relacionadas con la infección de líquido de preservación.

TABLA DE FRECUENCIA GERMENES

Stap. Epidermidis	(21/48) 44%
Stap. Aureus	(9/48) 19%
Propionibact. Spp	(9/48) 19%
Stap. Coagulasa neg	(2/48) 4%
Strep. Salivarius	(1/48) 2%
Corynebact. Spp	(1/48) 2%
Proteus mirabilis	(1/48) 2%
Pseudomona spp	(1/48) 2%
Otras bacterias	(2/48) 4%
Candida spp	(1/48) 2%



**Conclusiones:** A pesar de la gran incidencia de cultivos positivos del líquido de preservación, la tasa de infección relacionada es 0. En otros estudios de mayor volumen de pacientes, la media de infecciones relacionadas es en torno al 1%. Esto hace que nos planteemos la rentabili-

dad de continuar con el cultivo de líquido de preservación en nuestro centro.

## 626. DESTETE DE ECMO EN EL TRASPLANTE DE PULMÓN PARA SOPORTE INTRAOPERATORIO

López Sánchez M y Rubio López MI

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

**Objetivos:** Describir el tipo de soporte intraoperatorio (SIO) con ECMO en el trasplante de pulmón (TP), su destete y el fracaso del mismo.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado entre mayo de 2009 y diciembre de 2024 con pacientes (p) con TP y ECMO como SIO. Se recogieron variables demográficas, escalas pronósticas en el momento de la canulación, tipo de ECMO, uso de circulación extracorpórea (CEC), reconversión, momento de la decanulación y fracaso en el destete con necesidad de reanulación.

**Resultados:** En el periodo de estudio, la ECMO se utilizó en 70 p con TP, siendo el SIO la indicación más frecuente, en el 77,1% de los casos (54 p). En 5 p el soporte con ECMO fue posterior a la circulación extracorpórea (CEC), con 4 dispositivos venoarteriales (VA) y 1 venovenoso (VV). Fueron destetados el 94,4% de los pacientes (51 p), 35 en quirófano (68,6%) y 16 en UCI (31,3%), el resto fallecidos. De los dispositivos ECMO destetados en quirófano, 4 eran VV y 32 VA (la mayoría para soporte cardiaco puro), con 1 reconversión. Dentro de las ECMO destetadas en UCI, 3 eran VV (1 tras CEC) y 13 VA, siendo 9 periféricas (1 tras CEC) y 4 centrales (1 tras CEC), con 7 reconversiones. Se produjeron 3 fallos en el destete con reanulación (5,9%). Todas fueron mujeres, con HTAP severa en 2 casos, politransfusión en 1 caso; edad media de 51,6 años (40-61); APACHE II 23 (16-25); SAPS II 30,3 (16-39); ECMO de inicio VA periférica (2 p) y VA central (1 p) para soporte cardiaco puro en TP bilateral, con decanulación en quirófano, con tiempos de isquemia media del pulmón derecho de 320 minutos e izquierdo de 340 minutos. Se reanuló con ECMO VV por disfunción primaria del injerto grado 3 en todos los casos, con un tiempo medio de 38 horas (18-70) desde la decanulación, y una duración media del soporte de 128 horas (72-168). Todos los casos presentaron fallo renal agudo precisando técnicas continuas de reemplazo renal, falleciendo en ECMO 2 pacientes.

**Conclusiones:** Se destetaron casi el 95% de los dispositivos ECMO para el SIO en el TP, la mayoría en quirófano. El fallo en el destete de la ECMO con reanulación posterior se produjo en el 5,9% de las decanulaciones.

## 627. IMPACTO DE LA TERAPIA CON ANIMALES TERAPÉUTICOS EN EL PACIENTE CRÍTICO: UN ENFOQUE INNOVADOR PARA REDUCIR LA ANSIEDAD

De Riba Giménez N<sup>1</sup>, Picazo Moreno L<sup>1</sup>, Climent Company C<sup>1</sup>, Mestre Somoza C<sup>1</sup>, Zapata Montoya V<sup>1</sup>, Pozo Mendoza O<sup>2</sup>, Nebot Forcada P<sup>2</sup>, Fatjó Ríos J<sup>3</sup>, Masclans Enviz JR<sup>1</sup> y Dot Jordana I<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital del Mar Research Institute, Barcelona. <sup>3</sup>Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar los beneficios de la terapia asistida con animales terapéuticos profesionales (TAA) en el paciente crítico, centrándose en la reducción de la ansiedad y el estrés, así como en comprobar su seguridad en el entorno de la UCI.

**Métodos:** Análisis intermedio de un estudio prospectivo, controlado y aleatorizado realizado en la UCI del Hospital del Mar. Se excluyeron pacientes alérgicos a los perros, inmunosuprimidos, colonizados por microorganismos multirresistentes y portadores de drenaje ventricular externo. Las sesiones de TAA se realizaron dos veces por semana durante 20', utilizando perros entrenados. Se extrajeron muestras de saliva de los pacientes pre-TAA, pos-TAA y 45' pos-TAA. Se determinaron marcadores metabólicos relacionados con la melatonina y el cortisol en saliva mediante cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas. Se evaluó el nivel de ansiedad con la escala STAI-6. Los resultados se expresan mediante medianas y rangos intercuartílicos y se analizaron mediante la prueba Wilcoxon. Se calculó un tamaño muestral total de 28 pacientes en grupo control y 56 en grupo intervención riesgo alfa 0,05, poder estadístico > 0,8 para detectar una diferencia  $\geq 1$ , desviación estándar 1,5 y una tasa de pérdidas del 5%.

**Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes en el grupo intervención y 9 en el control. La intervención mostró una tendencia a disminuir los niveles de cortisol en saliva post-TAA en el grupo intervención [1,185

(0,452-4,027) vs. 1,239 (0,735-4,059);  $p = 0,061$ ]. Así como una disminución a los 45 minutos de los metabolitos de cortisol [ $5\alpha$ -THF: 0,107 (0,023-0,214) vs. 0,138 (0,043-0,264);  $p = 0,026$ ] y  $5\beta$ -THF: 0,503 (0,140-1,520) vs. 0,569 (0,230-1,533);  $p = 0,010$ ] y cortisona [ $5\beta$ THE: 0,099 (0,010-0,287 vs. 0,187 (0,016-0,311);  $p = 0,017$ ]. Se observó una disminución significativa en el nivel de ansiedad medida por la escala STAI en el grupo intervención con respecto al control [-3 (-5 - -1) vs. -1 (-3 - 2);  $p < 0,042$ ]. No hubo cambios en las variables fisiológicas y no se reportaron efectos adversos ni colonizaciones cruzadas.

**Conclusiones:** La TAA se presenta como una intervención efectiva para el manejo de la ansiedad y el estrés en el paciente crítico, sugiriendo su potencial en la humanización de la atención. Se requieren futuras investigaciones para evaluar su impacto en distintos contextos clínicos.

11:30-12:30 h

SALA C1+C2

## PÓSTERES ORALES

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD 8

**Moderadoras:** Marta García García, Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid/Rosario Amaya Villar, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

## 628. ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DEL USO DE CONTENCIÓNES MECÁNICAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA

Roca García L, Taboada Domínguez P, Villarreal Escalante M, Velayos Amo C, León Concepción J, López Pérez S, Mateo Tudela L, Rubio Campoy J y Baez Durán A

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos:** Las contenciones mecánicas (CM) se emplean en las unidades de cuidados intensivos (UCI) para limitar el movimiento en pacientes con delirio o conectados a ventilación mecánica (VM), para evitar movilización involuntaria y autorretirada de dispositivos. Objetivo: describir prevalencia y condiciones de uso de CM en UCI polivalente, antes y después de realizar intervención de concienciación de CM en la unidad

**Métodos:** Estudio cuasiexperimental de tipo antes (pre)-después (post), prospectivo. Incluidos pacientes en UCI polivalente en dos periodos, pre-40 días y pos-289 días. Entre ambos análisis se realiza intervención (concienciación y formación grupo de trabajo). Variables relacionadas CM: empleo CM, prescriptor y registro en historia clínica, tipo de indicación, uso diurno/nocturno, tratamiento farmacológico previo/posterior a colocación, días VM, días de soporte vasoactivo (DVA), autorretirada dispositivos. Variables demográficas (edad, sexo, días UCI) y escalas gravedad. Análisis estadístico: variables cuantitativas como media; y cualitativas en porcentajes. Programa IBM SPSS Statistics.

**Resultados:** Tabla 1: diseño y recogida de datos. Descenso de prevalencia de CM en grupo post 34,3% frente al grupo pre 35,5%. Tabla 2: características empleo CM. En ambos grupos la prevalencia es mayor si VM (pre 72,7%, post 90,5%). Duración media CM pre-post de 6-3 días, respectivamente. En grupo post el 45,2% prescripción es mixta, se refleja en 71,4% notas de enfermería y 28,6% notas médicas. Autorretirada dispositivos: 14,2% con CM, 3,9% sin CM. Principal motivo de CM: agitación (50%) y riesgo autorretirada dispositivos (50%). No existen diferencias significativas en edad, sexo, escalas de gravedad, días DVA y días UCI.

**Conclusiones:** Tras la intervención con mayor concienciación del tema, se ha disminuido el empleo CM, más frecuente si VM, en relación con agitación que conlleva la bajada sedación. Su uso es más individualizado y autolimitado. Se precisa seguir fomentando empleo de otras medidas (control dolor, contención verbal y/o farmacológica) para reducir su uso, así como proseguir el desarrollo de protocolo CM para la unidad.

Tabla 1.

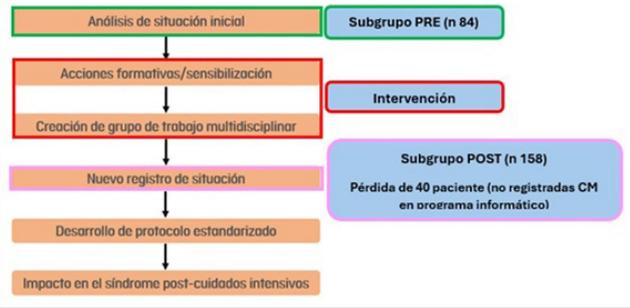


Tabla 2.

		CONTENCIONES MECÁNICAS (PRE)		CONTENCIONES MECÁNICAS (POST)	
		Recuento	%	Recuento	%
PRESCRIPTOR	ENFERMERÍA	10	90,9%	17	40,5%
	MEDICINA	1	9,1%	6	14,3%
	MIXTO	0	0%	19	45,2%
CONSTA EN NOTAS	NO	8	72,7%	42	50%
	SI	3	27,3%	42	50%
SEDACIÓN (RASS -4/-5)	NO	5	45,5%	38	90,5%
	SI	6	54,5%	4	9,5%
CONSCIENTE sin agitación	NO	7	63,6%	35	83,3%
	SI	4	36,4%	7	16,7%
CONSCIENTE agitado	NO	9	81,8%	7	16,7%
	SI	2	18,2%	35	83,3%
CONTENCIONES DIURNAS	NO	0	0%	5	11,9%
	SI	11	100,0%	37	88,1%
CONTENCIONES NOCTURNAS	NO	0	0%	10	23,8%
	SI	11	100,0%	32	76,2%
CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA PREVIA	NO	7	63,6%	19	45,2%
	SI	4	36,4%	23	54,8%
CONTENCIÓN FARMACOLÓGICA POSTERIOR	NO	3	27,3%	13	31,0%
	SI	8	72,7%	29	69,0%

**629. ANÁLISIS DE LA TASA DE REINGRESO Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA TRAS ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Palomares Nova G, Pérez Ruiz M y García Arjona R

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar la incidencia y factores de riesgo asociados al reingreso y la mortalidad en planta de hospitalización tras ser dados de alta de la UCI del Hospital Universitario de Puerto Real.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados durante los meses de enero a junio de 2024 en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel. Se excluyen los pacientes ingresados menos de 24 horas, *exitus* en UCI y traslados a otro hospital. Se registran datos epidemiológicos, motivo de ingreso, procedencia y gravedad; fracasos orgánicos y terapias, así como días de estancia y situación al alta de UCI. Análisis no paramétrico y regresión logística mediante SPSSv25.

**Resultados:** Cumplen criterios de inclusión 242 de un total de 351 pacientes. El 67% hombres con una edad media de 60 años (DT 30). El 11% presentaba algún grado de dependencia, ingresando con adecuación del esfuerzo terapéutico el 3%; el 63% algún factor de riesgo cardiovascular, el 10% patología pulmonar, el 7% fibrilación auricular (FA) y el 4% enfermedad renal crónica. El motivo de ingreso principal fue cardiológico (48%) seguido de neurológico (12%) y respiratorio (9%). El 82% procedían de la comunidad y el 11% de planta de hospitalización. El APACHE II medio fue de 12 (DT 7). La media de días en UCI fue de 7 (DT 13) y 16 (DT 18) hospitalarios. Durante el ingreso el 12% sufrió delirio; iniciaron tratamiento rehabilitador y fisioterapia el 23%; el 32% presentó fracaso hemodinámico; renal el 18% precisando terapia continua de reemplazo renal el 18% de estos; el 33% requirió de ventilación mecánica invasiva durante una mediana de 5 días (RI 1-13) precisando reintubación el 10% y traqueotomía el 20% de ellos. Al alta a planta el 0,5% portaban traqueotomía, el 1% mantenía diálisis, el 13% soporte nutricional y el 4% requerían aislamiento de contacto. Fueron considerados no

reingresables el 5%. Del resto reingresaron de forma precoz (< 48 horas) el 0,4% (1 caso) y el 3% tardío (7 casos) sin ningún *exitus* entre ellos. La mortalidad oculta fue del 2% (5 casos) todos ellos no reingresables en UCI. Los factores de riesgo que se relacionan de manera significativa con el reingreso en UCI son: FA previa (p = 0,043; *odds ratio* [OR] 4,8 [IC95% 0,9-26]); procedencia planta de hospitalización (p = 0,027; OR 5 [IC 1,2-20]) e ingreso tras cirugía programada (p = 0,045; OR 5,6 [IC 1,1-30]).

**Conclusiones:** En nuestro centro y con los datos disponibles es difícil predecir y actuar sobre la tasa de reingresos en UCI que mantenemos dentro del estándar de calidad de la SEMICYUC (4%) con una tasa de mortalidad oculta muy baja siendo llamativo el bajo soporte al alta de UCI.

**630. FACTORES RELACIONADOS CON EL SÍNDROME ANSIOSO-DEPRESIVO EN PACIENTES QUE PASARON LA CONSULTA POSTUCI**

Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Zarza Márquez MDM, Nomdedeu Fernández M, Redondo Martínez MJ, Serna Martínez M, Torres Hernández MDLC, Machado Martínez M, Lorente Conesa MDC y Bayoumi Delis P

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con la aparición de síndrome ansioso depresivo en el paciente crítico que ha precisado ingreso en UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y analítico de tipo retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de nivel terciario entre noviembre de 2020 y agosto de 2024. Se analizaron variables clínicas, sociodemográficas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Las comparaciones entre variables cualitativas se realizaron mediante las pruebas  $\chi^2$  de Pearson o exacta de Fisher. La comparación entre variables cualitativas politómicas y cuantitativas se realizó mediante ANOVA. La comparación entre variables cuantitativas se realizó mediante el test de correlación de Pearson en variables que seguían distribución normal y Spearman en aquellas que no.

**Resultados:** Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de 58,7 ± 13,7 años, de los que 43 (60,6%) fueron varones, con una mediana de estancia en UCI de 19 días (9,30). La puntuación del score de HAD tuvo una mediana de 8 (5,14), de los que 28 paciente (39,4%) presentó una puntuación mayor de 11 puntos. No se encontró correlación entre la puntuación en el test de HAD y la gravedad al ingreso medida por SAPS II (p = 0,724), la puntuación en la escala PSF12 (p = 0,062), la puntuación en la escala Barthel (p = 0,056) o en la puntuación en la escala MOCA (p = 0,304). Tampoco se encontraron diferencias en la puntuación en el test HAD según el diagnóstico principal al alta de UCI (p = 0,699). Se encontró una relación inversa entre la puntuación en la escala de situación basal (p = 0,668) y en la puntuación en la escala MSF12 (p < 0,001). Se encontró una relación directa entre la mayor puntuación en la escala HAD y la mayor puntuación en la escala SOFA al ingreso (p = 0,022), en el número de fallos orgánicos (p = 0,035), y en el score de alteración del sueño (p < 0,001).

**Conclusiones:** Un porcentaje significativo de pacientes presentó puntuaciones que indicaban alta probabilidad de ansiedad/depresión tras el ingreso en UCI en su primera consulta. Se encontraron puntuaciones significativamente mayores en pacientes que previamente tenían mala situación basal, en los que quedaron con una situación física afectada posterior al ingreso, en aquellos que presentaron mayor número de fracasos orgánicos y en aquellos que tuvieron alteraciones de la calidad del sueño después del ingreso en UCI.

**631. DOS AÑOS DE CONSULTA POS-UCI: ¿SUPONE UNA MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME POS-UCI?**

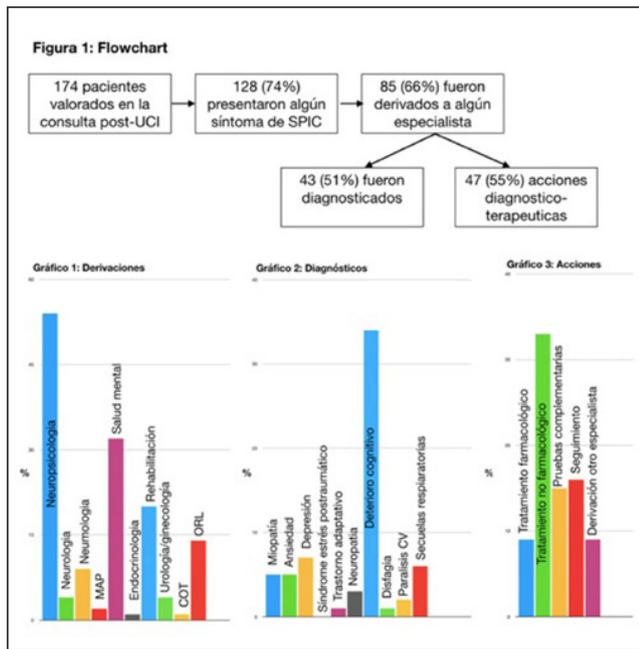
Blázquez Alcaide V, Manrique Moreno S, Gilavert Cuevas MC, Gil Castillejos D, Bodí Saera M y Magret Iglesias M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos:** Analizar el impacto de las derivaciones realizadas desde la Consulta Pos-UCI a los distintos especialistas en la identificación de diagnósticos e implementación de estrategias terapéuticas adecuadas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo descriptivo realizado en la Consulta post-UCI del Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona). Se incluyeron pacientes > 18 años valorados en la consulta (03/2022-10/2024) durante el primer año del alta de UCI. Se realizó seguimiento de aquellos pacientes que presentaron factores de riesgo para desarrollar síndrome poscuidados intensivos (SPCI) durante su estancia en UCI. Se valoró la función respiratoria, capacidad física, funcional, psicológica, cognitiva, nutricional y la presencia de disfagia, disfonía o dolor. Los pacientes con síntomas se derivaron al especialista a criterio del médico que realizó la consulta. Se analizó la cantidad de pacientes derivados que fueron diagnosticados de alguna patología y recibieron alguna intervención terapéutica.

**Resultados:** Se incluyeron 174 pacientes. 128/174 (74%) presentaban algún síntoma de SPCI y 85/128 (66%) fueron derivados al especialista (fig. 1). Se realizaron 126 derivaciones. Las más frecuentes: neuropsicología 46/85 (54%), salud mental 27/85 (32%) y rehabilitación 17/85 (20%) (fig. 1). Tras la valoración del especialista se realizaron un total de 55 diagnósticos en 43/85 pacientes (51%), siendo los más frecuentes: deterioro cognitivo (29/85, 34%), depresión (6/85, 7%), problemas respiratorios (5/85, 6%), ansiedad (4/85, 5%) y miopatía (4/85, 5%) (fig. 2). Se realizaron 71 intervenciones por parte de los especialistas, divididas entre 47/85 pacientes (55%). Las más frecuentes: tratamiento no farmacológico 28/85 (33%), seguimiento 14/85 (18%) y solicitud de pruebas complementarias 13/85 (15%) (fig. 3). En 9 derivaciones los pacientes no acudieron al especialista y a fecha del análisis, 16 estaban pendientes de realizar.



**Conclusiones:** El 51% de los pacientes derivados al especialista desde la Consulta Pos-UCI recibieron un nuevo diagnóstico y en el 55% de los casos se realizó una intervención ya sea farmacológica, no farmacológica o seguimiento. Estos datos refuerzan la utilidad de la consulta post-UCI como recurso clave para evitar que pacientes en riesgo de SPCI queden sin diagnóstico/tratamiento oportuno.

