

de inhalación de humo. El mecanismo de lesión más frecuente fue la llama (53,72%) seguido de deflagración/explosión (31,15%), escaldadura (6,99%), lesión eléctrica (6,1%), lesión química (1,58%) y finalmente congelación y dermoabrasión (0,23%). La mortalidad global fue del 19,6%, un total de 87 pacientes.

**Conclusiones:** Conocer la incidencia de pacientes críticos quemados en nuestro medio conduce a una mejor gestión de camas de críticos y adecuación de equipos multidisciplinares de primera asistencia, donde el papel del intensivista es imprescindible.

#### 098. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE NEXOBRID EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CRÍTICOS QUEMADOS: UN ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE USO Y SEGURIDAD

Baena Caparrós J, Arévalo ÁG, Bulla A, Novoa E, Izquierdo M, Palmada C, Vallés S, Serracanta J, Barret JP y Báguena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar el uso de Nexobrid y su seguridad en pacientes quemados críticos.

**Métodos:** Se evaluaron los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d' Hebron de 2012 a 2022. Cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron tratamiento con ventilación mecánica (VMI) o aminas dada su gravedad al ingreso, catalogándolos de críticos quemados. Un total de 444 pacientes fueron revisados y clasificados como pacientes críticos quemados; se recogieron datos demográficos, presencia de lesión por inhalación (HI), porcentaje de superficie corporal total (%TBSA), mortalidad y uso de Nexobrid (desbridamiento enzimático).

**Resultados:** Del total de 444 pacientes, 111 fueron tratados con Nexobrid para desbridar una zona quemada. Nexobrid se utilizó para desbridar a 7 pacientes con quemaduras críticas en 2015, 16 en 2016, 13 en 2017, 11 en 2018, 19 en 2020, 11 en 2021 y 16 en 2022. Respectivamente, el 14,28% de los pacientes críticos recibieron algún desbridamiento con Nexobrid en 2015, 34,04% en 2016, 27,08% en 2017, 32,35% en 2018, 51,42% en 2019, 63,33% en 2020, 55% en 2021 y 72,72% en 2022. El% de TBSA medio desbridado con Nexobrid de 2015 a 2022 es: 16,42%, 17,12%, 7,84%, 11,91%, 13,55%, 12,84%, 20,45% y 19,93% respectivamente. En el modelo de regresión logística, observamos que el uso de Nexobrid al igual que el %TBSA, la edad y la inhalación, no aumentan la mortalidad.

**Conclusiones:** El uso y porcentaje de superficie desbridada con Nexobrid ha ido aumentando progresivamente. El uso de Nexobrid en pacientes quemados críticos es seguro.

#### 099. PUNTUACIONES PREDICTIVAS DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: ABSI, ABSI MODIFICADO Y NOMOGRAMA DE BAUX REVISADO. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD?

Baena Caparrós J, Bulla A, Pujol FX, Conto A, Rey A, Pérez L, López JA, Serracanta J, Barret JP y Báguena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar cuál de los puntajes predictivos de mortalidad se acerca más a la mortalidad real en nuestra unidad.

**Métodos:** Pacientes críticos quemados ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d' Hebron Se evaluó del 2018 al 2022, una cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron tratamiento con ventilación mecánica (VMI) o aminas dada su gravedad al ingreso, catalogándolos de críticos quemados (129 pacientes). Se recogieron datos demográficos, mortalidad, quemaduras de espesor total, lesiones por inhalación y puntuaciones de predictores de Mortalidad: ABSI, ABSI modificado (mABSI), nomograma revisado Baux y APACHE II. Evaluamos la exactitud predictiva de las diferentes datos y puntuaciones de mortalidad mediante regresión logística. Se utilizó el área bajo la curva ROC para evaluar la exactitud predictiva del modelo.

**Resultados:** Los resultados del área bajo la curva (AUC) para predecir la muerte en ABSI, mABSI, nomograma de Baux y APACHE II son respectivamente: 0,7912, 0,7634, 0,8009 y 0,6639.

**Conclusiones:** APACHE II es un pobre predictor de mortalidad en pacientes quemados críticos. Los resultados nos hacen considerar que ABSI, mABSI y la puntuación Baux del nomograma revisado son buenas pruebas para predecir la muerte en nuestros pacientes quemados. El análisis de regresión logística parece sugerir que el espesor total, la

lesión por inhalación y el sexo son menos relevantes de lo que se pensaba anteriormente. La puntuación Baux parece ser el modelo más preciso para nuestros datos.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### CIRUGÍA CARDIACA II

11:40-12:00 - Pantalla 1

Moderador: *Eduard Argudo Serra*

#### 100. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PROTOCOLO DE EXTUBACIÓN ULTRARRÁPIDA TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Jiménez del Valle JR

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

**Objetivos:** 1. Identificar factores predictores independientes de fracaso de la extubación UFT después de cirugía cardiovascular en adultos. Revisar nuestros resultados hospitalarios con la extubación UFT después de la cirugía cardiovascular en adultos

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 785 pacientes consecutivos mayores de 18 años sometidos a cirugía cardiovascular. En todos los casos se aplicó el siguiente protocolo anestésico estandarizado: inducción con midazolam, fentanilo y rocuronio y mantenimiento con infusión de fentanilo y sevoflurano inhalado. La decisión de no extubar en el quirófano se basó en la hemodinámica y la ventilación intraoperatoria. Análisis estadístico según SPSS versión 20,0.