**632. INFLUENCIA DEL GÉNERO EN EL SÍNDROME POS-UCI**

Serna Martínez M, Lorente Conesa MDC, Redondo Martínez MJ, Zarza Márquez MDM, Nomdedeu Fernández M, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Rodríguez Mulero MD, Torres Hernández MDL y Machado Martínez M

Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Analizar las características y factores de riesgo asociados al síndrome pos-UCI en pacientes vistos en consulta dependiendo del género.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y analítico de tipo retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacien-

tes críticos que ingresaron de forma consecutiva en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de nivel terciario entre noviembre de 2020 y agosto de 2024. Los criterios para derivar a pacientes a consulta pos-UCI fueron: ingreso de más de 72 horas, necesidad de algún tipo de soporte orgánico y pacientes con antecedentes de ansiedad o depresión. Se excluyeron pacientes con ingresos de menos de 72 horas y sin fracaso orgánico. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico), y las cualitativas como frecuencia absoluta y relativa. Las comparaciones entre variables cualitativas se realizaron mediante las pruebas ji<sup>2</sup> de Pearson o exacta de Fisher. La comparación entre una variable cuantitativa y otra cualitativa de dos opciones, se realizó mediante la t de Student o la prueba U de Mann Whitney según la distribución normal o no de la variable cuantitativa.

**Resultados:** Se analizaron 71 pacientes, con una edad media de 58,7 ± 13,7 años, de los que 43 (60,6%) fueron varones. La gravedad en mujeres medida por SAPS II tuvo una mediana de 46,5 (29,1,63,9) (p = 0,201, IC95% = -2,91 a 12,9), vs. 40 (30,75,49,25). El SOFA al ingreso en mujeres fue de 8 (4,85,11,15) vs. 8 (4,35,11,65) en hombres (p = 0,159, IC95% = -0,52 a 3,17). Tanto en mujeres como en hombres, la primera causa de ingreso fue la neumonía (10, 35,7 vs. 22, 51,2%), la segunda fue el shock séptico (8, 28,6 vs. 9, 20,9%), y la tercera en mujeres fueron el estatus convulsivo y el EPOC reagudizado (2 casos, 7,1%) vs. el shock hemorrágico en hombres (3, 7%), sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,188). 16 mujeres (57,1%) presentaron fracaso multiorgánico frente a 21 hombres (50%) (p = 0,38). La puntuación en la escala HAD en mujeres tuvo una mediana de 10 (3,5,16,5) vs. 8 (4,11) (p = 0,072, IC95% = -0,3 a 6,9), la puntuación en la escala TPEP tuvo una mediana en mujeres de 8,12 (0,16,5) vs. 6 (0,9,5) (p = 0,127, IC95% = -0,84 a 6,6).

**Conclusiones:** No se encontraron diferencias significativas en los índices de gravedad, en los diagnósticos al alta o la presencia de fracaso multiorgánico dependiendo del género. Así mismo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la aparición de ansiedad/depresión o TPEP según los scores HAD o TPEP.

**633. MAPA DE EXPERIENCIA DE LA FAMILIA (MEF) EN UCI, UNA HERRAMIENTA CLAVE EN LA MEJORA DE LA CALIDAD PERCIBIDA**

De Pablo Hermida AM, Castrillón Montes MD, Saura Conti J, Martín de la Torre S y Martín dal Gesso C

Hospital Universitario del Sureste-Empresa Pública Hospital del Sureste, Madrid.

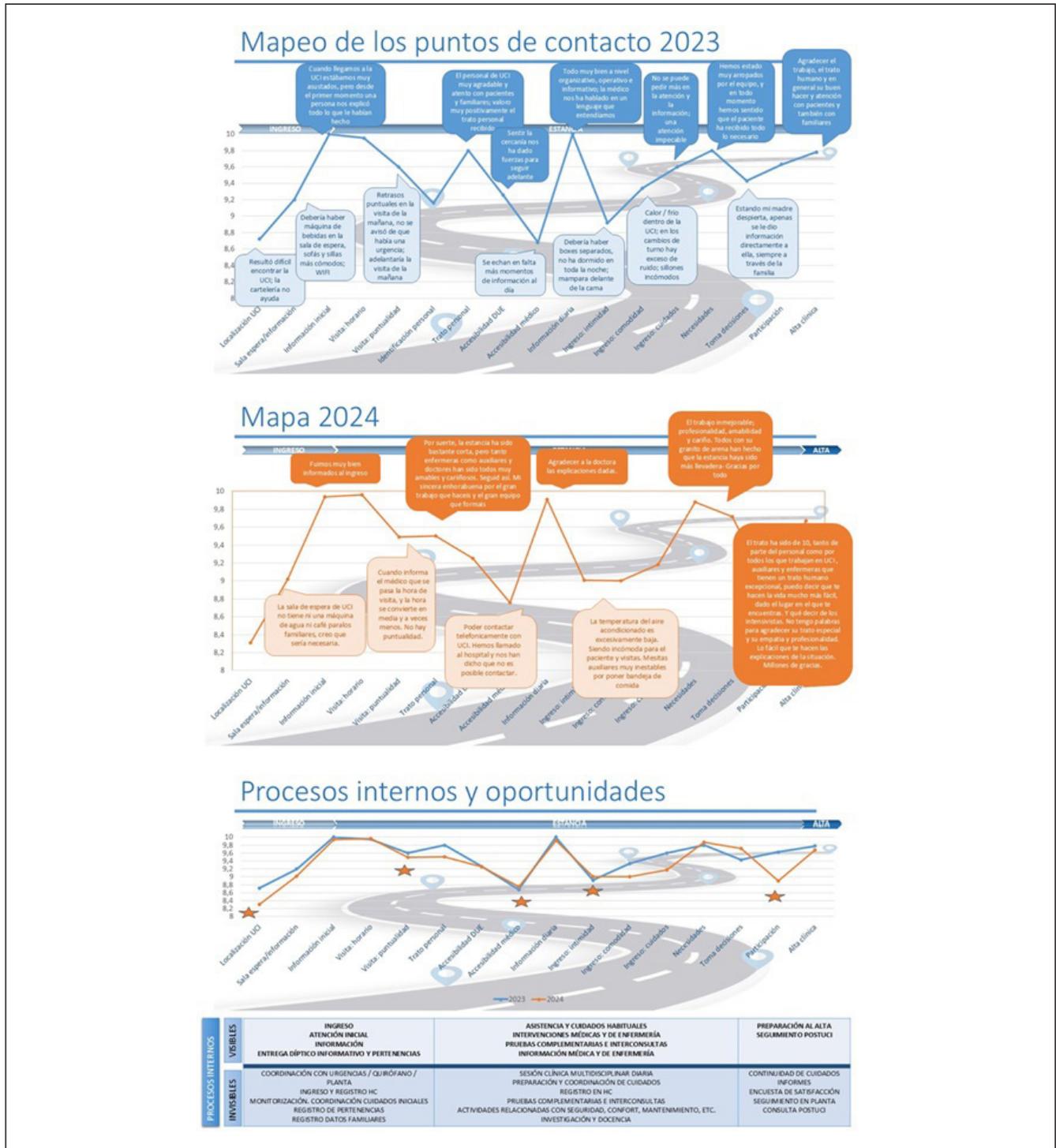
**Objetivos:** Evaluar la evolución de calidad percibida en una UCIivalente con alta calidad percibida mediante mapas de experiencia que identifican interacciones sistema-paciente, emociones que se suscitan y puntos de mejora. La experiencia en UCI es difícil de explorar en los pacientes: la familia es intérprete de su experiencia y emociones en el MEF. Valorar la eficacia en calidad percibida de las medidas implantadas en 2024.

**Métodos:** Se recogieron las respuestas de una encuesta validada de satisfacción al alta. Se realizó valoración ponderada de las respuestas comparada con el mejor resultado posible. Para la valoración emocional, se animó a los familiares a escribir comentarios en texto libre. Se compararon los resultados interanuales y se correlacionaron con los procesos internos del Servicio y las medidas correctoras del año 2024. Se identificaron aspectos no resueltos y nuevas oportunidades de mejora (menor puntuación o comentarios negativos).

**Resultados:** La satisfacción de los familiares (100 en 2023 y 117 en 2024) con los distintos aspectos fue muy positiva ambos años (satisfacción global 9,8 y 9,6/10), puntuando por encima de 8,5 todos los aspectos. Se detectaron peores valoraciones en acondicionamiento de la sala de espera y boxes, intimidad y participación en las decisiones. A pesar de las medidas implementadas, estos aspectos siguen siendo los menos valorados en 2024, especialmente los relacionados con la infraestructura. Pese a mantener las mismas normas y protocolos, las familias se han sentido menos implicadas en el cuidado de los pacientes en 2024 (8,9 frente a 9,6). El MEF resultante se refleja en las figuras.

**Conclusiones:** El MEF es una herramienta útil para conocer la experiencia del paciente en la UCI y su evolución tras acciones de mejora, incluso si la experiencia es muy positiva en todos los aspectos explorados, así como para instaurar programas de atención centrada en la persona.

Figura Póster 633



**634. DECISIONES CLÍNICAS EN LA PUERTA DE LA UCI: PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES NO ADMITIDOS**

Gallego Villar M, Iglesias Franco J, Alvargonzález Riera C, Magaña Bru MI, Carrapiso Galán P, Delgado Arroyo A, Corredor Jiménez D, Izquierdo L, Canabal A y Pérez Lucendo A

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

**Objetivos:** El objetivo principal fue analizar las decisiones de no ingreso inmediato en la UCI. Los objetivos secundarios fueron el análisis de los pacientes que ingresan posteriormente y la mortalidad de los no admitidos.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional de los pacientes valorados por intensivistas y no ingresados de forma inmediata en la UCI entre 01/01/2024 y 04/11/2024. Las variables principales fueron: factores demográficos, motivos de rechazo, necesidad de ingreso en UCI posteriormente y mortalidad. Análisis descriptivo y comparativo bivalente con un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 219 pacientes, con una edad de 67 años (RIC 49-78). El motivo más común para no ingresar en la UCI (62%) fue la ausencia de gravedad al momento de la evaluación, seguido de la adecuación del esfuerzo terapéutico (30%). El 22% de los pacientes fallecieron durante su estancia hospitalaria. El 80% de los pacientes politraumatizados eran hombres y tenían 40 años (RIC 28-52), el 4%

requirió ingreso posterior en UCI y no hubo fallecimientos. Los pacientes neurocríticos tenían 72 años (RIC 64-83) y una escala GCS de 10 puntos (RIC 6-14); el 11% requirió ingreso posterior en UCI, en el 55% se adecuó el esfuerzo terapéutico y la mortalidad fue del 47%. Los pacientes sépticos tenían 70 años (RIC 54-78) y un qSOFA promedio de 1,3 puntos; se encontraban en los servicios de Urgencias (60%), Medicina interna (13%) y Neumología (10%). El 68% no cumplían criterios de ingreso en UCI al momento de la valoración, el 23% finalmente ingresó 3 ± 2 días después. La mortalidad fue del 20% y tuvo una relación estadísticamente significativa con la gravedad (p = 0,006, RR = 6, IC95% 1,4-25). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre tener más de 80 años y la adecuación del esfuerzo terapéutico (p < 0,001). El 30% de los pacientes no ingresaron en la UCI debido a la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), con una mediana de edad de 80 años (RIC 76-84). La edad > 80 años (p < 0,001, RR = 5, IC95% 3,6-7,8) y la patología neurocrítica (p < 0,001) se relacionaron con las decisiones de AET. La mortalidad de este grupo fue mayor (55%, p < 0,0001, RR = 7).

**Conclusiones:** La mayoría de las decisiones de no ingreso inmediato en la UCI se realizan sobre pacientes politraumatizados jóvenes sin criterios de gravedad que tienen buen pronóstico. En los pacientes neurocríticos y de edad avanzada se toman decisiones de AET, considerando el ingreso a la UCI como una medida fútil. La mortalidad de los pacientes que no son admitidos inmediatamente en la UCI es del 22% y asciende al 55% cuando el motivo de rechazo es la AET.

### 635. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON MORBIMORTALIDAD EN LOS PACIENTES AÑOSOS CON PATOLOGÍA NO CORONARIA

Marcote Denis B, Doña Moyano M, García Olmedo J y Rodríguez Lavalle M  
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar la relación de las variables con la mortalidad hospitalaria y la morbimortalidad al año de los pacientes añosos (de 75 años o más) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por patología no coronaria.

**Métodos:** Se comprueba normalidad con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se realiza contraste de hipótesis con nivel de confianza al 95%. Periodo: enero de 2021 a septiembre de 2024.

**Resultados:** Ingresaron 208 pacientes (58% hombres) con edad mediana 78 años y rango intercuartílico (RI) 4. La supervivencia al episodio fue de 70,5% y 66,3% al año. Respecto a la situación funcional, la mediana de RANKIN al ingreso fue 1 con RI 1,25 y al año 2,5 y RI 4,25. Se comprueba que las variables cuantitativas no siguen una distribución normal y se realizan las correspondientes pruebas de contraste de hipótesis obteniendo los siguientes resultados (tabla).

**Conclusiones:** La supervivencia al año fue elevada con deterioro de la morbilidad respecto al ingreso. La mortalidad se relaciona con el motivo de ingreso, el desarrollo de fracasos orgánicos, la necesidad de soporte y las escalas de gravedad.

### 636. ¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LAS SESIONES CLÍNICAS MULTIDISCIPLINARES DIARIAS?

Viciano Giménez A, Montes Valverde IM, Pérez Bueno S, García Martín M, Alonso Marín A y Robles-Musso Castillo EM

Hospital Universitario de Poniente, Almería.

**Objetivos:** Analizar la percepción del personal sanitario sobre la realización de las sesiones clínicas diarias de manera conjunta de medicina, enfermería y fisioterapia en la UCI del Hospital Universitario Poniente.

**Métodos:** Se realiza un cuestionario anónimo a médicos, enfermeros y fisioterapeutas que trabajan actualmente en la UCI del Hospital Universitario Poniente, con un total de 17 preguntas relacionadas con su grado de satisfacción con la realización de sesiones multidisciplinarias que son llevadas a cabo los días laborales, así como sus propuestas de mejora.

**Resultados:** En la encuesta han participado un total de 50 trabajadores con edad media de 42 años (27-60) de los cuales el 70,9% son mujeres. De ellos, 10 son facultativos especialistas en medicina intensiva, 3 residentes de medicina intensiva, 36 enfermeros y un fisioterapeuta, trabajadores de UCI. Al 96,4% de los trabajadores de la muestra les parece bien la realización de dichas sesiones; el 79% de los trabajadores están de acuerdo en realizar las sesiones todos los días y no solo los días laborales. El 98,2% de los profesionales opinó que las sesiones clínicas multidisciplinarias aportan calidad al cuidado del paciente. El 94,5% opinó que en las sesiones se aporta información relevante para los pacientes y el 98,2% opinó que influye de manera positiva en la seguridad del paciente. Además, el 98,2% opinó que dichas sesiones mejoran la relación del equipo y el 60,7% que les empodera como profesionales. Tan solo el 26,8% de los profesionales afirman que las sesiones multidisciplinarias se realicen en otras UCI donde han trabajado. En cuanto al área de mejoras, destaca la opinión de aumentar la información que aporta enfermería sobre el paciente. Otros proponen que se establezca de manera más concisa el plan a seguir en el día (destete de soporte ventilatorio, posible alta, realización de pruebas de imagen...). Además, algunos profesionales proponen contar con personal de farmacia durante las sesiones clínicas.

**Conclusiones:** Más del 75% de los profesionales sanitarios ven la realización de las sesiones clínicas multidisciplinarias como un aspecto positivo de nuestra UCI, opinando más del 95% de la muestra que mejora el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes.

### 637. CHARLSON Y SABADELL: APOYO EN DECISIONES DIFÍCILES PARA PACIENTES FRÁGILES

Egea González A<sup>1</sup>, Gómez Martínez L<sup>1</sup>, Blasco Lorente D<sup>1</sup>, Rafeles Perucha B<sup>1</sup>, Ortiz Calzada S<sup>1</sup>, Garaizabal Sagastigordia I<sup>2</sup>, Chicano Nieto N<sup>1</sup>, Menjón Lajusticia E<sup>1</sup>, Martínez Alfaya M<sup>1</sup> y Labarta Monzón JL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Jorge, Huesca. <sup>2</sup>Hospital Sagrado Corazón de Jesús, Huesca.

Variable	Supervivencia hospitalaria	Supervivencia a 12 meses	Rankin a 12 meses
Sexo	TF p = 0,537	χ <sup>2</sup> p = 0,485	χ <sup>2</sup> p = 0,934
Edad	U Mann-Whitney [U M-W] p = 0,905	U M-W p = 0,207	Kruskal-Wallis (K-W) p = 0,218
HTA	TF p = 0,436	χ <sup>2</sup> p = 0,868	χ <sup>2</sup> p = 0,487
DM	TF p = 0,644	χ <sup>2</sup> p = 0,828	χ <sup>2</sup> p = 0,078
DLP	TF p = 0,542	χ <sup>2</sup> p = 0,579	χ <sup>2</sup> p = 0,953
Fumador	TF p = 0,576	χ <sup>2</sup> p = 0,612	χ <sup>2</sup> p = 0,154
Cardiopatía isquémica previa	TF p = 0,054	χ <sup>2</sup> p = 0,242	χ <sup>2</sup> p = 0,504
Motivo de ingreso	χ <sup>2</sup> p = 0,013	χ <sup>2</sup> p = 0,086	χ <sup>2</sup> p = 0,023
Noradrenalina	TF p = 0,000	χ <sup>2</sup> p = 0,054	χ <sup>2</sup> p = 0,103
Otros vasoactivos	TF p = 0,006	χ <sup>2</sup> p = 0,004	χ <sup>2</sup> p = 0,044
Intubación orotraqueal	TF p = 0,000	χ <sup>2</sup> p = 0,223	χ <sup>2</sup> p = 0,028
Traqueostomía	TF p = 0,454	χ <sup>2</sup> p = 0,069	χ <sup>2</sup> p = 0,295
Días de VM	U M-W p = 0,007	U M-W p = 0,129	K-W p = 0,781
Fracaso renal	TF p = 0,018	χ <sup>2</sup> p = 0,397	χ <sup>2</sup> p = 0,047
AKIN	χ <sup>2</sup> p = 0,004	χ <sup>2</sup> p = 0,368	χ <sup>2</sup> p = 0,358
Depuración extrarrenal	TF p = 0,007	χ <sup>2</sup> p = 0,014	χ <sup>2</sup> p = 0,147
Fallo hepático	TF p = 0,000	χ <sup>2</sup> p = 0,000	χ <sup>2</sup> p = 0,011
Días de ingreso en UCI	U M-W p = 0,623	U M-W p = 0,920	K-W p = 0,124
APACHE-II	U M-W p = 0,000	U M-W p = 0,013	K-W p = 0,016

**Objetivos:** Evaluar la influencia del grado de fragilidad al ingreso, representado por la escala de Charlson y la escala pronóstica de Sabadell, sobre la mortalidad y la calidad de vida al alta, medidas a través de la escala GOSE.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con estancia > 24 h en nuestra UCI entre enero y diciembre de 2022. Se recopilaron datos demográficos y las puntuaciones de Charlson, escala validada a los 10 años. Al alta, se evaluaron: pronóstico subjetivo (Sabadell), la calidad de vida (GOSE) y mortalidad a los 3, 6, 12 y 24 meses). El análisis estadístico se realizó con SPSS-20. Variables continuas en media  $\pm$  DE y cualitativas en porcentajes. Se emplearon análisis bivariantes y regresión logística binaria para identificar asociaciones entre las variables de ingreso y los resultados al alta y a largo plazo.

**Resultados:** Se incluyeron 139 pacientes (75,5% hombres, edad media: 65 años). La media de Charlson fue 3,6, APACHE 17, SAPS 43, SOFA 1,3. Procedencia: urgencias (42,4%), quirófano (27,3%), planta (17,3%) y otros hospitales (11,5%). Al alta, la escala de Sabadell mostró una media de 0,34 y GOSE de 6,5. La supervivencia fue del 89,9% al alta; 83,5% a los 3 meses; 79,9% a los 6 meses; 77,7% al año; y 63,3% a los 2 años. Por cada unidad adicional en la escala de Charlson, la mortalidad aumentó un 29,8% a los 3 meses, 37,6% a los 6 meses, 34,2% al año y 28,8% a los 2 años ( $p < 0,001$ ). La escala de Charlson mostró una relación inversa con el GOSE al alta ( $r = 0,4$ ;  $p < 0,001$ ). En la escala de Sabadell, por cada unidad adicional, encontramos con  $p < 0,001$ : a los 3 meses las probabilidades de supervivencia se reducen un 77,0%, a los 6 meses un 78%, a los 12 meses un 80% y a los 87%. Respecto la agitación como signo de fragilidad: A los 12 meses mortalidad del 43%, comparado con el 17% en los que no la tuvieron (OR 5,9;  $p = 0,015$ ). A los 24 meses mortalidad del 50% en pacientes con agitación frente al 21% en los que no (OR 4,5;  $p = 0,033$ ).

**Conclusiones:** El Charlson y el Sabadell son predictores robustos de la mortalidad y calidad de vida al alta. Estas herramientas permiten identificar pacientes en riesgo y guiar la toma de decisiones terapéuticas en la UCI. La agitación está relacionada con la mortalidad.

11:30-12:30 h

SALA 8

## PÓSTERES ORALES

### MARCAPASOS/ARRITMIAS

**Moderadores:** Ana Ochagavía Calvo, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat/Ignacio Pellín Ariño, Hospital Universitario de Elche

#### 638. DAI SUBCUTÁNEO PARA EL TRATAMIENTO DE ARRITMIAS VENTRICULARES GRAVES: EXPERIENCIA TRAS 5 AÑOS EN NUESTRA UCI

Díaz Suárez LDM, Jiménez Merino OI, Tout Castellano M, Lübbe Vázquez CF, Medina Cárdenas M, García-Biosque Rodríguez J, Hernández Viera MA y Romero Luján JL

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

**Objetivos:** Describir las características clínicas, tipo de procedimiento, complicaciones y resultados del implante del desfibrilador automático implantable subcutáneo (DAI-sc), como alternativa al implante clásico intravenoso para tratamiento de arritmias graves.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a pacientes que se sometieron al implante de un DAI-sc desde 2019 hasta 2024. Se seleccionaron a todos aquellos pacientes con indicación clínica para implante de DAI-sc según las guías clínicas actuales y tras el resultado favorable del *screening* preimplante. Las variables analizadas fueron: Demográficas: edad, sexo y comorbilidades. Clínicas: diagnóstico de la arritmia, prevención primaria o secundaria, función ventricular e intervenciones previas. Procedimiento: anticoagulación, reimplante y ajuste del mismo, número de incisiones y vector final de programación. Complicaciones:

infección, dolor en el bolsillo, dislocación del electrodo, terapia inapropiada. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medias y desviaciones estándar, y las cualitativas, a través de frecuencias y proporciones. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS 23.

**Resultados:** En nuestra serie de 25 pacientes la edad media es de 48 años, con 72% varones. Las comorbilidades asociadas a riesgo cardiovascular se distribuían en 16% de hipertensos y dislipémicos, 12% de diabéticos y 20% fumadores. El 28% de los pacientes tenían una FEVI < 40% y el 60% tenía una FEVI conservada. La principal indicación fue prevención primaria. La profilaxis antibiótica se realizó en el 60% con cefazolina y un 40% con vancomicina. Se empleó malla antibiótica (TYR-X) adicional en un paciente. El 24% de los pacientes recibía tratamiento anticoagulante, siendo el más utilizado el dabigatrán (8%). Estancia media de 24 horas tras el procedimiento en planta de hospitalización. En el 12% de los pacientes anticoagulados se interrumpió 24 horas previas al procedimiento y el 8% se suspendió la anticoagulación 48 horas previas al implante. En el 80% de los casos se programó el vector primario, en el 56% de los casos se realizaron dos incisiones. De los 27 pacientes, 6 fueron reintervenidos, 4 de ellos precisaron recolocación del electrodo y 1 recambio de dispositivo. No hubo infecciones precoces ni tardías.

**Conclusiones:** La implantación de DAI-sc durante 5 años en nuestra UCI ha tenido un resultado eficaz a pesar de ser una población heterogénea, en pacientes en su mayoría con etiología isquémica, con pocas complicaciones en la técnica, sin infecciones y con estancia hospitalaria corta.

#### 639. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON IMPLANTE DE MARCAPASOS: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Jiménez López M, Bellaubi Pallarés N, Lechuga Durán I y Masdeu Eixarch G Hospital Verge de la Cinta, Tarragona.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es describir aquellas variables que puedan asociarse a una menor supervivencia después del implante de marcapasos y generar datos que permitan una estratificación del riesgo que pueda ayudar a la toma de decisiones clínicas y a mejorar los protocolos de seguimiento de estos pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y longitudinal. Describe variables demográficas, características generales, complicaciones y mortalidad. Se describen medidas de tendencia central y prueba de hipótesis con chi cuadrado. Para variables cuantitativas, se establecieron puntos de corte con curvas ROC. Se analizó el HR para variables con relación estadísticamente significativa.

**Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes del 1/1-31/12 de 2022. Las características generales y los antecedentes médicos se resumen en la tabla 1. En el seguimiento 7% tuvieron complicaciones (la más frecuente la dislocación de un cable), 17% reingresaron por alguna causa cardíaca y 9% fallecieron. La mayoría de los marcapasos fueron unicamerales (53%) y de urgencia (69%). El 94% estaban sintomáticos, siendo el síncope el síntoma principal (57%), y el BAV completo el más frecuente (37%). Se analizaron los factores relacionados con el *exitus* (tabla 2).

**Conclusiones:** En pacientes con insuficiencia cardíaca, FEV disminuida y/o cardiopatía, el riesgo se multiplica 4 veces. La elevación de troponina I ultrasensible es también un probable indicador de riesgo. En pacientes con alteración de la función renal, se observó que la mortalidad es hasta 4 veces mayor, un hallazgo que coincide con la literatura. La necesidad del implante de marcapasos está aumentando rápidamente. Es importante definir los factores de riesgo para minimizar la incidencia de efectos adversos en estos pacientes habitualmente frágiles para evitar complicaciones. En esta serie, la frecuencia de complicaciones es baja, especialmente si tenemos en cuenta la complejidad del perfil clínico de estos pacientes. Nuestros hallazgos avalan la importancia de un seguimiento estrecho y una evaluación integral del enfermo para optimizar los resultados en esta población.

#### 640. INICIO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA EN RAMA IZQUIERDA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Viciana Giménez A, Pérez Bueno S, Montes Valverde IM, Robles-Musso Castillo EM y Alonso Marín A

Hospital Universitario de Poniente, Almería.

**Objetivos:** Evaluar los datos obtenidos de la estimulación cardíaca en rama izquierda tras el inicio de su implante en 2024 en nuestro hospital, prestando especial atención a los complejos QRS posimplante.

Tabla 1 Póster 639

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES.		
VARIABLE	% (N)	
SEXO	Hombre 70% (65) Mujer 30% (28)	
EDAD > 75 AÑOS	60% (61)	
IMC > 30	33% (32)	
TIPO DE MARCAPASOS (UNICAMERAL)	53% (49)	
INDICACIÓN URGENTE	69% (64)	
SINTOMÁTICO	93% (87)	
	* Síncope	57% (53)
	* Disnea	29% (27)
	* Mareo	2% (2)
	* Otros	6.5% (6)
ECG	ACxFA bloqueada	21% (20)
	BAV 2º grado	24% (23)
	BAV completo	36% (34)
	ENS	15% (14)
COMPLICACIONES POST IMPLANTE	7,5 % (7)	
REINGRESO POR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON PATOLOGÍA CARDÍACA PREVIA	17,2% (16)	
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS		
INSUFICIENCIA CARDÍACA	25% (23)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	69% (64)	
DIABETES MELLITUS 2	27% (25)	
EPOC	7,5% (7)	
CARDIOPATÍA PREVIA	35,5% (33)	
	* Amiloidosis	10,7% (3)
	* Dilatada	32,1% (9)
	* Hipertrofica	14,3% (4)
	* Isquémica	28,6% (8)
	* Enf. Valvular	14,3% (4)
FEV DISMINUIDA	19% (18)	
LABORATORIO AL INGRESO		
	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
TROPONINA I ALTA SENSIBILIDAD (NG/ML)	110 ng/ml	DE +/- 427,25
CREATININA (MG/DL)	43% (40)	DE +/- 0,63
FILTRADO GLOMERULAR (ML/MIN)	7,5% (7)	DE +/- 21,23
HEMATOCRITO (%)	8,6% (8)	DE +/- 5,83
ALBÚMINA (G/DL)	10,7% (10)	DE +/- 0,47

Tabla 2 Póster 639

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EXITUS.			
VARIABLE	HR	IC 95%	p
INSUFICIENCIA CARDÍACA	4,5	1,11 – 18,8	0,024
CARDIOPATÍA PREVIA	7,8	1,51 – 40,17	0,005
FEV DISMINUIDA	4,3	0,97 – 19,58	0,041
TROPONINA I ALTA SENSIBILIDAD (> 35 NG/ML)	8,9	0,97 – 82,3	0,025
CREATININA (>1.1 MG/DL)	5,4	1,05 – 27,64	0,027
FG DISMINUIDO	1,4	0,89 – 2,27	0,002
REINGRESO POR COMPLICACIONES RELACIONADAS A PATOLOGÍA CARDÍACA	14,8	3,18 – 68,70	0,001

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes con implante de marcapasos con estimulación en rama izquierda. Se han analizado un total de 13 pacientes con implante de dicho marcapasos en la UCI del Hospital Universitario Poniente de Almería, un hospital de segundo nivel. El inicio de la formación fue al inicio de 2024 y se comenzó a implantar marcapasos en rama izquierda en septiembre del mismo año. Se han analizado los datos electrocardiográficos pre y posimplante así como los parámetros de estimulación obtenidos.

**Resultados:** Se han colocado un total de 13 marcapasos con estimulación en rama izquierda en pacientes con edad comprendida entre 48 y 82 años (mediana 71 años). Entre sus indicaciones se encuentra principalmente el BAV de 2.º grado Mobitz II, BAV 3º grado, bloqueo alterante de rama, FA lenta y síndrome bradi-taqui. 5 de nuestros pacientes tenían un ventrículo izquierdo y derecho normales, 6 de ellos hipertrofia leve del VI y 2 de ellos hipertrofia severa del VI, de los cuales uno tenía dilatación leve del VD y el otro hipertrofia grave del VD. Todos nuestros pacientes tenían FEVI conservada. La media de la medida del septo fue de 13,3 mm (9-23). Dos de dichos marcapasos

fueron modo VVI-R y el resto modo DDD-R, colocándose todos ellos por vía venosa axilar izquierda mediante punción ecoguiada. La media de la medida del QRS preimplante fue de 106 ms (82-169), la media posimplante inmediato fue de 138 ms (100-202) y posimplante tras 24 h de 136,5 ms (98-194). En cuanto a los datos sobre estimulación, la media de las ondas P fue de 3,1 mV (1,1-6), un umbral de estimulación auricular medio de 0,98 ms (0,5-1,75) y una impedancia auricular media de 589 ohmios a 5 V (430-969), en los marcapasos con modo DDD-R. La onda R media fue de 11 mV (3,1-20), un umbral de estimulación ventricular medio de 0,82 ms (0,5-1,5) y una impedancia ventricular media de 635 ohmios a 5V (361-1030).

**Conclusiones:** El implante de marcapasos en rama izquierda ofrece un tipo de estimulación más fisiológica que la estimulación en septo o en ápex, evitando así posibles taquimiopatías relacionadas con marcapasos y permitiendo una contracción cardiaca de mayor calidad. Los resultados iniciales son prometedores, con unos datos sobre estimulación buenos y manteniendo complejos QRS aceptables. Igualmente, es una técnica compleja en la que habrá que continuar formándose y realizando, así como el estudio a largo plazo de estos pacientes.

#### 641. RELACIÓN ENTRE LA GRASA PREPERITONEAL Y LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD MULTIVASO EN CRÍTICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Ballesteros Barroso M, Sánchez de Toro Hernández PJ y Rivera Fernández R  
Hospital Universitario de Jaén (C.H.U. de Jaén), Jaén.

**Objetivos:** Evaluar si a mayor ratio de grasa visceral abdominal respecto a la subcutánea existe una mayor incidencia de enfermedad multivaso en los pacientes críticos con síndrome coronario agudo.

**Métodos:** Muestra de 48 pacientes críticos ingresados en la UCI del HUJ con síndrome coronario agudo que precisaron intervención coronaria percutánea. Se excluyeron aquellos sin alteraciones coronarias significativas o con disección coronaria. Se analizaron edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, tipo de síndrome coronario agudo, número de vasos, drogas vasoactivas, disfunción ventricular izquierda, IMC, grosor de la grasa subcutánea (TAS) y visceral/preperitoneal (TAV) y la ratio TAV/TAS mediante ecografía abdominal.

**Resultados:** Se estudiaron 48 pacientes, 88% varones, edad media 66 ± 12 años. 49% hipertensos, 43% hipercolesterolémicos, 34% diabéticos, 51% fumadores, 13% alcoholismo, 2% enfermedad renal crónica, 11% cardiopatía isquémica previa y 6% fibrilación auricular conocida. El 75% SCACEST. Enfermedad monovaso 53%, vaso más afectado la descendente anterior; el resto enfermedades multivasos, dos vasos 28%, predominando coronaria derecha + descendente anterior; afectación de tres vasos 20%. 25% ventilación mecánica no invasiva. 6% ventilación mecánica invasiva. 41% noradrenalina. La mayoría fracción eyección ventrículo izquierdo conservada, disfunción grave 24%. IMC 28 ± 4,5. Grosor del tejido adiposo visceral 9 ± 7 mm, subcutánea 16 ± 8 mm, ratio TAV/TAS 0,64 ± 0,36, TAV/TAS ≥ 0,9 en 19% (9 pacientes), con IMC normal 37% y obesidad 38%. No diferencias ratio TAV/TAS comparando con enfermedad multivaso en general, pero en concreto en los casos de enfermedad de tres vasos hay un mayor porcentaje de pacientes con ratio TAV/TAS ≥ 0,9 respecto a aquellos que presentan enfermedad monovaso o dos vasos (chi cuadrado, p = 0,032) (44 vs. 13%). No se vio asociación de la ratio con noradrenalina, disfunción VI, VMNI o VMI. Mortalidad 2% (un paciente). Estancia UCI 2 ± 3 días.

**Conclusiones:** La ratio TAV/TAS, independientemente del IMC, se relaciona directamente con el número de vasos afectados en pacientes con SCA.

#### 642. PATRÓN ELECTROCARDIOGRÁFICO PREDICTOR DE OBSTRUCCIÓN CORONARIA AGUDA EN SCACEST TIPO INFARTO

Razak Soriano M, Macías Clemente J, Alfonso Mejías J, Delgado Mesa P, Gómez Prieto MDG y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos:** Conocer los patrones electrocardiográficos asociados a aquellos SCACEST tipo infarto que se diagnostican de obstrucción coronaria aguda (OMI) en el cateterismo, valorando su capacidad predictiva.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional analítico de pacientes con SCACEST atendidos en un hospital comarcal que atiende 300.000

habitantes sin unidad de hemodinámica a los que se haya realizado coronariografía en el ingreso y se haya detectado una obstrucción trombótica o lesión crítica en un vaso culpable. Periodo de estudio: julio 2023-septiembre 2024. Se evaluaron variables demográficas, demora cateterismo, presencia de lesiones agudas, intervencionismo, patrones ECG previos al cateterismo, detectabilidad y mortalidad a los 30 días. Se expresan los resultados de variables cualitativas en número (%) y las cuantitativas con mediana y cuartiles. Se utilizó para el análisis estadístico el programa MedCalc, con los test de chi-cuadrado, U-Mann Whitney, análisis multivariante con regresión logística, y cálculo AUROC. Nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizaron 180 pacientes con SCASEST, edad 72 (61-81), 64% varones, GRACE 31,5 (111-154,5), con GRACE  $> 120$  116 (65%) y CRUSADE 34 (24,5-44). La presentación fue Killip I 80%, II 10% y III 10%. Se realizó cateterismo en el ingreso al 74%, siendo los factores asociados a su no realización la edad  $> 80$  OR 7,21 (IC95% 2,78-18,7), la comorbilidad OR 5,6 (IC95% 2,44-12,91) y el Killip II-III OR 3,27 (IC95% 1,17-9,18). El cateterismo se realizó en 4,6 días (3-7,5), con un 32% en las primeras 72 h. Se encontraron lesiones significativas en un 79%, de las cuales el 88% (92) fueron agudas. En 40 de estos pacientes se diagnosticó una OMI (30% del total), y en 12 de ellos existían datos predictores en el ECG (9 patrón de Wellens, 2 Aslanger y 1 T picudas). Hubo 8 pacientes con patrones sugestivos (6 Wellens y 2 T picudas) sin OMI. Los patrones ECG mostraron una S 54,5% (IC95% 32,2-75,6%), una Sp 91,4% (IC95% 83,8-96,2%), un VPP 60% (41,1-93%), un VPN 89,5% (IC95% 84,3%-93,1%) y AUROC 0,73 (IC95% 0,64-0,81). La mortalidad global a los 30 días fue del 8,9%, 3,2% en pacientes con cateterismo, 2,5% en pacientes con intervencionismo, 2,4% cuando el cateterismo fue antes de 72 h y 2,6% en pacientes con OMI.

**Conclusiones:** La OMI es un hallazgo frecuente en el SCASEST, aunque no parece asociarse a una mortalidad precoz incrementada. Existen patrones ECG previos asociados con una moderada sensibilidad, pero elevada especificidad y VPN. La utilización de estos patrones podría orientar la estratificación de pacientes de riesgo para el intervencionismo.

#### 643. BENEFICIOS CLÍNICOS QUE SE DERIVAN DEL IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martín Ávila H, Díez del Corral Fernández B, Giménez Beltrán B, Bohollo de Austria R y Carrizosa Carmona F

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

**Objetivos:** 1. Describir el perfil clínico del paciente que precisa de marcapasos (MP). 2. Analizar las complicaciones y beneficios clínicos que se derivan del implante de este.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, realizado en la UCI de un hospital de segundo nivel, en el que se incluyeron los implantes de marcapasos llevados a cabo en el año 2024. Analizamos demografía, antecedentes personales, clínica previa y posterior al implante, estancia en UCI/hospitalaria y complicaciones perioperatorias. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media  $\pm$  DE y las cualitativas en porcentaje.

**Resultados:** Se analizaron un total de 126 pacientes, predominantemente, varones en el 66,7% (76), con una edad media de  $77,5 \pm 9,2$  años y FRCV en el 92,1% (115) de los casos; encontrándose anticoagulados, inicialmente, 40 (31,7%). Indicaciones implante del MP: enf. del nodo 22 (17,5%), BAV alto grado 75 (59,5%), FA lenta 13 (10,3%), síndrome bradi/taquicardia 12 (9,5%) y previo al implante de TAVI 4 (3,2%). Síntomas iniciales: mareo 16 (12,7%), síncope 43 (34,1%), disnea 23 (18,3%), astenia 18 (14,3%), dolor torácico 10 (7,9%), otros (PCR, cefalea...) 12 (9,5%), encontrándose asintomáticos 4 (3,2%). Días de ingreso en UCI  $1,5 \pm 0,8$  vs. planta  $3,3 \pm 4,6$ . Complicaciones perioperatorias: hematomas 19 (15,1%) y dislocación del electrocatéter en 1 caso (0,8%). A su alta (domiciliaria, mayoritariamente, 58,7% (74)), modo de programación: DDD 62,7% (79) y VVI 37,3% (47). Al mes del implante los síntomas mejoraron en un 91,3% (115) de los casos. Como hallazgo incidental, en dicha revisión se constató FA *de novo* en 8 pacientes (6,4%). Dependientes de MP 13 (10,3%).

**Conclusiones:** El implante de marcapasos supuso una importante mejoría en la sintomatología inicial en estos pacientes añosos y pluripatólogicos, con una corta estancia hospitalaria y baja tasa de complicaciones. Asimismo, permitió el diagnóstico de FA no conocida (condicionando así el inicio de la anticoagulación).

#### 644. ¿EXISTE MEJORÍA DE LA FUNCIÓN VENTRICULAR TRAS EL IMPLANTE DE MARCAPASOS DE RAMA IZQUIERDA?

Sacristán Pérez R, Soto García R, Bruna Pividal El, Navarro Martínez J, Agámez Luengas ÁA, Arcis Conesa A, Giménez Contreras MJ, Granados Madero M, García Valiente M y Jiménez Medina D

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Principal: evaluar la mejoría de la función ventricular izquierda tras el implante del marcapasos de rama izquierda. Específicos: correlacionar la mejoría de la FEVI con la puntuación de escala NYHA.

**Métodos:** El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rafael Méndez. Participaron un total de 59 pacientes, recogidos entre los años 2021 a 2024 que fueron analizados estadísticamente mediante la prueba de Wilcoxon para muestras emparejadas. Se recogieron variables demográficas, clínicas, procedimentales, función ventricular (FEVI previa y al año del implante), ingresos posteriores por insuficiencia cardíaca, NYHA previo y al año. Por otro lado, se registraron los parámetros eléctricos del marcapasos (umbral, sensibilidad e impedancia al implante y al año del implante) en los pacientes con implante del marcapasos de más de un año de duración.

**Resultados:** El análisis del estudio mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), a favor de una mejoría de la FEVI en los pacientes a los que se le implantó, con una FEVI deprimida ( $< 50\%$ ), un marcapasos de estimulación fisiológica de rama izquierda. Disgregando los datos, del total de 59 pacientes, 18 tuvieron previo al implante una FEVI deprimida. De estos, 12 tuvieron control mediante ecocardiograma al año del implante del dispositivo, de los cuales 10 mostró una mejoría de la FEVI y de estos 4 consiguieron normalizarla (FEVI  $> 50\%$ ). Además, se estableció una correlación positiva entre la mejoría de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y la escala NYHA en 9 de los 10 pacientes.

**Conclusiones:** Este estudio, resalta la efectividad del marcapasos de rama izquierda en la mejora de la función cardíaca en pacientes con condiciones ventriculares previamente comprometidas. En conclusión, la implantación de marcapasos de rama izquierda ofrece beneficios significativos en términos de mejora de la función ventricular y calidad de vida en pacientes con FEVI deprimida, con un perfil de seguridad favorable. Estos hallazgos apoyan la continuación y expansión del uso de técnicas de estimulación cardíaca fisiológica y justifica la consideración de marcapasos de rama izquierda como una opción preferente en el manejo de pacientes seleccionados con insuficiencia cardíaca y disfunción ventricular significativa.