**Resultados:** La extubación en quirófano fue posible en 699 (89%) pacientes. Los factores predictivos independientes significativos del fracaso de la extubación de la UFT fueron: mayor índice de masa corporal, infarto de miocardio previo  $\leq 2$  días, antiagregante preoperatorio  $\leq 24$  h, anticoagulante preoperatorio  $\leq 24$  h, marcapasos permanente previo, desfibrilador automático implantable previo, preoperatorio NYHA (New York Heart Association) clase III- IV, balón de contrapulsación intraaórtico preoperatorio, puntuación EuroSCORE/EuroSCORE II más alta, cirugía urgente/emergente, tiempos más altos de circulación extracorpórea, pinzamiento cruzado y paro circulatorio, cualquier administración de sangre y soporte inotrópico y vasopresor. Los resultados de la extubación fueron: la mortalidad global en las unidades de cuidados intensivos (UCI) fue del 1,9%; la estancia media en UCI fue de 4,82 días; se requirió una reintubación temprana en 26 pacientes (3,7%), principalmente debido a la necesidad de una reoperación; no fue necesaria traqueotomía. Las tasas de neumotórax y neumonía asociadas con la ventilación mecánica fueron insignificantes.

**Conclusiones:** Una extubación inmediata de rutina en el quirófano es factible para la gran mayoría de los pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular. El intento de identificar los factores asociados con una extubación exitosa en el quirófano es de gran importancia. Para pacientes adecuados, se ha demostrado que el protocolo de extubación UFT después de la cirugía cardiovascular en adultos evita las molestias provocadas por la intubación y la ventilación prolongadas, previene la administración de sedantes innecesarios y parece ayudar a mantener una mejor hemodinámica en un paciente despierto que respira espontáneamente. No hemos observado mejoras en la duración de la estancia en UCI.

#### 101. ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, ¿EXISTEN PREDICTORES?

Albacete Ródenas P, Andreu Ruiz A, Martín Bautista M, Martínez Martínez AI, Gomis Romero A, Suárez Ramos P y Duró Torrijos JL

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

**Objetivos:** Evaluar la relación entre la estancia hospitalaria con las características sociodemográficas y quirúrgicas en pacientes interveni-

Figura Póster 102

	Total 244		Estancia Hospitalaria				p-Valor*				
	n	%	< 5 días 174 (71,3%)	≥ 5 a 7 días 36 (14,8%)	> 7 a 12 días 21 (8,6%)	> 12 días 13 (5,3%)					
<b>Sexo</b>											
Hombre	159	65,2	122	76,7%	20	12,6%	9	5,7%	8	5,0%	,046
Mujer	85	34,8	52	61,2%	16	18,8%	12	14,1%	5	5,9%	
<b>Edad</b>											
≤ 50 años	24	9,8%	18	75,0%	2	8,3%	2	8,3%	2	8,3%	,743
51-60 años	35	14,3%	24	68,6%	4	11,4%	4	11,4%	3	8,6%	
61-70 años	71	29,1%	53	74,6%	10	14,1%	5	7,0%	3	4,2%	
71-80 años	104	42,6%	74	71,2%	16	15,4%	9	8,7%	5	4,8%	
≥ 81 años	10	4,1%	5	50,0%	4	40,0%	1	10,0%	-	-	
<b>Tipo de cirugía</b>											
Coronaria	69	28,3%	59	85,5%	7	10,1%	1	1,4%	2	2,9%	,141
Valvular	137	56,1%	92	67,2%	21	15,3%	16	11,7%	8	5,8%	
Aorta	27	11,1%	15	55,6%	5	18,5%	4	14,8%	3	11,1%	
Otros con CEC	10	4,1%	7	70,0%	3	30,0%	-	-	-	-	
Otros sin CEC	1	0,4%	1	100,0%	-	-	-	-	-	-	
<b>Prioridad</b>											
Programada	134	54,9%	103	76,9%	21	15,7%	6	4,5%	4	3,0%	,019
Urgente	104	42,6%	68	65,4%	15	14,4%	13	12,5%	8	7,7%	
Emergente	6	2,5%	3	50,0%	-	-	2	33,3%	1	16,7%	
<b>FEVI</b>											
Deprimida	17	7,0%	12	70,6%	2	11,8%	1	5,9%	2	11,8%	,915
Moderada	45	18,4%	33	73,3%	7	15,6%	3	6,7%	2	4,4%	
Preservada	182	74,6%	129	70,9%	27	14,8%	17	9,3%	9	4,9%	
<b>Láctico</b>											
Normal	143	58,6%	107	74,8%	20	14,0%	8	5,6%	8	5,6%	,219
Elevado	101	41,4%	67	66,5%	16	15,8%	13	12,9%	5	5,0%	