#### 645. COMPLICACIONES REGISTRADAS EN LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS CON ESTIMULACIÓN DE RAMA IZQUIERDA ENTRE 2021 Y 2024

Sacristán Pérez R, Bruna Pividal El, Navarro Martínez J, Agámez Luengas ÁA, Arcis Conesa A, Soto García R, Giménez Contreras MJ, Granados Madero M, García Valiente M y Jiménez Medina D

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Principal: describir la incidencia de complicaciones como infecciones, dislocación del electrodo y perforación de los dispositivos implantados con estimulación fisiológica de rama izquierda. Específicos: descripción de las características demográficas, clínicas y procedimentales registradas.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las complicaciones (infección del dispositivo, dislocación del electrodo o perforación) registradas en 59 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Rafael Méndez recogidos entre los años 2021 a 2024. Por otro lado, se recogieron variables demográficas, clínicas y procedimentales.

**Resultados:** En la muestra estudiada la edad media fue de 73,91 años, con una distribución por género de 44 hombres y 15 mujeres. En cuanto a las complicaciones, se registraron en un total de 5 pacientes, lo que supone una incidencia total del 8,47%. Dentro de las 5 complicaciones, 3 casos fueron debidas a dislocaciones del electrodo (incidencia 3,39%), detectadas de forma ambulatoria y pasados los tres meses. Las otras dos complicaciones restantes resultaron por decúbito de la pila del marcapasos, sin aislamiento microbiológico (incidencia 5,08%) que se manejaron como infección del dispositivo, ambas en dispositivo de resincronización cardíaca. Destaca que no se reportaron casos de perforación. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular 45 pacientes eran hipertensos, 31 diabéticos, 44 dislipémicos y 20 con antecedentes de cardiopatía isquémica.

**Conclusiones:** El estudio realizado refleja una baja tasa de complicaciones severas tras la implantación de marcapasos de rama izquierda. Si comparamos las incidencias de las complicaciones; dislocación de dispositivo, infección y perforación del estudio (3,39%, 5,08% y 0% respectivamente), con la registrada en la literatura actual en cuanto a complicaciones en marcapasos convencionales, vemos que la incidencia en nuestro estudio no es mayor. De esta manera, el implante de marcapasos con rama izquierda estimulada, actualmente se puede considerar un procedimiento seguro con beneficios conocidos en cuanto a la mejoría de la función ventricular en los pacientes seleccionados que anima a seguir estudiando en estudios más amplios.

#### 646. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PCR EN EL CONTEXTO DE SCACEST TRATADOS CON FIBRINÓLISIS DURANTE LA RCP

Bruna Pividal El, Sacristán Pérez R, Soto García R, Giménez Contreras MJ, Arcís Conesa A, Agámez Luengas ÁA, Navarro Martínez J, Martín Langerwerf DA, García Valiente M y Jiménez Medina D

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes que en contexto de SCACEST (síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST) presentaron una PCR (parada cardiorrespiratoria) y fueron tratados con fibrinólisis sistémica con tenecteplasa durante la RCP (reanimación cardiopulmonar) atendidos por UCI (unidad de cuidados intensivos).

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de todos los pacientes atendidos por el servicio de medicina intensiva con diagnóstico de SCACEST que presentaron una PCR tratados con fibrinólisis intraparada, entre agosto de 2022 y agosto de 2024. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresaron como medias  $\pm$  desviaciones estándar, medianas (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas.

**Resultados:** Se analizaron 15 pacientes, edad  $68 \pm 12$  años, 10 (67%) hombres, índice Charlson con mediana de 4,5 (2) y SAPS II:  $48 \pm 21$ . El índice SOFA al ingreso fue de  $3 \pm 3$ . Los ritmos de parada fueron 7 (47%) FV refractarias, 5 (33%) asistolias, 1 (7%) AESP y 2 (13%) TVSP. La reperusión coronaria exitosa se logró en 8 (53%) de los casos, de estos, 6 (75%) fueron dados de alta vivos del hospital. Las complicaciones hemorrágicas ocurrieron en uno (6%) de los casos siendo esta una complicación menor, sin registros de hemorragias intracraneales fatales.

**Conclusiones:** Los pacientes con SCACEST que presentaron una PCR tratados con fibrinólisis durante la RCP mostraron resultados satisfactorios, dada la reperusión coronaria y a la supervivencia al alta hospitalaria, con bajo porcentaje de eventos adversos. Estos resultados respaldan la viabilidad de la terapia fibrinolítica en estas situaciones, aunque se requieren más estudios para confirmar estos hallazgos.

#### 647. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES SOMETIDOS A TAVI QUE REQUIEREN IMPLANTE DE MARCAPASOS DEFINITIVO

Laguna García J

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir las características y los resultados de los pacientes de nuestro centro a quienes se les implantó una TAVI transfemorales y que requirieron estimulación permanente.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal de los pacientes sometidos a TAVI transfemorales entre abril de 2023 y diciembre de 2024 que necesitaron un implante de MPD en el posoperatorio inmediato. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, clase NYHA, fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI), antecedentes de patología coronaria, características de la válvula, y alteraciones en la conducción cardíaca (PR > 200 ms, QRS > 120 ms) antes y después del procedimiento. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas en media y desviación estándar.

**Resultados:** De los 66 pacientes a los que se les implantó una TAVI transfemorales, 29 presentaron TCAV tras el procedimiento y 13 requirieron un implante de MPD. La población fue predominantemente masculina (61%), con una edad media de  $78,3 \pm 2$  años. El 53% de los pacientes tenía clasificación NYHA III, el 92% tenía una FEVI conservada, y el 53% no presentaba patología coronaria previa. El 46% de los pacientes pre-

sentaba un tamaño valvular de 25 mm, y el 53,8% recibió prótesis autoexpandibles Neo Acurate, mientras que el 46% recibió prótesis Evolute+. Un 15% de los pacientes requirió predilatación, y el 31% necesitó tanto predilatación como posdilatación. En cuanto a las alteraciones en el ECG, el 38% presentaba un QRS > 120 ms antes del procedimiento, porcentaje que aumentó al 69% tras el procedimiento. El 15% tenía un intervalo PR > 200 ms antes y un 38% lo presentó después. Se registraron 2 complicaciones relacionadas con el acceso vascular, 1 ictus isquémico y 2 fugas periprotésicas.

**Conclusiones:** La TAVI se ha consolidado como tratamiento estándar para la EA degenerativa, pero los TCAV siguen siendo comunes. En nuestra experiencia, los pacientes con sexo masculino, edad avanzada y sintomatología NYHA III presentaron una mayor tasa de implante de MPD. La longitud del septo membranoso fue de 9 mm, y en la literatura se observa una mayor necesidad de marcapasos en casos con septos < 13 mm. Además, los pacientes con alteraciones en la conducción cardíaca, principalmente QRS ancho, tuvieron una tasa más alta de MPD. Las prótesis autoexpandibles, en particular las Evolute+, mostraron una mayor necesidad de MPD, posiblemente debido a la mayor profundidad de implante y el daño al haz de His. También se observó que la sobredilatación por predilatación y posdilatación se asoció con un mayor riesgo de TCAV.

11:30-12:30 h

SALA C3+C4

## PÓSTERES ORALES

### MISCELÁNEA 3

**Moderadores:** Carlos González Iglesias, Hospital de Barbastro, Huesca/Mónica Magret Iglesias, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

#### 648. IMPACTO DE UN NUEVO PROTOCOLO DE NUTRICIÓN EN LA UCI: OPTIMIZACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL

Giráldez Vázquez E, Blanco Bermejo CJ, Ruiz del Fresno L, Soto Gómez-Cambronero J y Estecha Foncea MA

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

**Objetivos:** Instauración de un nuevo protocolo basado en una medición del residuo gástrico más permisiva con el volumen, cálculos más precisos de requerimientos y la priorización de fórmulas hiperproteicas y la realización de un curso anual de formación multidisciplinar con la búsqueda de los siguientes objetivos: prioridad de uso de la NE; cálculo personalizado de las necesidades calóricas y proteicas; prioridad en el uso de NE hiperproteica, adaptando las fórmulas según el estado clínico del paciente.

**Métodos:** Comparación retrospectiva de los datos nutricionales 1 año antes y 1 año después de la implementación del protocolo. Las métricas principales incluyeron el porcentaje de pacientes que recibieron NE, el tipo de fórmulas utilizadas y el aumento en el uso de suplementos proteicos.

**Resultados:** Tras la implementación del protocolo se observó: 1. Un aumento significativo en el uso de NE, con un aumento del uso de NE del 50% respecto al periodo previo, con RR 1,5, IC95% (1,29-1,77),  $p < 0,001$ . 2. Un descenso del uso de NPT del 52% al 27% de los pacientes,  $p < 0,001$ . 3. Se produjo un aumento en el uso de NE hiperproteica del 35%, con RR 1,68, IC95% (1,38-2,06),  $p < 0,001$ . 4. Un aumento del uso de suplementos proteicos, siendo pautados en el doble de pacientes en el segundo periodo. 5. Mayor sensibilización y adhesión del personal a las estrategias para optimizar la NE, reflejado en una administración más eficiente.

**Conclusiones:** El protocolo introdujo un cambio positivo en la práctica nutricional de nuestra UCI, promoviendo un mayor uso de la NE, siendo este más racional y efectivo, con mayor alcance de objetivos pautados. Estos resultados resaltan la importancia de adaptar los protocolos a las recomendaciones de las sociedades científicas, con aumento

del residuo gástrico tolerado y de llevar a cabo una formación multidisciplinar continua que permita conocer el impacto que la NE tiene en nuestros pacientes y sensibilizar acerca de la optimización de su uso. Este enfoque proactivo en la nutrición podría extenderse a otras UCI, lo que permita un modelo efectivo para optimizar el soporte nutricional y mejorar la coordinación entre los diferentes profesionales, uniformando el tratamiento de los pacientes lo máximos posible.

**649. DISFAGIA POSEXTUBACIÓN EN PACIENTE CRÍTICO: COMPLICACIONES E IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO VITAL**

Raya Rojas L, Flecha Morales N, Pedrera Ferrero M, Peña Gragera M, Gaitano García A, Ávila Sansegundo C y Cerezo Arias MDLO

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

**Objetivos:** La disfagia es una complicación frecuente en pacientes críticos posextubación (postextIOT). De ahí la importancia de detección y abordaje precoces. Nuestro objetivo principal es demostrar relación entre disfagia postextIOT y neumonía aspirativa. Los objetivos secundarios son: establecer relación entre disfagia e intubación (IOT) prolongada, reintubación (reIOT) y repercusión de reIOT en la aparición de disfagia.

**Métodos:** Se realiza un estudio prospectivo, descriptivo y análisis inferencial de contraste de hipótesis (regresión logística binaria y chi-cuadrado) mediante SPSS con una muestra de 34 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Badajoz, de septiembre a diciembre de 2024. Variables a estudio: disfagia, neumonía aspirativa, estancia, días de IOT y reIOT, diagnóstico de ingreso. Evaluamos disfagia con el método de exploración clínica de volumen-viscosidad (MECV-V).

**Resultados:** El análisis descriptivo resume el porcentaje global de pacientes con disfagia, estancia media, IOT prolongada y porcentaje de pacientes (con y sin disfagia) que desarrolla complicaciones. Se objetiva disfagia en un 39% de la muestra. De ellos, asocian complicaciones 51%. La patología cardiológica presentó el 50% de disfagia y la neurológica 43%. El análisis inferencial a través de regresión logística binaria deduce que la disfagia es factor de riesgo (aumenta 6 veces la probabilidad de neumonía aspirativa). A su vez, la presencia de complicaciones aumenta 4,6 veces la probabilidad de disfagia. Existe correlación entre disfagia y neumonía aspirativa: el porcentaje de casos con disfagia es mayor en neumonía aspirativa (66%). Se objetiva relación directa entre disfagia y neumonía aspirativa, presentándose la primera como factor de riesgo para la segunda, y aceptando a su vez, que la presencia de la segunda retroalimenta la primera. Como objetivo secundario se plantea en qué medida la necesidad de reIOT es complicación derivada de la disfagia y si la reIOT puede originarla. Los no reIOT presentan disfagia en 28% y los sí reIOT, un 71%. De los pacientes con disfagia han sido reIOT el 41% y no reIOT el 58%. Se aprecia significación estadística en cuanto a correlación entre ambas y desde un punto de vista porcentual. El número de días IOT actúa como factor de riesgo de disfagia.

**Conclusiones:** La disfagia es factor de riesgo para broncoaspiración, empeorando el pronóstico vital y funcional. IOT prolongada y reIOT son factores de riesgo para disfagia. ReIOT y disfagia se retroalimentan. Es esencial protocolizar el diagnóstico, medidas preventivas y de rehabilitación.

**650. IMPACTO DE LA INGESTA PROTEICA EN LA DEBILIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO: ENSAYO PROSPECTIVO INTERVENCIÓN EN 18 UCI ESPAÑOLAS**

Sánchez Álvarez C<sup>1</sup>, Vila García B<sup>2</sup>, Cerezo Arias M<sup>3</sup>, Colmenero Ruiz M<sup>4</sup>, Gastaldo Simeón R<sup>5</sup>, Vaquerizo Alonso C<sup>6</sup>, González Iglesias C<sup>7</sup>, Mateu Campos ML<sup>8</sup>, Martínez Carmona JF<sup>9</sup> y Bordeje Laguna L<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Jubilada, Hospital Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Badajoz (C.H. Universitario de Badajoz), Badajoz. <sup>4</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. <sup>5</sup>Hospital de Manacor, Illes Balears. <sup>6</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. <sup>7</sup>Hospital de Barbastro, Huesca. <sup>8</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. <sup>9</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga. <sup>10</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Objetivos:** Comparar la incidencia y la gravedad de la debilidad adquirida en UCI (DAUCI) en dos grupos de pacientes tratados con diferentes dosis proteicas (1,5 g/kg/día frente a 1,0 g/kg/día).

**Métodos:** Ensayo prospectivo aleatorizado en pacientes críticos bajo ventilación mecánica invasiva durante más de 3 días y que requirieron soporte nutricional durante más de 7 días, comparando una ingesta de proteínas de 1 g/kg/d frente a 1,5 g/kg/d. El impacto en los resultados de los pacientes se mide a los 28 días o al alta de la UCI, al alta hospitalaria y a los 90 días después del alta, mediante la escala de fuerza MRC (Medical Research Council) (de 0 a 60 puntos), considerando DAUCI puntuación inferior a 48.

**Resultados:** Periodo de reclutamiento: diciembre 2022-junio 2024. De los 179 pacientes incluidos (tras excluir a 9 pacientes por rotura protocolo, 34 *exitus* antes del alta de UCI, y pérdida de datos), el objetivo final se alcanzó en 94 pacientes (no se alcanzó el mínimo para el plan estadístico previo). Los resultados se presentan en la tabla. Grupo 1 vs. grupo 1,5: días de estancia en UCI 26/28, días de Nutrición 19,2/19,5, Mortalidad 12/16, días sedación 14/14,7, días de ventilación mecánica 14/15,6. En todos casos p: NS.

MRC: MEDICAL RESEARCH COUNCIL. Prueba de Fuerza					
<b>MCR A LOS 90 DÍAS</b>					
	Grupo A (1 g. prot/kg/día)		Grupo B (1.5 g. prot/kg/día)		
Total Pac	Número	media (DS)	Número	media (DS)	p valor
<b>94</b>	48	56 (8)	46	54 (8.4)	0.26
MRC≤ 48 : (19)	7	40.2 (9.2)	12	42 (6.3)	0.63
MRC≥49:(75)	41	58.7 (3.3)	34	58.4 (3.4)	0.69
<b>MRC AL ALTA HOSPITALARIA</b>					
Total Pac	Número	Media (DS)	Número	media (DS)	p valor
<b>111</b>	60	49.9 (10.4)	51	48.3 (12.9)	0.46
MRC≤ 48 (19)	23	39.7 (7.8)	22	35.7 (9.6)	0.17
MRC>49 (75)	37	56.3 (3.4)	29	57.9 (3.2)	0.06
<b>MCR AL ALTA UCI</b>					
Total Pac	Número	media (DS)	Número	media (DS)	p valor
<b>125</b>	65	43.2 (13.2)	60	40.3(16.3)	0.26
MRC≤ 48 (82)	42	36.5 (11.6)	40	31.6 (12.7)	0.06
MRC>49 (43)	23	55.4 (3.7)	20	57.7 (3.6)	0.05

**Conclusiones:** La aparición de DAUCI en estos pacientes fue concordante con la literatura: pacientes medidos con puntuación menor de 48: 67,2% al alta de UCI, 40% al alta hospitalaria y 31% a los 90 días. En este estudio no encontramos diferencias entre los dos grupos tratados con dosis distintas de proteínas, y en nuestro caso, la modificación proteica no tuvo influencia sobre la aparición de DAUCI. Al no alcanzar una n necesaria para el plan estadístico, se necesitan más investigaciones para evaluar la dosis óptima proteica en los pacientes críticos.

**651. CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LOS REQUERIMIENTOS CALÓRICOS DEL PACIENTE CRÍTICO MEDIANTE CALORIMETRÍA INDIRECTA**

Reina Martínez FJ, Álvarez Ossorio Cisneros S, Palacios García I, Delgado Barroso A, Martínez Matencio J y Amaya Villar R

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

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en los requerimientos calóricos del paciente ingresado en UCI en diferentes momentos evolutivos medidos por calorimetría indirecta (CI).

**Métodos:** Estudio analítico retrospectivo (2023 a 2024), de estudios de CI realizadas a pacientes adultos ingresados en una UCI de tercer nivel. Se recogen características clínicas de la medición y de la situación del paciente; variables antropométricas y resultado de CI. Compa-

ración del Gasto Energético en Reposo (GER), coeficiente respiratorio (RQ) y relación GER/peso ideal en 4 etapas temporales de 3 días de ingreso. Descripción de variables por medias, medianas, desviación estándar y proporciones. Análisis de contraste estadístico mediante análisis de Kruskal-Wallis de variables cuantitativas y de chi cuadrado de cualitativas.

**Resultados:** Se recogieron 93 calorimetrías realizadas a pacientes ingresados en UCI, de edad media 55 años (DE 10), predominantemente varones (67%) con IMC medio de 29 (DE 6,1). Más del 50% de los pacientes ingresaron en UCI por *shock* séptico, seguido de traumatismo térmico (11%) o patología neurocrítica. El APACHE II y SOFA medios fueron de 20 y 9 respectivamente al ingreso, con una mortalidad en UCI del 23% y estancia mediana de 22 días. Se observa un descenso significativo del soporte vasoactivo y sedación (86 vs. 52%) entre el 4º y 6º de estancia en UCI y cambio a modos ventilatorios asistidos entre los días 7 y 9 (0 vs. 48%). Se observó que el GER medio se incrementa a partir del 6º día de estancia (1.692 vs. 2.017 Kcal/d,  $p < 0,05$ ) pero no se identificó esta diferencia estadística al considerar el GER como valor por peso ideal ajustado a IMC (24 Kcal/Kg/d vs. 28 Kcal /Kg/d,  $p = 0,05$ ), limitado por la potencia del estudio. Sí se observa que los aportes calóricos aumentan progresivamente en sucesivas mediciones (5 vs. 16 vs. 19 vs. 24 Kcal/Kg/día,  $p < 0,01$ ). Tras la valoración por CI, la actitud más frecuente en los primeros 3, 6 y 9 días de ingreso es de incrementar el aporte calórico (86%, 72% y 80% respectivamente) con tendencia a mantenerlo en las mediciones posteriores al 9 día (45%,  $p < 0,01$ ). No se observa modificación del RQ, como sí un incremento paulatino de la prealbúmina promedio (8,8 vs. 13 vs. 16 vs. 18,  $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** En nuestra muestra los requerimientos calóricos del paciente crítico se mantienen en torno al estándar del 25 Kcal/Kg peso ideal en los primeros 6 días de ingreso, incrementándose después de forma relevante pero no estadísticamente significativa. El seguimiento nutricional mediante CI permite identificar el cambio y personalizar el tratamiento nutrometabólico del enfermo.

## 652. INFLUJO DE DOSIS PROTEICAS EN LA MOVILIDAD DEL PACIENTE CRÍTICO. ESTUDIO PROSPECTIVO EN 18 UCI ESPAÑOLAS

Sánchez Álvarez C<sup>1</sup>, Flordelis Lasierra JL<sup>2</sup>, Molina Sánchez N<sup>3</sup>, Lorenzo Cárdenas C<sup>4</sup>, Jara Rubio R<sup>5</sup>, Pérez Pérez B<sup>6</sup>, Alcázar Espín MDLM<sup>7</sup>, Serón Arbeloa C<sup>8</sup>, Gumucio Sanguino VD<sup>9</sup> y Martínez-Lozano Arana F<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Jubilada, Hospital Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Hospital General Universitario los Arcos del Mar Menor, Murcia. <sup>4</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>5</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>6</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C.H. de Cartagena), Murcia. <sup>7</sup>Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. <sup>8</sup>Hospital Universitario San Jorge, Huesca. <sup>9</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Objetivos:** Comparar la incidencia y gravedad de afectación de la movilidad del paciente crítico con nutrición con diferentes dosis de proteína (1,5 g/kg/día frente a 1,0 g/kg/día).