\*(\*) p-valor, punto de corte de significación estadística inferior a 0,05

dos de Cirugía Cardíaca en el Hospital Universitario del Vinalopó en 2023.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal en pacientes intervenidos con cirugía cardíaca entre el 1 de febrero al 23 de septiembre de 2023 en el Hospital Universitario del Vinalopó (n = 250). Fueron identificados 250 pacientes, de ellos, excluidos como pérdidas de estudio, un paciente por ausencia de datos y cinco por *exitus*. Obtenida la muestra, se analizaron las variables: sexo; edad; tipo de cirugía; prioridad de la cirugía; FEVI preoperatoria; láctico a las 24 h y estancia hospitalaria. Se realizó un estudio descriptivo univariante y bivariante para la relación entre la estancia hospitalaria y el resto de variables, estableciendo tablas de contingencia y señalando porcentajes y cómputo absoluto de casos. Se consideró el punto de corte (p) de significación estadística inferior a 0,05.

**Resultados:** Los pacientes analizados ascendieron a 244, de los que el 65,2% eran hombres. La edad media fue de 66,71 ± 11,8 años, siendo el rango de 71-80 años más numeroso (42,4%). Se identificó una mediana de 7 días de estancia hospitalaria, siendo el registro más elevado en las estancias inferiores a 5 días (71,3%). Del total de los casos, prevaleció el tipo de cirugía valvular (56,1%), seguido de la cirugía de revascularización coronaria (28,3%). Según la prioridad, predominaron las cirugías programadas (54,9%), seguido de cirugías urgentes (42,6%). El mayor número de paciente presentó una FEVI preoperatoria preservada (74,6%) y el láctico normal (58,6%). Los hombres registraron mayor número de estancias < 5 días (76,7%, p = 0,046), frente al total de mujeres, con estancias más prolongadas en los rangos ≥ 5 a 7 días (18,8%), ≥ 7 a 12 días (14,1%) y ≥ 12 días (5,9%). Asimismo, para estancias < 5 días, predominaron las cirugías programadas (76,9%), frente a las urgentes (65,4%) y las emergentes (50,0%) (p = 0,019).

**Conclusiones:** Partiendo de nuestra muestra, podemos afirmar que existe un predominio estadísticamente significativo de sexo masculino y cirugías programadas en el grupo de estancia menor o igual a 5 días. Por el contrario, no podemos afirmar que exista esta relación atendiendo a las variables edad, tipo de cirugía, FEVI preoperatoria y láctico posoperatorio.

## 102. TERAPIA DE HEMOADSORCIÓN EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (HUSA)

Obando Martínez C, Granados Ricaurte JF, Núñez Blanco N, Martínez Santos E, Figueroa Falconi JC, Muñoz González S, Jiménez Tejera G, El Ashkar Palacios GC, Ochoa Calero M y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

**Objetivos:** Analizar la evolución de pacientes con endocarditis intervenidos por cirugía cardíaca y utilización del filtro de adsorción extracorpórea de citoquinas (Citosorb®).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en posoperados de cirugía cardíaca con endocarditis, en el HUSA: Ene/22 y Nov/23 utilizando Citosorb®. Analizamos variables demográficas, SOFA, vasoactivos, láctico, PCR y PCT, tiempo VM, FRA; estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria, entre otras. Se realizó chi-cuadrado, buscando asociación entre mortalidad y variables que consideramos podían influir en ella.

**Resultados:** Incluimos 21 pacientes: varones 76,2%; edad 67,6 (± 12,1). Diabetes 3,3%, sobrepeso 38%, obesidad 23,9%, EPOC 9,5%, HTA 66,6%, cir. cardíaca 33,3%, ACVA 20%. Portador DAI 5% y MCP 10%. Estancia: UCI 13,8 (± 19,1) d. y hospital 46,8 (± 26,9) d. VM: 5 (± 13,6) d. VM > 1 semana 14,3%. EUROSORE II 19,4 (± 3,8), APACHE 18,7 (± 1,77), SOFA (24h pre-cirugía) 3,2 (± 3,1). Cirugía emergente 4,8%, urgente 71,4% y electiva 23,8%. Motivo: ICC 47,6%; infección no controlada 23,8% y fenómenos embólicos 28,6%. V. nativa 66,6%, VAo 47,6%, VM 19%, Multi V. 28,6% y Dispositivos 4,7%. Shock preop. 28,6%. S. *gallolyticus* 27,8%, SAMS 16,7%, S. *epidermidis* 16,7%. Proced. quir.: SVAo 38,9%, SVAO+SVM 33,3%, SVM 16,7% Tiempo de CEC 157 (± 17,1). Posop.: SOFA primeras 24 h: 10,7 (± 2,2); 7d 4,9 (± 3,8). D-SOFA: 24h 7,5 (± 2,7), 48 h 6,5 (± 4,2), 72h 5,1 (± 5,1) y d7 1,4 (± 4,4). PCR<sub>7</sub> (± 6,9), PCR<sub>24</sub> 10,3 (± 7,4), PCR<sub>48</sub> 7,2 (± 4,8); PCT<sub>2</sub> 2,6 (± 7,1), PCT<sub>24</sub> 5,9 (± 10,6), PCT<sub>47</sub> 3,4 (± 5,1). Láctico preop.: 3,9 (± 3,2), 48 h: 2,9 (± 4,3). Reintervención 23,8%. Sangrado 19%, coagulopatía