**Métodos:** Ensayo prospectivo aleatorizado en pacientes críticos bajo ventilación mecánica invasiva durante más de 3 días y que requirieron soporte nutricional durante más de 7 días, comparando una ingesta de proteínas de 1 g/kg/d frente a 1,5 g/kg/d. El impacto en los resultados de los pacientes se mide a los 28 días o al alta de la UCI, al alta hospitalaria y a los 90 días después del alta, mediante la escala de movilidad IMS

**Resultados:** Periodo de reclutamiento diciembre 2022-junio 2024. De los 179 pacientes incluidos (tras excluir a 9 pacientes por rotura protocolo, 34 *exits* antes del alta de UCI, y pérdida de datos), el objetivo final se alcanzó en 87 pacientes (no se alcanzó el mínimo para el plan estadístico. Los resultados están en tabla. Grupo 1 vs. grupo 1,5: días de estancia en UCI 26/28, días de Nutrición 19,2/19,5, Mortalidad 12/16, días sedación 14/14,7, días de ventilación mecánica 14/15,6. En todos casos  $p$ : NS.

**Conclusiones:** En este estudio no encontramos diferencias finales entre los dos grupos tratados con dosis distintas de proteínas, y en nuestro caso, la modificación proteica no tuvo influencia sobre la movilidad del paciente Al no alcanzar una  $n$  necesaria para el plan estadístico, se necesitan más investigaciones para evaluar la dosis óptima proteica en los pacientes críticos.

IMS CLASIFICACION	ACTIVIDAD REALIZADA
0	Ninguna movilidad (restringido en la cama)
1	Sentado en la cama, ejercicios en la cama
2	Transferido pasivamente para la cadera (sin ortostatismos)
3	Sentado al borde de la cama
4	Ortostatismo
5	Transferencia de la cama al sillón
6	Mancha estacionaria (al borde de la cama)
7	Deambular con el auxilio de 2 o más personas
8	Deambular con el auxilio de 1 persona
9	Deambulación independiente CON auxilio con un dispositivo de marcha
10	Deambulación independiente SIN auxilio con un dispositivo de marcha

FUENTE: Feasibility and inter-rater reliability of the ICU Mobility Scale. Hodgson C et al. *Heart Lung*. 2014;43:23-24

IMS A LOS 90 DÍAS				
	Total Pac	Grupo 1 g prot/kg/día	Grupo 1.5 g Prot/kg/día	p valor
Número	87	43	46	
Media (DS)	8.32 (3.03)	8.80 (2.65)	7.89 (3.30)	0.142
IMS AL ALTA HOSPITALARIA				
	Total Pac	Grupo 1 g prot/kg/día	Grupo 1.5 g Prot/kg/día	p valor
Número	94	44	52	
Media (DS)	6.69 (3.37)	7.25 (3.01)	6.23 (3.60)	0.146
IMS AL ALTA UCI				
	Total Pac	Grupo 1 g prot/kg/día	Grupo 1.5 g Prot/kg/día	p valor
Número	108	50	58	
Media (DS)	2.82 (2.41)	3.25 (2.45)	2.47 (2.33)	0.044

## 653. IMPACTO DE LAS POLÍTICAS DE VISITAS AMPLIADAS Y NUEVAS INICIATIVAS HUMANIZADORAS EN EL PACIENTE CRÍTICO Y SUS FAMILIARES

Giménez Contreras MJ, Soto García R, Bruna Pividal EI, Sacristán Pérez R, Agámez Luengas AA, Arcis Conesa A y Navarro Martínez J

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de las visitas ampliadas, salidas al aire libre y la terapia asistida con animales (TAA) en pacientes críticos, analizando beneficios emocionales y clínicos, así como medidas para su implementación segura.

**Métodos:** Revisión bibliográfica de estudios publicados en PubMed, Scielo y Cochrane Library. Variables incluidas: incidencia de *delirium*, ansiedad y depresión; satisfacción familiar; duración de la estancia en UCI; riesgo de infecciones nosocomiales.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 28 artículos: 1 guía de práctica clínica, 7 revisiones sistemáticas, 2 metaanálisis, 4 opiniones de expertos, 12 estudios observacionales y 2 cuasiexperimentales. El 36% evaluaba específicamente las políticas de visitas ampliadas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), concluyendo que mejoran la satis-

facción familiar, reducen el estrés y la ansiedad, y disminuyen la duración de la estancia en UCI en al menos 1 día. En el 21% se abordaron iniciativas de contacto con la naturaleza, como el programa “Paseos que curan”, concluyendo que disminuyen la incidencia de *delirium* y depresión, regulan el sistema nervioso autónomo, potencian el sistema inmune y aceleran la recuperación física y emocional. El 11% se centró en evaluar el impacto de la TAA, indicando que esta intervención es eficaz y segura para reducir el dolor, el miedo y la ansiedad de los pacientes críticos, contando con alta aceptación entre pacientes, familiares y personal sanitario. En un 7% se analizó el riesgo de infecciones nosocomiales, concordando en que, con medidas preventivas basadas en evidencia como el lavado de manos y el uso de mascarillas, estas no se ven incrementadas. En el 18% se examinaron las barreras para la implementación de estas iniciativas, señalando que la percepción de carga de trabajo adicional genera estrés y resistencia, ligada a la falta de formación en habilidades emocionales y a las estructuras inadecuadas para llevarlas a cabo de muchas UCI. El 11% restante refleja reflexiones de expertos sobre las visitas flexibles, los cuales destacan su impacto positivo en la humanización de los cuidados y la relación médico-familiares.

**Conclusiones:** 1. Los estudios concluyen que las políticas humanizadoras en UCI mejoran el bienestar emocional y clínico de pacientes y familiares. 2. Estas políticas son seguras siempre que se sigan medidas preventivas basadas en la evidencia. 3. La falta de infraestructura y la percepción de carga laboral adicional son las principales barreras y deben abordarse con formación en humanización y ajustes estructurales.

#### 654. IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTA POST UCI EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN EN EL AÑO 2024

Nebot Casanova M, Aguilar Valero EA, Heras La Calle G y Molina de la Torre MC

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

**Objetivos:** Describir el desarrollo e implementación de un protocolo para la prevención, detección, manejo y seguimiento de los pacientes y familias con síndrome post cuidados intensivos (PICS) en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ).

**Métodos:** El servicio de Medicina Intensiva del CHJ ha desarrollado el proyecto denominado RENACE (Restaura, Recupera y Renace) HUCI Jaén en 2024. Se seleccionaron aquellos pacientes que cumplían criterios de desarrollo de PICS. Como criterios de inclusión para el riesgo desarrollo de PICS se han establecido: ventilación mecánica prolongada (> 5 días) y/o prono, *shock* séptico > 3 días, fallo de > 2 órganos, Sedación prolongada (> 5 días), Uso de relajantes musculares (> 3 días), uso de benzodiazepinas en perfusión, desarrollo de *delirium*, desarrollo de debilidad adquirida en la UCI, estancia prolongada en UCI (> 7 días), falta de apoyo familiar, traqueostomía. En la consulta de PICS se rellenaron en conjunto con los pacientes las siguientes escalas: Valoración del estado funcional mediante la escala de EuroQuol-5D, Valoración de la esfera cognitiva mediante la escala MOCA, Valoración de la ansiedad y depresión mediante la escala HADS y evaluación del área nutricional mediante la escala MUST.

**Resultados:** En los primeros seis meses de desarrollo del programa, un total de n = 72 pacientes ingresados en UCI cumplían criterios de desarrollo de PICS, de los cuales fallecieron en el hospital un total de n = 18 (25%). De los n = 54 restantes, se consiguió citar para la consulta de PICS un total de n = 20 pacientes (28%). De los n = 34 pacientes restantes, 6 pacientes rechazaron telefónicamente acudir a la consulta (8,33%), 7 pacientes no cogieron el teléfono (9,72%), 15 pacientes continuaban hospitalizados (20,83%) y los 6 pacientes restantes (8,33%) estaban pendientes de citar para los meses de febrero y marzo. De los 20 pacientes que se citaron a la consulta, acudieron 18 (90%). De los 18 pacientes vistos, 12 de ellos fueron dados de alta tras la primera consulta (66,66%); los 6 pacientes restantes (33,33%) fueron citados a los 3 meses posteriores de la primera consulta. El 100% de pacientes que acudieron a la consulta estaban muy de acuerdo con el seguimiento por parte del equipo de PICS tras el alta hospitalaria.

**Conclusiones:** Se espera que con la implementación del protocolo Renace HUCI en Jaén, aumente la sensibilidad frente al PICS. Hay que seguir recogiendo datos de los pacientes que ingresan en nuestra UCI y cumplen criterios de PICS para encontrar formas de mejorar la calidad asistencial que ofrecemos en nuestro servicio. Los pacientes que acuden a la consulta están de acuerdo con el programa

11:30-12:30 h

SALA C6+C7

## PÓSTERES ORALES

### VENTILACIÓN MECÁNICA

**Moderadores:** Ana Abella Álvarez, Hospital Universitario del Henares, Coslada/ Gonzalo Hernández Martínez, Hospital Universitario de Toledo

#### 655. “EFECTO WEEKEND” EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Torrano Ferrández A, López Gómez L, Torrano Ferrández M, Higón Cañigral Á, Fernández Gambín H, Rozua López AM, López Morales P, García Linares GS, Maiquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

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), según si ingresan en UCI durante el fin de semana o entre semana.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, de pacientes que, de forma consecutiva ingresan en UCI, entre 2020 y 2023 con diagnóstico de IRA y tratados con VNI. Se dividieron en dos grupos según si ingresaban entre semana (de lunes a viernes) o durante el fin de semana (sábado y domingo). Se definió fracaso de la ventilación no invasiva la necesidad de intubación o muerte en UCI. Los variables se muestran como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante la t de Student y prueba de ji<sup>2</sup> de Pearson. Se calculó la *odds ratio* (OR) ajustada por edad, género, orden de no intubación, tipo de IRA, índice SAPS II, índice Charlson, frecuencia respiratoria basal y PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> basal, con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) mediante ponderación de probabilidad inversa.

**Resultados:** Se analizaron un total de 1.043 pacientes, de los cuales 747 (71,6%) ingresaron entre semana y 296 (28,4%) en fin de semana. El 67,5% (n = 704) eran hombres, la edad media de 63,4 años ± 14,3 y SAPS II 36,2 ± 13,3. El 25,2% (n = 263) presentaron fracaso de VNI. En la tabla se muestran las comparaciones de las variables según momento ingreso. La OR ajustada para fracaso de VNI era 1,19 (IC95%: 0,88 a 1,61).

	Fin de semana (n = 296)	Entre semana (n = 747)	p
Edad, años	63,6 ± 14,0	63,0 ± 15,1	0,541
SAPS II	36,5 ± 13,9	36,1 ± 13,2	0,661
Hombres, n (%)	201 (67,9)	503 (67,3)	0,860
Orden no IOT, n (%)	47 (15,9)	101 (13,5)	0,325
Índice Charlson	2 (0-3)	2 (0-3)	0,552
FR inicio	31,6 ± 6,4	31,9 ± 6,3	0,902
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> inicio	129,3 ± 34,2	130,9 ± 31,7	0,469
Fracaso VNI, n (%)	85 (28,7)	178 (23,8)	0,101
Duración VNI, horas	48 (24-88)	48 (24-85)	0,991
Mortalidad UCI, n (%)	62 (20,9)	107 (14,3)	0,009
Mortalidad hospital, n (%)	74 (25)	145 (19,4)	0,046
Estancia UCI, días	6 (3,5-11)	7 (4-12,5)	0,222
Estancia hospital, días	14 (9-22)	14 (9-24)	0,585

**Conclusiones:** El fracaso de la VNI no está influido por el momento de ingreso del paciente en la UCI. Sin embargo, el ingreso en fin de semana se relaciona con una mayor mortalidad.

#### 656. “EFECTO HOLYDAYS” EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Fernández Gambín H, Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Martínez Martín G, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, López Morales P, García Linares GS, López Gómez L y Carrillo Alcaraz A

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) según si estos ingresan o no en periodo vacacional.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo a partir de una base de datos prospectiva en la que se incluyen todos los pacientes que ingresan en UCI por IRA tratada inicialmente con VNI entre 2020 y 2023. Se considera como periodo vacacional los meses de julio a septiembre, ambos inclusive. Se definió fracaso de VNI como aquellos pacientes que precisaron intubación orotraqueal o fallecieron en UCI. Las 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  $\chi^2$  de Pearson. El ajuste de variables de confusión se realizó mediante ponderación de probabilidad inversa.

**Resultados:** Se analizaron 1.043 pacientes, 704 (67,5%) eran varones con una edad media  $63,5 \pm 14,3$  años y SAPS II de  $36,3 \pm 13,4$ . Del total, 121 (11,6%) ingresaron en periodo vacacional. La tasa de fracaso fue del 25,2%. La comparación de las principales variables entre los dos grupos se muestra en la tabla. La OR ajustada mortalidad hospitalaria según los pacientes ingresaran o no en periodo vacacional fue de 0,978 (IC95%: 0,674-1,382).

	Vacaciones	No vacaciones	p
Edad	61,4 $\pm$ 17,3	63,7 $\pm$ 13,9	0,157
Hombre, n (%)	77 (63,6)	627 (68,0)	0,335
SAPS II	36,8 $\pm$ 14,5	36,2 $\pm$ 13,2	0,625
Charlson	1 (0-2)	2 (0-3)	0,165
PaFi inicio	133,7 $\pm$ 35,5	130,1 $\pm$ 31,0	0,288
FR inicio	30,4 $\pm$ 7,2	32,0 $\pm$ 7,2	0,007
Fracaso VNI, n (%)	29 (24,0)	234 (25,4)	0,737
Duración VNI, días	2 (1-4)	2 (1-5)	0,705
Estancia en UCI, días	6 (4-12)	7 (4-12)	0,766
Estancia hospitalaria, días	14 (9-25)	14 (9-23)	0,294
Mortalidad UCI, n (%)	17 (14,0)	152 (16,5)	0,494
Mortalidad hospitalaria, n (%)	24 (19,8)	195 (21,1)	0,738

**Conclusiones:** En este trabajo no se ha mostrado la presencia de una relación entre el ingreso en periodo vacacional y el pronóstico en pacientes con IRA tratados con VNI.

### 657. CORRELACIÓN ENTRE UNA ESCALA SEMICUANTITATIVA Y EL PICO FLUJO ESPIRATORIO MEDIDO EN EL VENTILADOR

Rabaneda Vergara M, Fernández Fernández MDM, Piacentini Gómez E y Trenado Álvarez J

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

**Objetivos:** El fracaso de la extubación se asocia con la incapacidad para manejar secreciones y una tos ineficaz, factores dependientes de la musculatura espiratoria y el flujo espiratorio máximo (FEM). Aunque los valores de FEM superiores a 60 L/s podrían asociarse con mayor éxito en la extubación, no existe un método estandarizado para evaluar la capacidad tusígena en pacientes ventilados. Este estudio tiene como objetivo evaluar la correlación entre una escala semicuantitativa de tos y la medición del FEM como predictor del éxito en la extubación.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en una unidad de cuidados intensivos polivalente con 20 camas, entre junio y noviembre de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, intubados más de 48 horas, con capacidad para realizar una prueba de respiración espontánea y obedecer órdenes. La prueba se realizó en modo presión soporte durante 30 minutos, seguida de 60 minutos de reposo. La fuerza de la musculatura inspiratoria se evaluó mediante la presión inspiratoria máxima (PIM). La capacidad de toser fue evaluada usando una escala semicuantitativa validada, y el FEM se midió directamente desde el ventilador con el mejor valor de tres intentos. El fracaso de la extubación se definió como la necesidad de reintubación dentro de las 48 horas posteriores.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, con una edad media de 59 años y un APACHE II medio de 13 puntos. La media de PIM fue de -32 cmH<sub>2</sub>O y el FEM de 80 L/s. Dos pacientes requirieron reintubación: uno por delirio y otro por broncopneumopatía (este último con un FEM de 40 L/s). Se observó una correlación significativa entre la edad avanzada y la disminución del PIM y FEM, y una mayor necesidad de soporte ventilato-

rio no invasivo tras la extubación. La correlación interclase en la evaluación de la capacidad tusígena fue de 0,82, mientras que la correlación entre la escala de tos y el FEM fue de 0,79.

**Conclusiones:** La medición del FEM desde el ventilador es una técnica simple y efectiva que se correlaciona con la escala de tos, proporcionando un parámetro objetivo útil para predecir el éxito en la extubación. Se requieren más estudios con mayor tamaño muestral para validar esta herramienta como predictor clínico del éxito en la extubación.

### 658. INTUBACIÓN OROTRAQUEAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES: LA VIDA DESPUÉS DEL INTUPROST

Jiménez del Valle JR, López López A, Escriche Martín L y Cantón Bulnes ML

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

**Objetivos:** Metodología de intubación orotraqueal en UCI. Verificar los cambios introducidos a raíz del estudio INTUPROST. Comparación de datos.

**Métodos:** Análisis descriptivo de una base de datos desde enero 2021 a diciembre 2023 con un volumen de 523 pacientes acerca del protocolo de intubación en UCI polivalente de 30 camas.

**Resultados:** Sobre una base de datos de 523 pacientes intubados en un periodo de 3 años, valorando datos de comorbilidad, escala APACHE de gravedad al ingreso, motivo clínico de intubación y eventos adversos, comparamos nuestros datos con el estudio INTUPROST continuando con la recogida de datos tras la finalización del mismo. Incluimos los cambios basados en sus resultados en nuestro protocolo de intubación orotraqueal y analizamos de forma retrospectiva la presencia de eventos adversos mayores y menores, así como datos de mortalidad. Comparamos dichos datos con los ofrecidos en el estudio, así como con los previos de nuestra unidad, observando una franca reducción en eventos como inestabilidad hemodinámica (21% frente 40%), hipoxemia grave (12% frente 20%) y parada cardiaca (1% frente 5%). De igual forma aumenta la tasa de éxito en primer intento de intubación (89%) principalmente basado en la prioridad a la videolaringoscopia y uso de relajantes musculares.

**Conclusiones:** Corroboramos los resultados del estudio INTUPROST con el ajuste del protocolo de intubación en la priorización de la videolaringoscopia como primera opción técnica y el uso reglado de relajantes musculares. Reducción de eventos adversos y mortalidad asociadas al proceso de intubación orotraqueal, principalmente con la priorización de la estabilidad hemodinámica frente a la potencia de sedoanalgesia. En nuestro caso, unidad clínica con buena base formativa en técnicas de intubación y vía aérea difícil, mejoramos los datos ofrecidos en el estudio.

### 659. "MECANICAL POWER" COMPARTIMENTADO DE VENTILACIÓN EN POSOPERATORIO DE TRASPLANTE PULMONAR. RELACIÓN PRONÓSTICA

Merino Pizarro NMP<sup>1</sup>, Valdivia Marchal M<sup>1</sup>, Bermúdez Ruiz MDC<sup>1</sup>, Rodríguez Carmona A<sup>2</sup>, Robles Arista JC<sup>1</sup> y Serrano Simón JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. <sup>2</sup>Hospital El Carmen.

**Objetivos:** "Mechanical power" (MP) de ventilación se considera a la energía global aplicada por ventilador para insuflación pulmonar, relacionada con lesión pulmonar y mortalidad (Neto AS, ICM 2018;44:1914ss). Su cálculo se realiza con fórmula propuesta (MP<sub>F</sub>) (Gattinoni L, ICM 2016;42:1567s). Asumimos que la energía inspiratoria aplicada se recupera en espiración. Nuestro objetivo es comparar MP como energía inspiratoria mediante ecuación movimiento, EM (MP<sub>EM</sub>) vs. MP<sub>F</sub>, y cálculo de sus componentes. 2) Relación de MP<sub>EM</sub> con mortalidad hospitalaria, días de ventilación y estancia UCI.

**Métodos:** Análisis de archivos disponibles con monitorización de presión de vía aérea (Paw), flujo (F) y volumen (V), en pacientes posoperados de trasplante pulmonar (txp) con ventilación mecánica (VM) asistida-controlada > 7 días, sin ECMO. Periodo dic 2023-enero 2025. Cálculos: EM: A) Paw inspiratoria<sub>(Ti)</sub> = Integral<sub>Ti</sub> PEEPtotal + V\*Ers + F\*Rrs dt. B) Elástica<sub>Ti</sub> = PEEPtotal + V\*Ers dt; C) Resistiva<sub>Ti</sub> = F\*Rrs dt. MP<sub>EM</sub> dt (Energía<sub>Ti</sub>) = Integral<sub>Ti</sub> Paw\*F dt. Elastance (Ers) y Resistencias (Rrs) mediante regresión lineal múltiple. MP<sub>F</sub> = 0,098 \* VT \* FR<sup>2</sup> (Ppico - DP/2).

Datos expresados como medias  $\pm$  DE, medianas (25-75%), frecuencias o porcentajes. Comparaciones: Test no paramétricos, Riesgo relativo (RR). Concordancia y regresión lineal.