76,2% y trombopenia 80,9%; SBGC 47,6%; Shock distributivo 42,8%; arritmias 57,1% y FRA 80,9%. El 100% con NA, 4,57(± 4,06) d. Adrena. 14%: 0,3 (± 0,78) d. *Exitus* 38,10%: UCI 19,05%. *Shock preop.* - *Exitus* y PCTi - *Exitus* (p < 0,05). *Shock preop.* RR 7,5 (IC: 2,06 - 27,5) p: < 0,05; PCTi RR 4,25 (IC: 1,8-10,1) p: < 0,05 y PCT d7 RR 5,25 (IC: 0,78-35,1) p: 0,09.

**Conclusiones:** La terapia de hemoadsorción en cirugía cardiaca: predominio sexo masculino, alta mortalidad a pesar de tratamiento médico y quirúrgico. Este último urgente en la mayoría de los casos, afectando principalmente la VAO y VM. Aislados en V. nativa y V. Protésica: *S. epidermidis*. En V. protésica. *S. galloliticus* 2º germen predominante. Complicaciones posoperatorias más importantes: Coagulopatía, tromboopenia, FRA y arritmias. Mortalidad 7,5 veces mayor si *shock* preoperatorio (p < 0,05). Elevación persistente de PCT en primera semana se relaciona con importante aumento de mortalidad. D-SOFA > 2 importante predictor de mortalidad.

### 103. INCIDENCIA DE FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES POSOPERADOS DE DISECCIÓN DE AORTA TIPO A DE STANFORD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA

Asensio Rodríguez M, Vázquez Andrés G, Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Navarro Vicente A, Soto Segado P y Sánchez Gómez J

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** La disección de aorta tipo A (DAA) es una patología frecuente y potencialmente mortal. El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de fracaso renal agudo (FRA) en los pacientes posoperados de disección de aorta tipo A que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia (HUVA).

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico llevado a cabo en la UCI del HUVA. Se han recogido 112 pacientes ingresado tras el posoperatorio de DAA desde junio de 2013 a diciembre de 2023. Se han incluido pacientes mayores de 18 años que han ingresado en la UCI. Los datos cualitativos se describen mediante índices estadísticos descriptivos y las variables continuas mediante medidas de tendencia central y de dispersión. La prueba de Kolmogórov-Smirnov reveló distribución no normal. Para variables cualitativas dicotómicas se ha utilizado la prueba chi-cuadrado mientras que para variables cuantitativas se han utilizado la prueba t-Student y su equivalente no paramétrico U-Mann Whitney. Se considera factor de riesgo si la OR > 1, factor protector si OR < 1 y estadísticamente significativas si p < 0,05.

**Resultados:** De los 112 pacientes analizados durante 10 años (2013-2023) con diagnóstico de disección de aorta tipo A, el 75% eran varones, frente al 25% de mujeres, siendo la edad media de presentación del cuadro 60 años. Entre las complicaciones observadas, la disfunción renal se objetivó en casi la mitad de los pacientes posoperados de DAA (47,5%), considerando fracaso renal a partir del aumento de la creatinina sérica en  $\geq 0,3$  mg/dL o reducción de la producción de orina a  $< 0,5$  ml/kg/hora durante 6 a 12 horas (Guías KDIGO). De estos 53 pacientes que presentaron fracaso renal agudo, el 22,3% precisaron inicio de terapias continuas de reemplazo renal (TCRR). Esto es de gran interés, ya que el fracaso renal es una complicación frecuente y el inicio de las TCRR se asoció a mayor mortalidad en nuestros pacientes (OR 5, p 0,001).

**Conclusiones:** El fracaso renal agudo es una complicación frecuente asociada al posoperatorio de disección de aorta tipo A. Es más frecuente en hombres, siendo su edad media de aparición los 60 años. Aproximadamente, un tercio de los pacientes que sufren FRA precisan inicio de terapias continuas de fracaso renal, observado de forma estadísticamente significativa que los pacientes que precisan TCRR presentan un mayor riesgo de muerte durante el posoperatorio en la UCI.

### 104. POSOPERATORIO DE DISECCIÓN DE AORTA TIPO A DE STANFORD. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA

Asensio Rodríguez M, Vázquez Andrés G, Martín Magán MDM, Mula Martínez R, Navarro Vicente A, Sánchez Gómez J y Soto Segado P

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** La disección de aorta tipo A (DAA) es una patología frecuente y potencialmente mortal. El objetivo de este estudio es analizar

los factores asociados a la mortalidad de los pacientes que ingresan con DAA en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia (HUVA).

**Métodos:** Estudio observacional, unicéntrico llevado a cabo en la UCI del HUVA. Se han incluido 32 pacientes fallecidos por DAA desde junio de 2013 a octubre de 2023. Los datos cualitativos se describen mediante índices estadísticos descriptivos y los cuantitativos mediante medidas de tendencia central y de dispersión. Para variables cualitativas dicotómicas se ha utilizado la prueba chi-cuadrado mientras que para variables cuantitativas la prueba t-Student y su equivalente no paramétrico U-Mann Whitney. Se considera factor de riesgo si la OR > 1, factor protector si OR < 1 y estadísticamente significativo si p < 0,05.

**Resultados:** En 10 años, han fallecido 35 pacientes por DAA, siendo la causa de muerte más frecuente el fallo multiorgánico (MOF) (34,3%), seguido del *shock* hipovolémico (22,3%), *shock* cardiogénico (23%), muerte encefálica (14,3%), taponamiento cardiaco (3%) y *shock* séptico (3%). El 60% fallecieron en la UCI y el 35% durante la cirugía existiendo relación significativa entre el lugar de la muerte y la causa. El MOF es la causa más frecuente en UCI y el *shock* hipovolémico en quirófano. La mortalidad es más frecuente en varones (70%), sin encontrar asociación significativa con el sexo. Durante la cirugía, tiempos largos de CEC y alteraciones en el sistema INVOS se asocian a mayor mortalidad mientras que la perfusión cerebral anterógrada (PCA) a menor mortalidad. Al ingreso en UCI, se ha asociado de forma significativa a mayor mortalidad valores elevados de lactato y complicaciones como el ictus isquémico, la insuficiencia cardiaca y el diagnóstico de *shock* de cualquier etiología. La disfunción renal no asocia mayor mortalidad, aunque si la utilización de terapias continuas de reemplazo renal (TCRR).

**Conclusiones:** La causa más frecuente de muerte es el MOF en la UCI, seguido del *shock* hipovolémico en quirófano. Durante la cirugía, el tiempo de CEC y las alteraciones en la medición del sistema INVOS se asocian a mayor mortalidad mientras que la PCA parece ser un factor protector. Las complicaciones asociadas a mortalidad son el diagnóstico de *shock*, el ictus isquémico, la insuficiencia cardiaca y las TCRR.

### 105. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

El Ashkar Palacios G<sup>1</sup>, Ochoa Calero M<sup>2</sup>, Ballesteros Herraes JC<sup>2</sup>, Muñoz González S<sup>2</sup>, Figueroa Falconi J<sup>2</sup>, Jiménez Tejera G<sup>2</sup>, Márquez Fernández C<sup>1</sup>, de Frutos Hernando E<sup>1</sup>, Álvarez Narros L<sup>1</sup> y Sagredo Meneses V<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Segovia (C. A. de Segovia), Segovia. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

**Objetivos:** Analizar los pacientes de cirugía cardiaca que precisaron de traqueostomía durante el periodo posoperatorio.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en pacientes posoperados de cirugía cardiaca del Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca entre enero de 2018 y octubre de 2023, que precisaron de traqueostomía.

**Resultados:** Se registraron un total de 1.413 pacientes ingresados para control posoperatorio de cirugía cardiaca, de los cuales el 3,6% (51 pacientes) precisó de traqueostomía. El 76% fueron varones. La edad media fue de 70 ± 8 años. Dentro de los factores de riesgo el 31,4% (16/51) eran obesos, 31,4% (16/51) diabéticos, 13,7% (7/51) EPOC, 19,6% (10/51) hipertensión pulmonar previa y el 17,6% (9/51) tenían insuficiencia renal crónica. El EuroSCORE estándar medio de 8 ± 3 y el EuroSCORE logístico medio de 16 ± 16. El APACHE II medio de 22 ± 6. La cirugía fue valvular en el 37,3% (19/51), coronaria el 13,7% (7/51), mixta el 29,4% (15/51) y misceláneas el 7,8% (4/51) por disección de aorta, 5,9% (3/51) por endocarditis y 1 caso por pericardiotomía. El tiempo de CEC medio fue de 176 ± 64,21 minutos y el 35,3% (18/51) fueron intervenciones urgentes. El 13,7% (7/51) presentaron sangrado posoperatorio, de estos, el 57% (4/7) precisó reintervención urgente. El 11,8% (6/51) presentó en el posoperatorio inmediato síndrome vasopléjico, el 21,6% (11/51) síndrome de bajo gasto y el 31,4% (16/51) *shock* poscardiotomía. En todos los casos la traqueostomía se realizó por técnica percutánea. La indicación por *weaning* prolongado fue el 74,5% (38/51), por fracaso de la extubación el 15,7% (8/51) y por complicaciones neurológicas el 5,9% (3/51). Con respecto al momento de realización, en el 3,9% (2/51) se realizó de forma precoz (< 7 días), intermedia (7-21 días) en el 78,4% (40/51) y tardía (> 21 días) en el 17,6% (9/51) de los casos. La duración de la ventilación mecánica fue de 39,3 ± 18,3 días; El tiempo