**Resultados:** Pacientes: N 22. Varón 12 (54,50%). Edad 57,14  $\pm$  9,75 años. Txp doble 19 (86,36%). PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 335 (296,77-326,31); PaCO<sub>2</sub> 41,50 (37,25-51); pH 7,42 (7,38-7,48). Estancia UCI 56 (19,50-95) días, VM 54 (15,50-82) días. *Exitus* 7 (31,82%). Componentes respiratorios: Ers 24,68  $\pm$  7,06 cmH<sub>2</sub>O/L; Rrs 11,81  $\pm$  4,31 cmH<sub>2</sub>O/L/s. Pplateau 21,14  $\pm$  3,53; PEEP 5 (5-7,25); DP 14,07  $\pm$  3,08 cmH<sub>2</sub>O. VT 5,86 (4,24-6,74) ml/Kg. FR 19,51 (18-22)/min. MP<sub>EM</sub>: Total 19,36  $\pm$  4,54 (Elast: dinámico 6,61  $\pm$  3,03, estático (PEEP) 6,67  $\pm$  2,67; Resist 6,22  $\pm$  2,03). MP<sub>EM vs.</sub> MP<sub>F</sub>: R<sup>2</sup> 0,95; diferencias medias 0,24  $\pm$  1,31; IC95% -0,34 - 0,84; CV 13,69%. MP<sub>EM</sub> < 20 J/min: *Exitus* 31,80%, RR 3,33; IC95% 1,29-8,59. Estancia 20,50 (10,00-79,00) vs. 68,50 (49,00-104,75); p = 0,023, VM 20,00 (8,50-55,50) vs. 65,00 (45,50-98,75) días; p = 0,006.

Pronóstico			
	Supervivencia		P
	Sí	No	
Pplateau (cmH <sub>2</sub> O)	20,65 (18,15-25,00)	23,00 (20,00-24,00)	0,358
$\Delta$ P (cmH <sub>2</sub> O)	14,00 (11,50-16,64)	15,56 (14,95-16,00)	0,290
MP <sub>elástico</sub> (J/min)	11,69 (10,57-12,75)	15,25 (14,21-9,48)	0,003
MP <sub>PEEP</sub> (J/min)	5,65 (4,23-6,91)	7,84 (7,00-8,28)	0,008
MP <sub>Resist</sub> (J/min)	4,96 (4,50-5,93)	7,98 (5,68-9,80)	0,057
MP <sub>EM</sub> (J/min)	16,62 (16,07-19,40)	21,47 (20,91-25,60)	<0,001

**Conclusiones:** En los pacientes estudiados, el ajuste MP<sub>EM vs.</sub> MP<sub>F</sub> es excelente. MP elevado se relaciona con mayor riesgo de mortalidad hospitalaria, días de ventilación y estancia en UCI. MP<sub>EM</sub> permite su partición, siendo el elástico de mayor proporción.

**660. IMPACTO DE LAS HORAS CON DRIVE INSPIRATORIO (P0,1) ALTERADO EN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES CRÍTICOS VENTILADOS**

Mayor García N<sup>1</sup>, Canelles Carrera S<sup>1</sup>, Berrueta Llona J<sup>1</sup>, Blanch Manzano H<sup>1</sup>, Marotta Pais MP<sup>1</sup>, Murillo Moreno N<sup>2</sup>, Rodríguez Oviedo AH<sup>1</sup>, Bodí Saera MA<sup>1</sup> y Manrique Moreno S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. <sup>2</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar la relación entre las horas con p0.1 alterado y la mortalidad en los pacientes críticos ventilados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en una UCI polivalente de 28 camas (Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII). Se incluyeron pacientes adultos ingresados en UCI desde junio 2022 hasta noviembre 2024 que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) más de 24 horas. Se recogieron las variables demográficas, comorbilidades y scores de gravedad al ingreso. Se registró el número de horas con p0.1 alterada (> -1,5 y < -3,5) durante todo el tiempo de VMI. Los datos se extrajeron automáticamente desde el sistema de información clínica. Se realizó un análisis univariado de mortalidad de las variables incluidas y un posterior multivariado de aquellas que fueron significativas. El análisis se realizó con el *software* R. Se consideró significativa una p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 709 pacientes. 66% hombres, con mediana de edad 62 (51-72), SOFA mediano de 5 (3-7) y APACHE II mediano 22 (17-27). Los pacientes con mayor número de horas con p0.1 > -1,5 tuvieron menor mortalidad (67 vs. 32 horas, p < 0,001). No hubo diferencias significativas entre el número de horas con p0.1 < -3,5 y la mortalidad (p = 0,1) (tabla 1). En el análisis multivariado el número de horas con p0.1 > -1,5 continuó mostrándose como un factor protector (OR 0,998, p = 0,04) (tabla 2).

**Conclusiones:** Un mayor número de horas con una p0.1 mayor de -1,5 se asocia con menor mortalidad en pacientes críticos ventilados. Futuros estudios deberían explorar la estratificación de los pacientes en tres grupos de p0.1 (baja, normal y elevada) para determinar de manera más precisa el impacto de diferentes niveles de drive respiratorio en los resultados clínicos.

**Tabla 1. Características de la población general. Univariado de mortalidad.**

	Población general N=709	Supervivientes N= 514	Exitus N= 195	Valor p
<b>Características generales y gravedad de la enfermedad</b>				
Edad, mediana (p25-p75)	62 (51-72)	60 (49-71)	65 (55-74)	<0.001
Hombre, n (%)	471 (66)	345 (67)	126 (65)	0.51
IMC, mediana (p25-p75)	27 (24-31)	27 (24-31)	27 (24-30)	0.51
PI, mediana (p25-p75)	70 (61-75)	69 (61-75)	68 (61-75)	0.7
Tipo paciente, n (%)	Médico 443 (62) Quirúrgico 266 (38)	Médico 303 (50) Quirúrgico 211 (41)	Médico 142 (72) Quirúrgico 55 (28)	0.002
Tipo admisión, n (%)	Urgente 660 (93) Programada 49 (7)	Urgente 473 (92) Programada 41 (8)	Urgente 187 (96) Programada 8 (4)	0.1
Motivo ingreso, n (%)	Neurocrítico 274 (39) Respiratorio 281 (40) Otros 154 (22)	Neurocrítico 171 (35) Respiratorio 110 (22) Otros 211 (43)	Neurocrítico 75 (40) Respiratorio 70 (37) Otros 44 (23)	0.35
SOFA, mediana (p25-p75)	5 (3-7)	4 (2-6)	6 (4-8)	<0.001
APACHE, mediana (p25-p75)	22 (17-27)	21 (16-26)	25 (20-30)	<0.001
<b>Comorbilidades</b>				
HTA, n (%)	386 (54)	274 (53)	112 (57)	0.37
Insuficiencia cardíaca, n (%)	62 (9)	36 (7)	26 (13)	0.01
Enfermedad renal crónica, n (%)	75 (11)	47 (9)	29 (15)	0.04
Hepatopatía, n (%)	92 (13)	47 (9)	45 (23)	<0.001
EPOC, n (%)	106 (15)	66 (13)	40 (21)	0.01
DM, n (%)	183 (26)	132 (26)	51 (26)	0.97
Charlson, mediana (p25-p75)	3 (1-5)	3 (1-4.9)	4 (2-6)	<0.001
<b>Variables ventilatorias</b>				
Nº horas con P0.1 > -1.5, mediana (p25-p75)	54 (17-135)	67 (22-177)	32 (10-112)	<0.001
Nº horas con P0.1 < -3.5, mediana (p25-p75)	2 (0.5-9)	3 (1-8)	1 (0-11)	0.1

**Tabla 2: Multivariado de mortalidad**

Variable	OR	Intervalo de confianza	P
Edad	1.01	1.0001 - 1.03	0.05
Tipo paciente quirúrgico	0.65	0.43 - 0.96	0.03
SOFA ingreso	1.18	1.1 - 1.25	<0.001
APACHE II ingreso	1.01	0.99 - 1.04	0.35
Insuficiencia cardíaca	1.28	0.7 - 2.33	0.42
Enfermedad renal crónica	0.93	0.5 - 1.69	0.81
Enfermedad hepática	1.9	1.14 - 3.17	0.01
EPOC	1.22	0.75 - 1.98	0.42
Charlson ingreso	1.02	0.93 - 1.1	0.66
Días VMI	1.01	0.98 - 1.03	0.56
Horas p0.1 > -1.5	0.998	0.997 - 0.999	0.04

**661. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE LA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA EN ESPAÑA**

Manzano Moratinos D<sup>1</sup>, Avilés Parra JP<sup>1</sup>, Amor García MÁ<sup>1</sup>, Manteiga Riestra E<sup>1</sup> y Peñuelas Rodríguez Ó<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Cristina-Empresa Pública Hospital del Sur, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Objetivos:** Describir la práctica habitual de la prueba de respiración espontánea (PRE) durante la desconexión de la ventilación mecánica (DVM) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en España.

**Métodos:** Encuesta nacional sobre la práctica clínica habitual relacionada con la PRE durante la desconexión de la ventilación mecánica de enfermos adultos en las UCI. La encuesta fue difundida a través del grupo de Insuficiencia Respiratoria Aguda de la SEMICYUC (GTIRA) entre noviembre 2023 hasta noviembre 2024 y a través de redes sociales de Medicina Intensiva. La encuesta constaba de 19 ítems con multirresuestas cerradas definidas para describir las características de las UCI participantes, la protocolización y las herramientas clínicas utilizadas para la interpretación de la PRE.

**Resultados:** Han participado un total de 57 UCI, de las cuales contaban con protocolo de desconexión de ventilación mecánica 18 de las consultadas (32); la realización de PRE diaria en 28 de las UCI que constataron (49%). La modalidad más habitualmente utilizada fue la presión de soporte con presión inspiratoria  $\leq 7$  cmH<sub>2</sub>O con PEEP  $\leq 5$  cmH<sub>2</sub>O (38 centros, 66%), seguido de la prueba en tubo en T (34 centros, 59%). El tiempo de realización de la PRE más frecuente es 30 minutos (27 centros, 47%) y está guiado por facultativos (56 centros). Respecto a las variables clínicas para evaluar la PRE variables habituales en la literatura tanto clínicas (mecánica respiratoria, SpO<sub>2</sub> > 90%, frecuencia cardíaca < 120 lpm; en más del 90% de los encuestados) como analíticas (PaO<sub>2</sub> > 60 mmHg, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> > 200 mmHg, pH > 7,30, entre 60-80%). Finalmente, la utilización de ecografía rutinaria como apoyo en la interpretación de la PRE (ecocardiografía y la ecografía pleuropulmonar) se utilizó en 12 de los centros de los consultados (21%), mientras que la ecografía diafragmática en 9 centros (14%).

**Conclusiones:** De acuerdo a las respuestas de los centros participantes, la PRE diaria se emplea solo en un tercio de las UCI encuestadas, el uso de protocolos estandarizados podría optimizar los resultados y homogeneizar la práctica clínica. El uso de herramientas adicionales para la valoración de la PRE (ecografía clínica) es marginal.

## 662. APARENTE REVERSE TRIGGERING INDUCIDO POR DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA

Bermúdez Ruiz MDC<sup>1</sup>, Valdivia Marchal M<sup>1</sup>, Merino Pizarro N<sup>1</sup>, Naranjo Izurieta JR<sup>1</sup>, Martínez Carmona JF<sup>2</sup> y Serrano Simón JM<sup>1</sup>

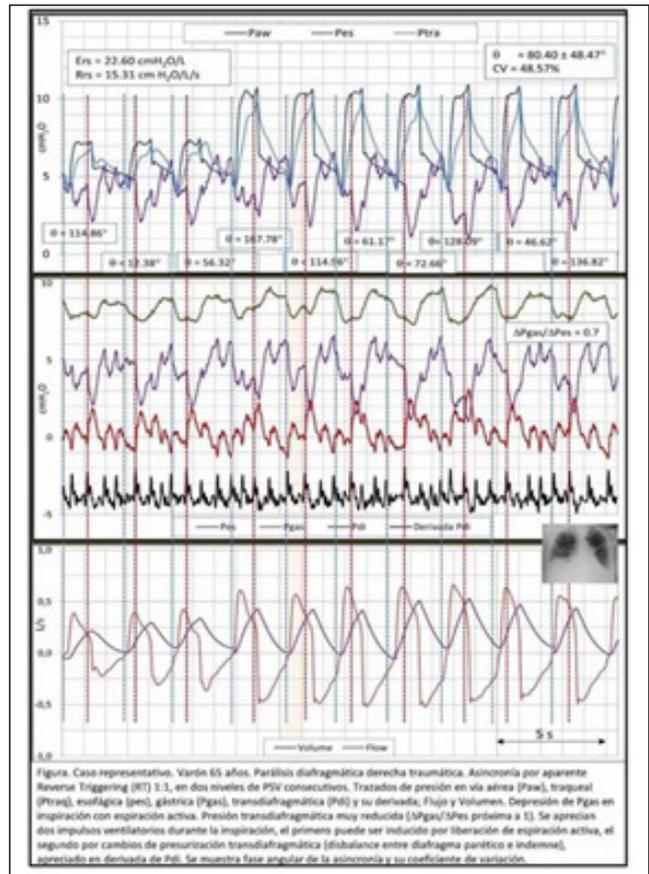
<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

**Objetivos:** Reverse triggering (RT) ha sido descrito durante ventilación mecánica asistida controlada y explicada por fenómenos reflejos. Nosotros hemos observado asincronía semejante durante ventilación con presión de soporte (PSV) en pacientes con signos de disfunción diafragmática (DD). Esta asincronía podría ser atribuida a desbalance en activación muscular toraco-diafragmática evidenciada mediante presión transdiafragmática (Pdi). Nuestro objetivo es describir dicha asincronía y sus características.

**Métodos:** Colección prospectiva de datos desde septiembre 2023-diciembre 2024 de pacientes con ventilación prolongada > 7 días, signos de elevación diafragmática radiológica o movimiento abdominal paradójico durante ventilación espontánea. Todos los pacientes fueron estudiados en modo de Presión de soporte (PSV) mediante monitorización de las señales de presión de vía aérea (Paw), presión traqueal (Ptraq), presión esofágica (Pes) y gástrica (Pgas), Muestreo 1126 Htz, Registros durante 60 min. Mediciones: Fase angular ( $\emptyset = T_{i2}-T_{i1}/T_{tot} * 360^\circ$ ), frecuencia de acoplamiento de la asincronía y aparición de doble triggering (DT). Evaluación de mecánica del sistema respiratorio (Ers, Rrs) mediante regresión lineal múltiple en ventilación mecánica (VM) pasiva, y componentes de Pdi. Análisis estadístico descriptivo, expresados como medias  $\pm$  DE, medianas (25-75%), coeficiente de variación (CV), frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Pacientes: monitorizados N 69. Aparente RT en 12 (17,3%). 10, DD unilateral 83,3%. Varones 9 (75%). Edad 62 (55,75-65) años. Traumatismos 2 (16,6%). Trasplante pulmonar 10 (83,3%). VM en la inclusión 15,5 (7-27,5) días. Componentes respiratorios: Ers 20,9 (18,3-25,7) cmH<sub>2</sub>O/L; Rrs 12 (9,8-14,1) cmH<sub>2</sub>O/L/s. Delta Pdi 7,3 (4-9) cmH<sub>2</sub>O. Delta Pgas/Pes 0,6 (-0,2-0,7). Presión inspiratoria 13,5 (10-15), PEEP 6 (5-7,3) cmH<sub>2</sub>O. Acoplamiento en asincronía:  $\emptyset = 67,5 \pm 28,4^\circ$ , CV = 33,7  $\pm$  16,8%. Relación 1/1(51,7%) PSV alto, coexistente 2/1, 3/1 (74,5%); variable o aislados con PSV media y bajo. Aparición DT 33% de los casos.

**Conclusiones:** Aparente RT puede ocurrir durante modos espontáneos de ventilación (PSV) en pacientes con DD predominantemente unilateral, su mecanismo fisiopatológico y características difieren de la descripción original para RT. El término "Pseudo Reverse Triggering" podría ser adoptado en estos casos.



## 663. RELACIÓN ENTRE DURACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REDUCCIÓN EN LA FUERZA DIAFRAGMÁTICA

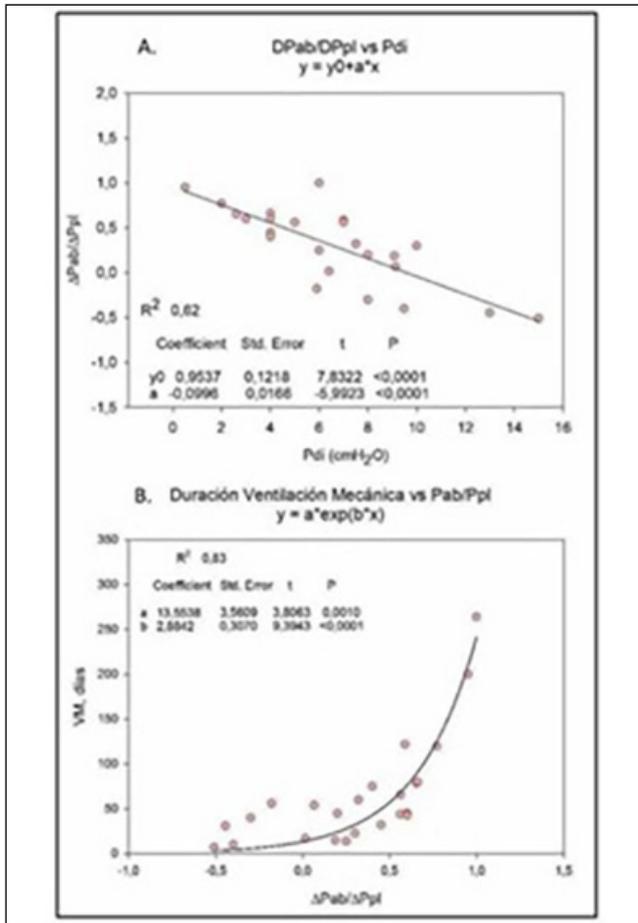
Valdivia Marchal M<sup>1</sup>, Merino Pizarro N<sup>1</sup>, Bermúdez Ruiz MDC<sup>1</sup>, Martínez Carmona JF<sup>2</sup>, Rodríguez Moncada A<sup>1</sup> y Serrano Simón JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Reina Sofía (C.H.U. Reina Sofía), Córdoba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C.H.U. Regional de Málaga), Málaga.

**Objetivos:** La debilidad diafragmática es un factor importante en la retirada de la ventilación mecánica (VM). La relación entre delta de presión abdominal y pleural (DPab/DPpl), permitiría evaluar la severidad de la debilidad diafragmática (DD). Nuestro objetivo es describir la relación entre este índice y la duración de VM en pacientes con signos de DD.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional de pacientes con VM > 7 días, depresión inspiratoria de pared abdominal, y asimetría radiológica diafragmática. Periodo septiembre 2023 a diciembre 2024 (CEI: Txp-mue 23). Monitorización y registro de las señales de Presión de vía aérea, flujo, presión esofágica (Ppl) presión gástrica o vesical (Pab) durante 30 a 45 min durante ventilación presión de soporte (PSV). Cálculo de mecánica respiratoria Elastancia (Ers) y resistencias totales (Rrs) en ventilación pasiva mediante regresión lineal. Los componentes de presión transdiafragmática (Pdi) y trabajo inspiratorio (WOB J/min) se midieron con la menor asistencia tolerada (SpO<sub>2</sub>  $\geq$  94%/FiO<sub>2</sub> 0,4; FR < 30/min). Mediciones promedios de 5 ciclos. Análisis estadístico descriptivo. Ajuste a modelo de regresión para relación entre variables. Los datos se expresan como medias  $\pm$  DE, medianas (25-75%), frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Pacientes: N24. Varones 15 (62,5%). Edad 60 (55-63,5). Diagnósticos: traumatismo 3, trasplante pulmonar 21 (unilateral 5). Causas: parálisis unilateral 13, bilateral 2. Otras 9 (miopatías, sepsis, sedación). Presión inspiratoria 10 (6-13,5), PEEP 6 (5-7) cmH<sub>2</sub>O. Ers 23,1  $\pm$  6,3 cmH<sub>2</sub>O/L. Rrs 12,3  $\pm$  3,9 cmH<sub>2</sub>O/L/s. WOB 12,3  $\pm$  5,7 J/min. ECOM 7 (29%). VM de inclusión 15 (8-23), VM total 45 (29-77) días. Estancia UCI 63,5 (34,5-80,5) días. Exitus 5 (20,83%). Función muscular: DPab/DPpl 0,36 (0,1-0,6). DPdi 6,2 (4-8,5) cmH<sub>2</sub>O. Pdi max 12 (7,7-14) cmH<sub>2</sub>O. VT 437,8  $\pm$  147,7 ml. FR 20,7  $\pm$  6,5/min (fig.). A) Relación DPab/DPpl vs. Pdi. B) Modelo de ajuste de regresión DPab/DPpl vs. duración VM.



**Conclusiones:** Los pacientes estudiados muestran datos de DD severa. La relación entre el índice DPab/DPpl vs. Pdi es inversamente proporcional. La duración de VM está asociada exponencialmente con la reducción la fuerza diafragmática con excelente ajuste. Nuestros resultados invitan al estudio de los factores relacionados con DD durante VM, e identificación precoz de pacientes afectados para su manejo adecuado.

**664. ¿ES LA NORMALIZACIÓN DE LA MECHANICAL POWER CLAVE PARA SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES VENTILADOS?**

Andrade LE<sup>1</sup>, Berrueta J<sup>1</sup>, Murillo N<sup>1</sup>, Rodríguez A<sup>1</sup>, Claverías L<sup>1</sup>, Plans O<sup>2</sup>, Samper M<sup>1</sup>, Magret M<sup>1</sup>, Bodí M<sup>1</sup> y Manrique Moreno S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. <sup>2</sup>Hospital de Sant Pau I Santa Tecla, Tarragona.

**Objetivos:** Analizar qué forma de medir la MP presenta mayor asociación con la mortalidad en los pacientes críticos ventilados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo unicéntrico llevado a cabo en la UCI polivalente del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Se incluyeron pacientes > 18 años ingresados en UCI (abril 2022-agosto 2024) con ventilación mecánica invasiva (VMI) > 24 h. Se calculó la MP absoluta (MPa) mediana de los primeros 14 días de ingreso mediante la fórmula:  $Mp = 0,098 \times Vt \times FR \times (Presión\ pico - Driving\ pressure/2)$ , con los datos extraídos de manera automática cada 2 minutos desde el sistema de información clínica cuando estaban en volumen control. La MP normalizada por el peso ideal (MPpi) se obtuvo dividiendo la MPa por el PI y la MP normalizada por la complianza (MPc) dividiendo la MPa por la C mediana de los primeros 14 días de ingreso. Se realizó un análisis univariado y multivariado ajustado por las variables asociadas con la mortalidad en el univariado para determinar qué forma de medir la MP mostraba mayor asociación con la mortalidad a los 14 días.

**Resultados:** 491 pacientes fueron incluidos. 66% eran varones con una edad mediana de 62 (52-72) años, SOFA mediano de 5 (3-7), APACHE II mediano de 17 (12-23) y CHARLSON mediano de 3 (1-5). El 94% ingresa-

ron de manera urgente y el 63% por un motivo médico. El 24% con insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso. La MPc mediana de los primeros 14 días de ingreso fue el único valor de MP que se relacionó de manera significativa con la mortalidad en UCI al día 14 de estancia, tanto en el análisis univariado como en el multivariado (OR de 3,98 (1,28-12,19), AUC 76%) (fig. 1). Al categorizar la MPc por cuartiles se observó que solo el cuartil más alto (0,41-1,25 J/min/ml/cmH2O) mantenía de manera significativa la asociación con la mortalidad (OR de 2,27 (1,03-5,17), AUC del 76%) (fig. 2).

Variable	N	Odds ratio	p
Age	491	1.00 (0.98, 1.02)	0.78
Patient_type	Medical	Reference	
	Surgical	0.59 (0.31, 1.09)	0.10
BMI	491	0.94 (0.89, 0.99)	0.02
SOFA	491	1.11 (1.02, 1.21)	0.02
APACHE	491	1.08 (1.03, 1.12)	<0.001
SpO2FiO2_admission	491	1.00 (1.00, 1.00)	0.65
MPc_median	491	3.98 (1.28, 12.19)	0.02

Variable	N	Odds ratio	p
Age	491	1.00 (0.98, 1.02)	0.81
Patient_type	Medical	Reference	
	Surgical	0.57 (0.30, 1.04)	0.07
BMI	491	0.94 (0.89, 0.99)	0.02
SOFA	491	1.11 (1.02, 1.21)	0.01
APACHE	491	1.08 (1.03, 1.12)	<0.001
SpO2FiO2_admission	491	1.00 (1.00, 1.01)	0.54
MPc_q	Bajo	Reference	
	Medio-Bajo	1.45 (0.66, 3.28)	0.36
	Medio-Alto	1.32 (0.59, 3.01)	0.50
	Alto	2.27 (1.03, 5.17)	0.04

**Conclusiones:** En nuestro estudio la MPc fue la única medida que se asoció significativamente con la mortalidad en los pacientes críticos ventilados. Estos resultados sugieren que la normalización de la MP por la complianza pulmonar podría mejorar su capacidad predictiva de la mortalidad.

11:30-12:30 h

SALA C5

**PÓSTERES ORALES**

**TRAUMATISMOS 3**

**Moderadoras:** Francisca Pino Sánchez, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada/Marina Sandra Cherchi Pepe, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

**665. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y COMPARATIVO DE LOS ACCIDENTES DE BICICLETA: UN PROBLEMA EN CRECIMIENTO**

González Ogallar FJ, Nieto García J, Delgado Pascual A, Muñoz de Morales Rodríguez A, Hernández Temprano M, Moro Punset CM, Maichle Febrianny S, De Miguel Martín SH, Postigo Hernández C y Bringas Bollada M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Los accidentes en bicicleta representan una proporción significativa dentro del espectro del paciente politraumatizado, con

una alta incidencia de lesiones craneoencefálicas en comparación con otros mecanismos de trauma. A pesar de esto, el uso del casco no es obligatorio en entornos urbanos y muchas ciudades no están adaptadas para la circulación. Este estudio tiene como objetivo caracterizar la epidemiología, gravedad de las lesiones y evolución clínica de los accidentes de bicicleta en comparación con motocicletas, evaluando su impacto en la atención hospitalaria y resaltando la necesidad de medidas preventivas.

**Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo y comparativo utilizando la base de datos del Hospital Clínico San Carlos en colaboración con el registro español multicéntrico y de ámbito nacional de UCI de Trauma (RETRAUCI) en el periodo 2022-2025. Se incluyeron todos los pacientes con trauma por bicicleta y motocicleta. Test estadísticos: test de Kolmogorov-Smirnov, test t Student, test Z de comparación de proporciones. Con significancia estadística para  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se registraron un total de 33 accidentes en bicicleta que representaron el 6,17% del total de mecanismos de trauma en la base de datos, siendo el tercer vehículo más afectado. Los meses de mayo y agosto fueron los más afectados. La edad media fue  $41,0 \pm 15,77$  años, con predominio masculino (80%). El mecanismo accidental mayoritario fue no intencional tráfico (80%). El aérea corporal más afectada fue cráneo-cerebro (23,72%) seguido de tórax (9,04%) y partes blandas (6,78%). El 30% de los pacientes requirió ventilación mecánica y el tiempo medio en UCI fue  $5,32 \pm 9,3$  días. La mortalidad global en el grupo de bicicletas fue del 9,85%. En comparación con motocicletas, las lesiones cerebrales fueron significativamente más frecuentes en bicicletas (15,25 vs. 5,03%,  $p < 0,05$ ). El consumo de recursos hospitalarios (intubación, cirugía, transfusión) no mostró diferencias significativas con los accidentes en motocicleta.

**Conclusiones:** Los accidentes en bicicleta constituyen una de las causas más frecuentes del paciente politraumatizado en nuestra área de atención. El área más afectada es el cráneo-cerebro incluso con más frecuencia que el accidente en motocicleta. Es fundamental implementar políticas de prevención, promoviendo el uso obligatorio del casco y el desarrollo de infraestructuras seguras para reducir la morbimortalidad asociada a este tipo de accidentes.

#### 666. INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA DE AUTOLISIADOS POR PRECIPITACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DEL TRAUMA GRAVE

Wisniewska Bisha A, Quintana Díaz M, Polo Andrade ER, Sarmiento Iglesias C, García Muñoz L, Celigueta Caso M y Ruiz Peña B

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

**Objetivos:** El suicidio es un problema creciente de salud pública, con un aumento de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) debido a intentos suicidas, principalmente por precipitación. Este estudio investiga la influencia de la intencionalidad en la mortalidad de los pacientes con politraumatismos por precipitación, comparándolos con los pacientes que sufren caídas accidentales.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en la unidad de Politrauma y Quemados Críticos del Hospital Universitario La Paz (HULP), entre enero y diciembre de 2024, con 210 pacientes. Se recopilaron datos sobre edad, sexo, mecanismos lesionales, comorbilidades y supervivencia. El análisis estadístico incluyó modelos de regresión logística para determinar factores asociados a la mortalidad.

**Resultados:** Los resultados mostraron que el 53,8% de los pacientes fueron ingresados por accidentes de tráfico, el 24,8% por atropellos y el 11,4% por precipitación con intención suicida. La mortalidad global fue del 8,6%, pero los pacientes con intención suicida presentaron una mayor tasa de mortalidad (25%) en comparación con los accidentales (6,5%). Sin embargo, la intencionalidad no se asoció significativamente con la mortalidad ( $p = 0,06$ ). Los pacientes suicidas tuvieron menor carga de comorbilidades, y la mortalidad fue más alta en términos absolutos, aunque no significativa. Además, los pacientes españoles fueron más propensos a sufrir accidentes de alta energía y precipitación, mientras que los de otras nacionalidades presentaron más traumatismos de baja energía.

**Conclusiones:** En conclusión, los pacientes con intención suicida que sufren precipitación tienen mayor mortalidad que los accidentales, pero no se puede afirmar que la intencionalidad sea un factor independiente de mortalidad. Se necesitan más estudios para evaluar otros factores, como las comorbilidades y la situación psicosocial de los pacientes.

TABLA 1: Características demográficas politraumatismos

Variables demográficas	Resultado. Total (n=210)
Edad (años) [mediana (RIC)]	49.5 (15- 87)
<b>Sexo</b>	
Varón	152 (72.7%)
Mujer	58 (27,3%)
<b>Procedencia</b>	
Español	127 (62,3%)
Magrebí	13 (6,4%)
Latinoamericano	49 (24 %)
Asiático	3 (1,5%)
Eslavo	12(26,7 %)
<b>Diagnóstico principal</b>	
Accidente tráfico alta energía	113 (53.8 %)
Accidente tráfico baja energía	21 (10 %)
Precipitación intencional	24 (11.4 %)
Accidente baja energía (atropello)	52 (24,8 %)
<b>Supervivencia</b>	
Días de estancia [mediana (p25-p75)]	3 ( 2-7)

TABLA 2: Características de los pacientes precipitados.

	TODOS N=52	INTENCIONAL N=25	NO INTENCIONAL N=27	p-valor
Edad, media (SD)	47.5 (34.8, 61)	46 (33, 61)	49 (36, 59)	0,61
<b>Sexo</b>				
Varón (%)	36 (69.2)	14 (56.0)	22 (81.5)	0,09
<b>Procedencia</b>				
Magrebies (%)	5 (9.6)	4 (16.0)	1 (3.7)	0,06
Latinos (%)	10 (19.2)	3 (12.0)	7 (25.9)	
Asiáticos (%)	3 (5.8)	2 (8.0)	1 (3.7)	
Eslavos (%)	7 (13.5)	6 (24.0)	1 (3.7)	
<b>Supervivencia</b>				
Vivo (%)	45 (86.5)	20 (80)	25 (92.6)	0,85
<b>Enfermedades crónicas (mediana [RIC])</b>				
	1 (0, 1.25)	1 (0, 1)	0 (0, 2)	0,45

#### 667. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS POTENCIALMENTE GRAVES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Muriente Orío B, Ruiz de Castañeda S, López Pérez J, Galiano Gordillo JA, Amaro Harpigny A, Enciso Paniagua P, Tendero Herraziz I, De la Roja Serrano C y Reguillos Garzás S

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

**Objetivos:** Describir y comparar las características de los pacientes politraumatizados potencialmente graves, atendidos en un centro de tercer nivel, diferenciando entre aquellos que requieren ingreso en la UCI y los que no.

**Métodos:** Análisis descriptivo (enero 2023-abril 2024) que incluyó a pacientes politraumatizados clasificados en la atención inicial como potencialmente graves según los criterios del American College of Surgeons (fisiológicos, anatómicos, mecanismo lesional y comorbilidades). Se recogieron datos clínicos y demográficos. Variables cuantitativas: mediana (IQ25-IQ75) y variables categóricas: valor absoluto y/o %. Análisis estadístico: t de Student (variables cuantitativas) y odds ratio (OR; variables cualitativas), con sus respectivos intervalos de confianza.

**Resultados:** Se incluyeron 200 pacientes, 100 requirieron ingreso en UCI vs. 100 que no lo requirieron tras la valoración primaria. No se demostraron diferencias significativas en la edad [43,9 (39,6-48,2) vs. 45,2 (41,3-49,1) años] y el género varón [66 (66%) vs. 60 (60%)]. Los pacientes ingresados en UCI presentaron puntuaciones más altas en el Injury Severity Score [19 (17-20,9) vs. 7,4 (6-8,9);  $p < 0,001$ ] y más bajas en el Revised Trauma Score [7 (6,8-7,3) vs. 7,8 (7,7-7,9);  $p < 0,001$ ]. De entre los mecanismos lesionales, solo la precipitación mostró un aumento significativo del riesgo de ingreso en UCI [25 vs. 10%; OR 3 (IC95 1,4-6,6;  $p = 0,007$ )]. Las caídas accidentales desde propia altura mostraron una

tendencia al aumento del riesgo de ingreso en UCI sin alcanzar la significación estadística (19 vs. 10%; OR 2,1 (IC95 0,9-4,8; p = 0,075)]. Los accidentes de circulación no se relacionaron con un incremento de ingreso en UCI, actuando el accidente de coche como factor protector: motocicleta 13 vs. 17%; OR 0,7 (IC95 0,3-1,6; p = 0,423) y coche 14 vs. 37%; OR 0,3 (IC95 0,1-0,6; p < 0,001). Los pacientes ingresados en UCI mostraron estancias hospitalarias más prolongadas [17,5 (14,3-20,7) vs. 6,7 (0-14,1) días; p = 0,009] y una mayor tasa de mortalidad intrahospitalaria [13 vs. 0%; p = 0,018].

**Conclusiones:** Las escalas pronósticas son una herramienta útil a la hora de discriminar al paciente politraumatizado grave. Los pacientes precipitados o con caídas desde su propia altura presentan una mayor gravedad que aquellos provenientes de accidentes de circulación. En conjunto, los criterios de valoración empleados permiten realizar una adecuada discriminación del paciente grave que se beneficia del ingreso en UCI.

**668. CALIDAD DE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL REGISTRO RETRAUCI: ANÁLISIS DE OBSERVACIONES FALTANTES Y EXTREMAS**

Barea Mendoza J<sup>1</sup>, Chico Fernández M<sup>1</sup>, Servià Goixart L<sup>2</sup>, Molina Díaz I<sup>3</sup>, Bringas Bollada M<sup>4</sup>, Méndez-Benegasi Cid C<sup>5</sup>, Jiménez Moragas JM<sup>6</sup>, Toboso Casado JM<sup>7</sup> y Llompert Pou JA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>3</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C.H.U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. <sup>5</sup>Hospital Materno Infantil (C.H.U. Torrecárdenas), Almería. <sup>6</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar (C.H.U. Puerta del Mar), Cádiz. <sup>7</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. <sup>8</sup>Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

**Objetivos:** Describir las características cualitativas y cuantitativas de los datos incluidos en el registro RETRAUCI.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico, junio 2015-diciembre 2024. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por traumatismo en las 52 UCI participantes. Se incluyeron todas las variables a excepción de aquellas que codifican lesiones. Se emplearon análisis exploratorios, de valores faltantes y valores extremos según el criterio de Tukey. Se empleó el *software* R (paquetes DataExplorer y dlookr).

**Resultados:** Un total de 17.959 pacientes y 78 variables de las cuales 72 fueron exportación directa y 6 variables sintéticas. Un 34,6% de las variables contenían datos continuos. El total de observaciones fue de 1.400.802 y 67.965 observaciones se consideraron pérdidas (4,9%). Un total de 23 variables presentaron más del 5% de valores faltantes. Entre las variables cuantitativas con más valores perdidos destacaron la transfusión de plasma (34,3%), el RTS (13,8%) y el GCS alta (12,5%). Entre las cualitativas craneotomía descompresiva (15,3%), monitorización intracraneal (14,7%) y terapia de depuración extrarrenal (12,6%). Del análisis de valores extremos (tabla) realizados destacaron la probabilidad de supervivencia (13,6%), estancia en uci (9,4%) y frecuencia respiratoria (8,7%).

**Conclusiones:** Aunque la calidad de los datos incluidos es razonable el porcentaje de datos faltantes y extremos no es despreciable. Esta información puede emplearse para la mejora en la cumplimentación de los datos y el diseño de futuras versiones del registro. También debe tenerse en cuenta en futuros estudios derivados de la cohorte RETRAUCI.

**669. EL VALOR DEL RATIO NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO**

Aguirre González E, Marcos Morales A, Barea Mendoza JA, García Fuentes C, Mudarra Reche C, Bermejo Aznárez S, Delgado Moya FDP, Gutiérrez Gutiérrez J, Calvo Boyero F y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Determinar si la ratio neutrófilo linfocito (NLR) obtenido durante las primeras 24 horas de ingreso añade valor pronóstico en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).

**Métodos:** Estudio retrospectivo realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel, a partir de una base de datos recogida prospectivamente. Se incluyeron pacientes con TCE que ingresaron entre enero de 2022 y julio de 2024, definidos como aquellos con un Abbreviated Injury Scale (AIS) de cabeza ≥ 1. Se obtuvieron variables demográficas relevantes, fisiológicas y anatómicas como el Glasgow Coma Scale (GCS) y el Injury Severity Score (ISS), así como el NLR más alto de cualquier hemograma extraído durante las primeras 24 horas de ingreso. Se realizó un análisis multivariante utilizando como variables predictoras el GCS, el NLR, la edad y la situación hemodinámica, estudiando su asociación con la necesidad de intervención neuroquirúrgica en las primeras 24 horas, la realización de traqueostomía, el empleo de monitorización invasiva de la presión intracraneal (PIC) y la mortalidad en UCI.

**Resultados:** Se incluyeron 373 participantes, con 46 años de mediana de edad y un 18% de mujeres. Se estratificó a los pacientes según GCS, con una puntuación ≤ 8 denominada TCE grave, 9-13 moderado y 14-15 leve. El 30% presentó TCE grave según esta definición, el 29% TCE moderado y el 41% TCE leve, con un porcentaje de AIS ≥ 3 respectivamente del 99%, 71% y 51%. El ISS mediano fue de 22 y solo el 12% de los pacientes presentó inestabilidad hemodinámica al ingreso. En el análisis multivariante, un mayor NLR se relacionó de forma significativa con mayor necesidad de intervención neuroquirúrgica en las primeras 24 horas y de traqueostomía durante el ingreso; no obstante, no se relacionó con una mayor necesidad de monitorización invasiva de la PIC. Un NLR > 18,3 multiplicó por 2,7 la probabilidad de necesitar de intervención neuroquirúrgica en las primeras 24 horas, por 2,4 la probabilidad de necesitar traqueostomía y por 2,4 la mortalidad en UCI.

**Conclusiones:** De forma independiente del GCS, la edad y la hemodinámica, una mayor ratio neutrófilo-linfocito obtenido en las primeras 24 horas indicaría una mayor gravedad en el TCE. Esto podría ayudar en la toma de decisiones inicial y en la información a las familias.

**670. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA EN LA LÍNEA MEDIA Y HIV COMO MARCADORES DE LESIÓN AXONAL DIFUSA (LAD) GRAVE**

Curieses Andrés C, Bueno González AM, Pérez Gutiérrez JE, Velasco Villagarcía A, Medina Díez S, Calleja Delgado L, Posadas Pita G, Artola Blanco M, Mamolar Herrera N y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio fue analizar la hipótesis de que la hemorragia subaracnoidea traumática (HSAt) en la línea media (interhemisférica, perimesencefálica, pontocerebelosa) y la hemorragia intraventricular (HIV) en la tomografía computarizada (TC) inicial, podría implicar el mismo mecanismo lesional que subyace a la lesión axonal difusa grave (LAD).

Póster 668 Distribución e impacto de los valores extremos

Variable	Total	Porcentaje	Media de valores extremos	Media variable	Media variable sin valores extremos
Posibilidad supervivencia	2.449	13,64	17,78	80,64	90,56
Estancia en UCI	1.704	9,49	38,42	8,55	5,19
Frecuencia respiratoria	1.566	8,72	24,17	17,88	17,19
Estancia hospitalaria	1.401	7,8	95,16	21,19	14,5
Frecuencia cardíaca	1.335	7,43	17,24	84,52	89,99
ISS (Injury Severity Score)	697	3,88	55,4	19,99	18,54
Tensión arterial sistólica	587	3,27	98,28	120,85	121,66
NISS (New Injury Severity Score)	450	2,51	71,31	25,8	24,61
Transfusión sangre	359	2	15,39	4,35	3,26
Ventilación mecánica (días)	349	1,94	53,13	9,18	7,24

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de una base de datos local, de los pacientes incluidos en el registro nacional de pacientes traumáticos (RETRAUCI) de julio de 2023 a diciembre 2024. Se incluyen pacientes con TCE con HSA y/o HIV en el TAC inicial. Se estudia la relación entre los hallazgos en el TAC inicial y la existencia de LAD. El diagnóstico de LAD se confirmó con una resonancia magnética cerebral (RM) en los primeros 30 días. Se utilizaron seis hallazgos del TC inicial, incluyendo hemorragia intraventricular (HIV) y HSAt en la línea media, como predictores candidatos de LAD. La presencia de HSAt se determinó en las convexidades cerebrales, fisuras de Silvio, vallecule de Silvio, folias cerebelosas, fisura interhemisférica y cisternas perimesencefálicas. Análisis estadístico con *software* STATA 13.0.

**Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes con HSAt y/o HIV. 47 pacientes con HSAt y 12 pacientes con HIV (2 pacientes con HIV aislada, sin HSAt). El 38% eran TCE graves y la caída accidental fue el mecanismo lesional más frecuente (44%), seguido de precipitación en altura (20%). La localización de la HSAt fue en el 69% de distribución hemisférica-cortical-silviana y en el 27% interhemisférica-perimesencefálicas-ponto-cerebelosa (distribución en línea media). El diagnóstico de LAD se hizo en 8 pacientes (17%). En el estudio comparativo entre la localización de la HSAt y la existencia de HIV, la HSAt en línea media se asoció con la existencia de HIV (58 vs. 42% p: 0,003). El 84% de los pacientes con HSA cortical, no presentaron HIV. En relación al diagnóstico de LAD y su asociación con HSAt en línea media y la HIV, el 75% de los pacientes con LAD tenían una distribución de la HSAt en la línea media, frente al 16% de HSA en línea media, de los pacientes que no tenían LAD (p: 0,006). En relación a la existencia de HIV y su asociación con LAD, el 62% de los pacientes con LAD tuvieron HIV, frente al 18% de los pacientes con HIV, que no tuvieron LAD (p: 0,01).