medio con traqueostomía fue de  $16,9 \pm 6,3$  días. El 15,7% (8/51) presentaron traqueobronquitis, siendo el microorganismo más frecuente *Serratia marcescens*, no hubo complicaciones hemorrágicas relacionadas con el procedimiento. La estancia media en UCI fue de  $43 \pm 20$  días, siendo la mortalidad el 37,3% (19/51).

**Conclusiones:** La traqueostomía es un procedimiento poco frecuente en el posoperatorio de cirugía cardíaca. La indicación más frecuente fue por *weaning* prolongado y la mayoría se realizaron entre los días 7 y 21 de ingreso. La complicación más frecuente fue la traqueobronquitis. Fueron pacientes con estancia media prolongada y con una mortalidad elevada.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### RESPIRATORIO I

11:40-12:00 - Pantalla 2

Moderador: Carles Subirà Cuyàs

#### 106. LESIONES DERIVADAS DE LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL: UNA AMENAZA OCULTA

López Fajardo P, Domínguez González A, García Rodríguez D, Pérez López M, Zamora Bazo A, Peinado Rueda E, Ayala Durán R, Secaduras Arvelo TM, Artazkoz del Toro JJ y López López S

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

**Objetivos:** Descripción epidemiológica de nuestra serie de casos y estudio de las complicaciones posintubación endotraqueal.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional sobre la serie de casos ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC de Santa Cruz de Tenerife en el periodo 2021-2023 que requirieron intubación endotraqueal durante más de 72 horas. Las variables a estudiar fueron la edad, el sexo y el tiempo de intubación endotraqueal. Se analizaron las complicaciones derivadas de la misma definidas como autoextubación, estridor posextubación y parálisis de cuerda uni y bilateral. Se llevó a cabo un seguimiento al alta de UVI y se estudió la necesidad de realizar procedimientos por parte del Sº de ORL- CCC como la traqueotomía permanente y la aritenoidectomía parcial o total con cordotomía posterior láser.

**Resultados:** Un total de 447 pacientes estuvieron con intubación endotraqueal de los cuales 30 pacientes desarrollaron complicaciones. El 77% fueron mujeres y la edad media fue de 48 años. El tiempo medio de IOT fueron 12 días. El estridor posextubación fue la complicación universal en todos ellos, de los cuales el 25% estaba en relación a autoextubación. El 20% requirió practicar tratamiento quirúrgico y el 6% traqueotomía permanente.

**Conclusiones:** El 7% de los pacientes con intubación endotraqueal desarrolló complicaciones. El 20% desarrolló secuelas graves. El estridor posextubación predominó en el sexo femenino.

#### 107. PERFIL DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TEP DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO EN UNA UCI DE TERCER NIVEL EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

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

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Describir las características demográficas de la población de pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto de una UCI polivalente en un hospital terciario. Establecer la gravedad de la presentación inicial, recopilando datos demográficos, escalas al ingreso, factores de riesgo y perfil clínico. Describir las terapias farmacológicas e invasivas empleadas en la población a estudio y sus resultados de mortalidad.

**Métodos:** Estudio transversal retrospectivo que incluyó 33 pacientes con diagnóstico de TEP de riesgo intermedio-alto ingresados en UCI entre enero de 2022 hasta diciembre de 2023.

**Resultados:** Se revisaron 33 pacientes, 14 mujeres (42,2%) y 19 varones (57,5%). Edad media de 64 años (entre 19 y 91 años), con un 66,6% mayores de 65 años. Factores de riesgo de ETEV presentes en 19 pacientes (57%) predominando la neoplasia activa (47%) y obesidad (31,5%). Prevalencia de FRCV en un 42% de ellos. Solo el 9,09% presentaron antecedente de TVP. El síntoma principal fue disnea (60,6%) y síncope (30,3%). El dímero D promedio fue de 17.736 ng/dL (referencia < 500 ng/dL). 60,6% del total elevaron valores de troponina ThS (valor medio: 227,7 ng/L) con un promedio de proBNP de 4.103,7 pg/mL. El ECG al ingreso presentó alteraciones en el 48,8% (prevalencia del patrón S1Q3T3 56,25% en esta población). Se realizó angioTC, radiografía de tórax y ecocardiograma a todos los pacientes al ingreso: 100% presentaron defecto de repleción bilateral, la radiografía sin hallazgos y signos de sobrecarga derecha con disfunción en el 63,3%, respectivamente. Ninguno había presentado la infección por SARS-CoV-2. Un 66,6% (22 pacientes) habían sido vacunados con una media de 4 dosis (52% recibieron un total de 5 dosis). Un 18,8% fueron tratados mediante fibrinólisis sistémica o trombectomía mecánica: 2 casos trombólisis sistémica (6,06%) y 4 (12,12%) trombectomía mecánica. El 80% de los incluidos, presentaban hipotensión arterial con signos de sobrecarga derecha. Las trombectomías mecánicas presentaban una puntuación PESI superior a 125 (alto riesgo) con una mortalidad estimada por APACHE II entre el 24-55%. Se registró un *exitus* en los pacientes tratados mediante fibrinólisis y del 50% en trombectomía.