**Conclusiones:** La HSAt en la línea media y la existencia de HIV podría implicar el mismo mecanismo que subyace a la LAD grave, por lo que la identificación de hemorragia intraventricular y hemorragia subaracnoidea en la línea media en el TAC inicial, podría sugerirnos la existencia de LAD subyacente.

poblacional, y su manejo puede plantear un desafío clínico. Buscamos las diferencias en la evolución clínica y utilización de recursos hospitalarios tras un politraumatismo en el adulto mayor.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo comparando la población  $\geq 65$  y  $< 65$  años ingresada en la Unidad de Neuropolitrauma del Hospital Clínico San Carlos en 2016 y entre 2019 y 2024 (n = 621 pacientes). Representamos las variables cuantitativas con media o mediana  $\pm$  desviación estándar, y las variables cualitativas en porcentaje. Se emplearon la prueba exacta de chi-cuadrado y U de Mann-Whitney para el análisis bivariante.

**Resultados:** De forma significativa, observamos mayor disfunción renal y respiratoria en nuestros adultos  $> 65$  años, a diferencia de la rabdomiolisis que ha sido más frecuente en el adulto joven. El SDRA moderado (PAFI 201-300) ha sido globalmente el más frecuente, observándose además una mayor tendencia en el adulto mayor (41,9 vs. 35%, p 0,508). No existen diferencias en el desarrollo de coagulopatía ni hemorragia masiva. Sí existen, y de forma significativa, en cuanto al uso de antiagregantes/anticoagulantes, siendo más frecuente en  $> 65$  años. Los pacientes  $> 65$  años precisan menos cirugías urgentes. En ellos la neurocirugía es más frecuente (15,4 vs. 9,5%, p 0,070), seguido de la ortopédica, aunque significativamente menos que en el adulto joven (9 vs. 26,4%, p  $< 0,001$ ). La duración de la estancia en la UCI fue superior en el adulto mayor. No se encuentran diferencias en términos de mortalidad intra-UCI ni mortalidad intrahospitalaria. Todos los datos mencionados y no especificados se incluyen en la tabla.

**Conclusiones:** Nuestro adulto  $> 65$  años asocia mayor comorbilidad postraumática y estancia en UCI, hallazgos que concuerdan con la literatura existente. Sin embargo, requieren menos intervenciones quirúrgicas. Predomina la neurocirugía lo cual guarda relación con el perfil de traumatismo de la muestra. Destacar la marcada diferencia en el uso de antiagregantes/anticoagulantes, siendo más frecuente en el adulto mayor. Esto subraya la necesidad de profundizar en sus implicaciones clínicas y las estrategias de reversión de estos fármacos.

**671. ¿QUÉ LE OCURRE A NUESTRO ADULTO MAYOR POLITRAUMATIZADO?**

Nieto García J, Delgado Pascual A, González Ogallar FJ, Hernández Temprano M, Muñoz de Morales Rodríguez A, De Miguel Martín S, Maichle SF, Yordanov Zlatkov V, Ortega Muela C y Bringas Bollada M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** La comorbilidad asociada al adulto mayor y su menor reserva funcional incrementan la complejidad del trauma en este grupo

**672. TRAUMATISMO CRANEENCEFÁLICO EN MAYORES DE 65 AÑOS**

Moreno Ciudad P, Morán Gallego FJ, Alonso Ciria E, Correas López MT, González Alemán O, Sánchez Casado M, Romeu Prieto JM, Martínez Durán F, Sánchez Carretero MJ y Morales Varas GD

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

**Objetivos:** Analizar la mortalidad al alta de la UCI en pacientes mayores de 65 años con traumatismo craneoencefálico.

Tabla Póster 671

VARIABLE	SUBGRUPO	p	ANÁLISIS ESTADÍSTICO (>65* vs. <65*)
COMORBILIDADES	Situación hemodinámica	0,160	Estable: 68,8% (75/110) vs 75,3% (384/510) [Total: 74,2% (459/619)] Inestable: 31,2% (34/109) vs 24,7% (126/510) [Total: 35,8% (160/619)]
	Rabdomiolisis	0,022	Si: 20% (22/110) vs 30,9% (158/511) // Total: 29% (180/621) No: 80% (88/110) vs 69,1% (353/511) // Total: 71% (441/621)
	Disfunción respiratoria	0,030	Si: 28,2% (31/110) vs 19% (97/511) // Total: 20,6% (128/621) No: 71,8% (79/110) vs 81% (414/511) // Total: 79,4% (493/621)
	Disfunción renal	0,005	Si: 22,7% (25/110) vs 12,3% (63/511) // Total: 14,2% (88/621) No: 77,3% (85/110) vs 87,7% (448/511) // Total: 85,8% (533/621)
	Disfunción multiorgánica	0,677	Si: 8,2% (9/110) vs 7% (36/511) // Total: 7,2% (45/621) No: 91,8% (101/110) vs 93% (475/511) // Total: 92,8% (576/621)
SANGRADO	Desarrollo infección nosocomial	0,348	Si: 14,5% (16/110) vs 11,4% (58/511) // Total: 11,9% (74/621) No: 85,5% (94/110) vs 88,6% (453/511) // Total: 88,1% (547/621)
	Coagulopatía inducida por el trauma	0,944	Si: 14,5% (16/110) vs 14,3% (73/511) // Total: 14,3% (89/621) No: 85,5% (94/110) vs 85,7% (438/511) // Total: 85,7% (532/621)
	Hemorragia masiva	0,692	Si: 4,5% (5/110) vs 5,5% (28/511) // Total: 5,3% (33/621) No: 95,5% (105/110) vs 94,5% (483/511) // Total: 94,7% (588/621)
	Fármacos que alteran hemostasia	<0,001	Población total: No 91,9% vs Si 8,1% >65: No 68,2% vs Si 31,8% <65: No 97% vs Si 3%
NECESIDAD DE CIRUGÍA	Necesidad de hemoderivados		
	Cirugía urgente	<0,001	0 CH: 80,9% (80/110) vs 81,6% (417/511) // Total: 81,5% (506/621) 1-2 CH: 11,8% (13/110) vs 9% (46/511) // Total: 9,5% (59/621) >2 CH: 7,2% (8/110) vs 9,4% (48/511) // Total: 9% (56/621)
EVOLUCIÓN CLÍNICA	No Urgentes	0,106	0 PFC: 92,7% (102/110) vs 91,8% (469/511) // Total: 92% (571/621) 1-2 PFC: 5,4% (6/110) vs 5,1% (26/511) // Total: 5,1% (32/621) >2 PFC: 1,8% (2/110) vs 3,1% (16/511) // Total: 2,9% (18/621)
	Mortalidad intra-UCI	0,994	0 cirugías: 67,2% (74/110) vs 51,1% (261/511) // Total: 53,9% (335/621) 1 cirugía: 30,9% (34/110) vs 37,2% (190/511) // Total: 36,0% (224/621) 2 o más: 1,8% (2/110) vs 11,7% (60/511) // Total: 10% (62/621)
	Mediana de estancia en UCI	0,009	0 cirugías: 80,9% (89/110) vs 71,03% (363/511) // Total: 72,8% (452/621) 1 cirugía: 15,5% (17/110) vs 22,9% (117/511) // Total: 21,6% (134/621) 2 o más cirugías: 3,6% (4/110) vs 6,1% (31/511) // Total: 5,6% (31/511)
EVOLUCIÓN CLÍNICA	Evolución hospitalaria	0,456	Alta: 97,3% (107/110) vs 97,3% (497/511) // Total: 97,3% (604/621) Exitus: 2,7% (3/100) vs 2,7% (14/511) // Total: 2,7% (17/621)
	Mediana de estancia en UCI	0,009	65+: 3 días - desviación 8,57 <65: 2 días - desviación 10,12

Tabla 1: Análisis bivariable

**Métodos:** Estudio prospectivo de cohorte, incluyó a pacientes ingresados en una Unidad de Trauma y Neurocríticos entre enero 20 y junio 24. Se incluyeron pacientes con TCE, definidos por una puntuación en la Abbreviated Injury Scale  $\geq 1$ , y edad  $> 65$  años. Se realizaron 2 grupos: 65-80 años y  $> 80$  años. Se analizaron variables demográficas, gravedad, uso de recursos y complicaciones. El resultado primario fue mortalidad al alta de UCI y, como secundarios, mortalidad global y situación funcional al alta hospitalaria, definida mediante la Glasgow Outcome Scale-Extended (GOSE). Las variables continuas se describieron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney o t de Student. Las variables categóricas se expresaron como recuentos y porcentajes, y se compararon utilizando el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se utilizó un nivel de significancia bilateral del 5%.

**Resultados:** Se analizaron 103 pacientes, con una mediana de edad de 74 (71-79) años, siendo el 80% (n = 82) de 65-80 años y el 20% (n = 21)  $> 80$  años. La mayoría fueron hombres (61%, n = 63), sin diferencias entre grupos. Los pacientes  $> 80$  años presentaron mayor comorbilidad, medida por la escala de Charlson (4 [3-5] vs. 5 [4-7], p = 0,002). El mecanismo lesional más prevalente fue la caída accidental en ambos grupos (65-80 años: 82% [n = 67] vs.  $> 80$  años: 67% [n = 14]; p = 0,029), destacando el atropello en los mayores de 80 años (3,7 vs. 14,3%, p = 0,029). No se encontraron diferencias en la gravedad según el AIS de cabeza o el Injury Severity Score. Un 38% (n = 39) de los pacientes presentaron lesiones graves, definidas por la Glasgow Coma Scale. La estancia en UCI fue menor en los pacientes mayores (4,04 [1,91-11,04] vs. 1,98 [1,14-4,94], p = 0,023), así como la estancia hospitalaria (10,56 [3,21-22,64] vs. 2,55 [1,09-12,05], p = 0,004). La mortalidad fue mayor en el grupo de  $> 80$  años (32,3 vs. 57,1%, p = 0,041), y presentaron una mayor tasa de adecuación del tratamiento de soporte vital (25,6 vs. 52,4%, p = 0,018). La mayoría de los pacientes (67%, n = 65) tenían una mala situación funcional al alta (GOSE  $\leq 4$ ), sin diferencias entre los grupos.

**Conclusiones:** El TCE es una causa importante de morbimortalidad en poblaciones mayores, destacando mecanismos lesionales de baja energía. Los pacientes más añosos presentan tasas elevadas de adecuación del tratamiento de soporte vital, representando un reto en la definición de medidas terapéuticas y en la utilización de recursos.

**673. EFICACIA DEL PACKING PREPERITONEAL Y EMBOLIZACIÓN ARTERIAL EN POLITRAUMÁTICOS CON FRACTURA PÉLVICA CON SANGRADO ACTIVO**

Cruz Perera L, Campos Serra A, Quinche Guillén VE, Subirana Bofill R, Artigas Soler A, Domínguez Ibarrola A y Rodríguez Yakushev AL

*Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Barcelona.*

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad del *packing* preperitoneal (PPP), la embolización arterial (EA), su combinación y la fijación externa en pacientes politraumáticos con fractura pélvica con sangrado activo atendidos en el Hospital Universitario Parc Taulí (2006-2024).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 87 pacientes clasificados en cuatro grupos según la intervención recibida: PPP (Grupo 1), EA (Grupo 2), combinación de PPP y EA (Grupo 3) y fijación externa (Grupo 4). Se recopilaron datos clínicos, demográficos y relacionados con las intervenciones, como mortalidad, complicaciones y efectividad. Se emplearon pruebas estadísticas para identificar diferencias significativas entre los grupos.

**Resultados:** La media de edad fue 48,3 años, con predominio masculino (72,4%). Los traumas más frecuentes fueron accidentes de tráfico (34,5%) y caídas (33,3%). El 78,2% recibió EA, con una efectividad del 85,3%. El 32,2% recibió PPP (Grupos 1 y 3). En el Grupo 3, el 60,7% de los tratados con PPP necesitaron EA por sangrado persistente. El 9,2% recibió fijación externa (Grupo 4). La mortalidad global fue del 32,2%, mayor en el Grupo 1 (45,5%), seguido del Grupo 3 (41,2%) y el Grupo 2 (31,4%), sin muertes en el Grupo 4. Aunque la mortalidad fue mayor en el Grupo 1 frente al Grupo 3, la diferencia no fue significativa (p = 0,273). El Grupo 3 presentó peores indicadores: ISS más alto (48,8  $\pm$  13,8; p = 0,016), ABC score (3,0 vs. 2,0 en el Grupo 1, 1,0 en los Grupos 2 y 4; p < 0,001), shock index (1,5 vs. 1,3 en el Grupo 1, 1,1 en el Grupo 2 y 1,0 en el Grupo 4; p < 0,001) y más transfusiones preintervención (4,6 vs. 2,0 en el Grupo 1; p = 0,013). La mortalidad aguda (< 48 horas) fue más alta en los Grupos 1 y 3 (29,4% y 27,3%, respectivamente; p = 0,317), causada principalmente por shock hemorrágico, afectando al 13,8%. La mortalidad tardía (4,6%) estuvo ligada a fallo multiorgánico

por sepsis, predominando en el Grupo 1 (18,2%) y el Grupo 3 (11,8%). El tiempo de retirada del *packing* fue mayor en el Grupo 1 (52,5 h) frente al Grupo 3 (48,0 h; p < 0,001).

**Conclusiones:** La EA fue altamente eficaz (85,3%) en el control de la hemorragia. Sin embargo, el 60,7% de los pacientes con PPP necesitaron EA adicional, destacando la importancia de combinar estrategias en pacientes con indicadores de gravedad elevados. Los Grupos 1 y 3 presentaron mayor mortalidad, probablemente por ISS, shock index, ABC score y necesidades transfusionales más altos. La mortalidad aguda se atribuyó a shock hemorrágico y la tardía, a fallo multiorgánico.

**674. COLABORACIÓN Y SATISFACCIÓN EN EQUIPOS DE ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE**

Moreno Ciudad P, Rodríguez Villamizar P, Alonso Ciria E, Correas López MT, Martínez Durán F, Fransi Portella I, Morán Gallego FJ y Morales Varas GD

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

**Objetivos:** Evaluar los aspectos relacionados con la colaboración y la satisfacción en la toma de decisiones de los profesionales dedicados al manejo del trauma grave.

**Métodos:** Durante las “III Jornadas de Trauma Grave: Perspectivas”, se realizó una encuesta con a herramienta Collaboration and Satisfaction About Care Decisions in Trauma (CSACD.T). La evaluación constó de 9 preguntas con una escala de Likert de 0 a 7, donde la puntuación (Satisfaction Score) varía entre 9 (colaboración mínima) y 63 (colaboración máxima). Se recolectaron datos demográficos y profesionales, enfocándose en su rol y experiencia en atención de trauma grave. Las variables categóricas se expresaron como recuentos y porcentajes y se compararon mediante la prueba de  $\chi^2$  o la prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se presentaron como mediana y rango intercuartil (RIC) y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney o la prueba t de Student. Se utilizó un nivel de significancia bilateral del 5%.

	MEDICINA N=92	ENFERMERÍA N=102	P valor
p1: ¿Enfermería y medicina planifican conjuntamente la toma de decisiones sobre la atención inicial a los pacientes?	4 (3-5.5)	4 (2-4)	0,0850
p2: ¿Existe una comunicación abierta entre enfermería y medicina sobre las decisiones durante la atención al paciente?	5 (4-6)	4 (3-5)	0,0090
p3: ¿Enfermería y medicina comparten la responsabilidad de tomar decisiones sobre los pacientes?	3 (2-4)	3 (2-4)	0,0080
p4: ¿Medicina y enfermería cooperan en la toma de decisiones sobre la atención al paciente?	4 (3-5)	4 (3-5)	0,0200
p5: ¿Se tienen en cuenta tanto las preocupaciones de enfermería como las de medicina al tomar decisiones sobre las necesidades de los pacientes?	4,5 (3-6)	4 (3-5)	0,0330
p6: ¿La toma de decisiones para los pacientes se coordina entre medicina y enfermería?	4 (3-5)	4 (2-5)	0,3700
p7: ¿Cuál es el grado de colaboración entre enfermería y medicina en la toma de decisiones sobre la atención al paciente?	4 (3-5)	4 (3-5)	0,2100
p8: ¿Cuál es su grado de satisfacción con la colaboración general entre medicina y enfermería en la atención inicial de los pacientes?	4 (3-6)	4 (3-5)	0,1300
p9: ¿Cuál es su grado de satisfacción con la colaboración en general con el servicio donde habitualmente trabaja?	5 (4-6)	4 (4-5)	0,0110

**Resultados:** Se analizaron un total de 194 encuestas, de las cuales el 53% (n = 102) correspondieron a personal de enfermería y el 47% (n = 92) a personal médico. La mediana de edad fue de 35 años (30-46), siendo la mayoría mujeres (68%, n = 131), sin diferencias significativas entre las categorías profesionales. El liderazgo fue asumido principalmente por médicos (54 vs. 9%, p < 0,000). La tabla resume las respuestas con la

herramienta CSACD.T, destacando que los médicos perciben en mayor comunicación entre enfermería y medicina en la toma de decisiones (5 [4-6] vs. 4 [3-5],  $p < 0,05$ ). Asimismo, los médicos reportan mayor satisfacción con la colaboración en el servicio donde habitualmente trabajan (5 [4-6] vs. 4 [4-5],  $p < 0,05$ ). La mediana del Satisfaction Score fue de 36 puntos (28-43), sin diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, al dividir la cohorte por cuartiles, se observó que enfermería destacaba en el cuartil de menor satisfacción (Medicina: 21 vs. Enfermería: 30%,  $p = 0,043$ ).

**Conclusiones:** Los equipos de atención inicial al trauma requieren una adecuada comunicación y colaboración en la toma de decisiones. El bajo grado de satisfacción observado, especialmente entre los profesionales de enfermería, podría influir en los resultados clínicos. Por lo tanto, sería adecuado implementar estrategias orientadas a mejorar la colaboración y el desempeño de los equipos multidisciplinares.

#### 675. VALOR PRONÓSTICO DE LAS VARIABLES DE IMAGEN EN LA TOMOGRAFÍA AL INGRESO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

García González I, Valdés Francí E, De la Montaña Díaz P, Hernández Temprano M, Moro Punset C, Cantor García A, Maichle S, Postigo Hernández C, Alonso Martínez P y Bringas Bollada M

*Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.*

**Objetivos:** El traumatismo craneoencefálico (TCE) afecta cada año a millones de pacientes en todo el mundo asociando una importante morbilidad y mortalidad. Disponer de factores pronósticos precisos es esencial para clasificar a estos pacientes y guiar las decisiones clínicas. La edad y el GCS al ingreso son dos de los factores pronósticos más importantes, pero se necesita un modelo que incluya también otras variables clínicas, de

imagen o de laboratorio que nos permita ser aún más precisos. Nuestro objetivo es buscar la relación existente entre los distintos tipos de lesión presentes en el TAC de ingreso de pacientes con TCE, así como su localización específica y distribución, y la mortalidad.

**Métodos:** Se incluyeron aquellos pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos entre enero y septiembre de 2024 con diagnóstico de TCE. Se recogieron los datos de las variables de forma retrospectiva. Para el análisis estadístico se utilizó el *software* JASP, utilizando los módulos de estadística descriptiva chi-cuadrado y test de Fisher.

**Resultados:** De los 49 pacientes incluidos, todos ellos presentaron algún tipo de lesión en el TAC craneal al ingreso, siendo la más frecuente la hemorragia subaracnoidea, presente en 81,6% de los casos, seguido del hematoma subdural y el hematoma intraparenquimatoso, presentes en el 59,2% y en el 49,0% de los casos respectivamente. El 10% presentaron extensión intraventricular y otro 10% presentó lesiones compatibles con la presencia de lesión axonal difusa. La mortalidad en UCI fue del 16,3% y la mortalidad hospitalaria del 24,5%. Ningún tipo de lesión se asoció significativamente con la mortalidad, aunque la presencia de hematoma subdural rozó la significación estadística ( $p = 0,05$ ). La mayoría de estas lesiones se localizaron en lóbulos frontales (71,4%) y temporales (65,3%). El 16% de los pacientes presentó hemorragia en fosa posterior. Las lesiones fueron bihemisféricas en el 40,8% de los casos. Ni la localización topográfica de las lesiones ni la extensión bihemisférica de las mismas se asoció de forma significativa con la mortalidad. El 53% de los pacientes presentó además, fractura craneal asociada y el 14,3% presentó signos de herniación cerebral, asociándose en ambos casos con un aumento significativo de la mortalidad ( $p = 0,016$  y  $p = 0,03$  respectivamente).

**Conclusiones:** La localización subdural del hematoma y la presencia de fractura craneal asociada, o signos de herniación cerebral son los hallazgos de imagen al ingreso que implican una mayor mortalidad en los pacientes con TCE.