**Conclusiones:** Es fundamental establecer un alto índice de sospecha en aquellos con algún factor predisponente: inmovilización y obesidad para inicio de profilaxis precoz. No se identificó relación de causalidad con la infección por SARS-CoV-2. La mayoría, cumplieron el programa de vacunación completo. Mayor mortalidad en el grupo de trombectomía mecánica, pudiendo deberse los resultados al pequeño tamaño muestral.

#### 108. ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE LA ESTIMACIÓN ECOGRÁFICA DEL VOLUMEN DEL DERRAME PLEURAL Y EL DÉBITO TRAS COLOCACIÓN DE DRENAJE A LAS 6 Y A LAS 24 H

González Sáez MD

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

**Objetivos:** Determinar el grado de concordancia entre el volumen cuantitativo de derrame pleural predicho por ecografía mediante la fórmula de Balik y el volumen drenado a las 6 y 24 h tras toracocentesis. Analizar la concordancia entre tamaño cualitativo del derrame estimado por ecografía y tras colocación de drenaje.

**Métodos:** Se reclutaron de forma prospectiva pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de derrame pleural mediante ecografía, con evacuación del mismo mediante colocación de drenaje torácico. Se excluyeron aquellos con derrame pleural loculado y los derrames pleurales recidivantes en un mismo paciente. Se obtuvo una imagen ecográfica del derrame a nivel basal en línea axilar posterior en corte axial, empleando una sonda de ecografía sectorial o convex y se midió la distancia máxima (en mm) entre la pleura visceral y parietal. Se estimó el volumen mediante la fórmula de Balik: Volumen de derrame pleural (mL) = (distancia interpleural (mm)) x 20. Primero, se realizó un análisis estadístico de la concordancia entre ambas medidas mediante el método de Bland Altman. Segundo, los derrames se clasificaron según su tamaño a partir del diámetro medido por eco y el volumen estimado/drenado (tabla), analizando también la concordancia entre tamaño cualitativo del derrame estimado por ecografía y tras colocación de drenaje. También se analizaron otras variables: causa, tipo de derrame y tipo de drenaje torácico (tabla).

Tamaño del derrame pleural	Diámetro del derrame medido por ecografía	Volumen estimado/drenado
Pequeño	< 2 cm	< 400 ml
Mediano	2-4 cm	400-800 ml
Grande	> 4 cm	> 800 ml

**Resultados:** El tipo de derrame pleural más frecuente fue el trasudado. La causa principal fue el doble mecanismo de aumento de la presión hidrostática y la disminución de la presión oncótica. La diferencia entre

el volumen estimado por ecografía y el volumen evacuado a las 6 h tras colocación de drenaje ecográfico y el análisis de Bland Altman tuvo una variación entre  $-0,35$  l y  $+1,0$  l, y a las 24 h de  $\pm 0,8$  l.

**Conclusiones:** Aunque existe una variación importante entre el volumen de derrame pleural predicho por ecografía y el volumen real drenado a las 6 y a las 24 h, sí que existe una buena correlación entre ambos métodos cuando se valora el tamaño del derrame de forma cualitativa.

### 109. ¿SE MODIFICA LA GRAVEDAD DEL CUADRO RESPIRATORIO CON LOS DÍAS DE INCUBACIÓN EN DOMICILIO?

Fernández Villalba A, Peregrina Caño E, Ávila Ariza M, Sánchez García AM, Nuevo Ortega P y Mateo Romana A

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

**Objetivos:** Comprobar si existe relación entre los días que el paciente está con síntomas en domicilio, y si desarrollan un síndrome de distrés respiratorio agudo (disnea, requerimiento de oxígeno, infiltrados difusos) o un fallo multiorgánico en su ingreso. Comparar mortalidad de ambos según la gravedad del cuadro (presenten distrés o fallo multiorgánico).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 33 pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Victoria, por insuficiencia respiratoria desde el 1 junio del 2023 al 10 noviembre del 2023. Se analizaron el número de días de síntomas y escala APACHE con su relación para desarrollar cuadros más graves (distrés o fallo multiorgánico) o mortalidad a través del programa SSPS.

**Resultados:** Ingresaron 22 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 64,3 años. Dividimos grupos de estancia domiciliar menor de 2 días, de 3 a 6 y mayor a 7 días. El 93% que ingresaban permanecían menos de 6 días en casa, y el 48% acudían en las primeras 48 h de síntomas. Solo el 7% permanecían en domicilio 7 días o más. Casi el 40% de los ingresos desarrollaron distrés y fallo multiorgánico (variable común era más de 7 días de síntomas). En cambio, no había diferencias entre quedarse en domicilio menos de 2 días o esperar hasta 6, porque en ambos casos, en torno al 40% desarrollaban distrés o fallo multiorgánico. Tanto si desarrollaron uno u otro, el grupo de más de 7 días en domicilio, el 50% falleció; e iba descendiendo progresivamente en los grupos que consultaron antes (40 y 37,5% respectivamente en distrés y 33,3-43,7% en fallo multiorgánico). Realizando un estudio de las variables cuantitativas (número de días de síntomas y escala de severidad APACHE al ingreso) a través del programa SSPS, descubrimos que no existían diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,98$ ) al relacionar ambas con el coeficiente de correlación de Pearson.

**Conclusiones:** No se observaron diferencias significativas a la hora de desarrollar distrés o fallo multiorgánico en los pacientes que consultaron antes de 7 días, encontrando mayor mortalidad y severidad en aquellos que tardaban más de una semana en acudir al hospital. Igualmente, no observamos una relación significativa entre días de síntomas y escala APACHE con presentar cuadros graves, seguramente porque contamos con un número de pacientes pequeño en este estudio.

### 110. ¿CÓMO INFLUYE EL TIPO DE GERMEN CAUSANTE DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN EL INGRESO EN UCI DEL PACIENTE? ¿ES ÚTIL LA TERAPIA CORTICOIDEA EN ESTE TIPO DE PATOLOGÍAS?

Fernández Villalba A, Peregrina Caño E, Eliche Mozas R, Sánchez García A y Martín Castillo R

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

**Objetivos:** Estudiar si el germen causante influye en el tipo de ventilación mecánica que precisa el paciente [(invasiva (VMI) o no invasiva (VMNI)], cuál es el más común y si los resultados de mortalidad están relacionados con el uso concomitante de corticoides en la insuficiencia respiratoria.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 33 pacientes que desarrollan insuficiencia respiratoria aguda en la unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, desde el 1 junio del 2023 al 10 noviembre del 2023. Se analizaron tasas de mortalidad, uso concomitante de terapia corticoidea, así como cobertura correcta antibiótica y tipos de gérmenes más aislados.

**Resultados:** La etiología bacteriana fue la más común (45,4%), destacando *Streptococcus pneumoniae* como principal causante. Hasta un 33% no se identificó germen, virus (18,18%) y hongos (3%). Se cubrió con tratamiento empírico correcto (efectividad 97%) las insuficiencias respiratorias bacterianas, mientras que desciende al 54 y 50% en gérmenes no aislados y virus, basándonos en la sensibilidad de cultivos y en la evolución clínica. 15 pacientes precisaron ventilación mecánica invasiva siendo la mayoría por causa bacteriana (10) y casi el 90% por un tiempo mayor a 14 días. El único caso de etiología fúngica precisó VMI de larga evolución (20 días). En cambio, 18 pacientes evolucionaron bien con ventilación no invasiva y oxigenoterapia nasal de alto flujo, pudiendo ser dados de alta a planta, la mayoría de causa vírica (11). Respecto al tratamiento corticoideo concomitante, 13 pacientes lo recibieron, basándonos en la gravedad del distrés respiratorio y la necesidad de altas dosis de oxigenoterapia en la ventilación mecánica en las primeras 48 horas de ingreso (FIO<sub>2</sub> > 80%). El 61% fallecieron, por lo que analizamos ambas variables (mortalidad y toma de corticoides) en el programa SSPS, observando un resultado ( $p < 0,05$ ) por correlación de Pearson, aunque no podemos confirmar una relación estadísticamente significativa sin realizar un estudio multivariable excluyendo otros factores.

**Conclusiones:** Las bacterias (neumococo) fueron la primera causa etiológica cubriéndose de manera correcta con antibioterapia empírica en la mayoría de las ocasiones y precisando ventilación mecánica invasiva durante más de 2 semanas de evolución. La causa vírica evolucionó favorablemente con ventilación mecánica no invasiva. Observamos una relación estadísticamente significativa entre el uso de corticoides y la tasa de mortalidad, si bien es preciso un estudio multivariable para poder realizar afirmaciones al respecto.

### 111. TROMBECTOMÍA MECÁNICA VS. FIBRINÓLISIS SISTÉMICA EN LOS TEP DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO-ALTO

Malingre Gajino M, Mercado Castillo H, Isern de Val Í, Montes Aranguren M, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Lorenzo Álvarez R, Orduna Casla I, Serrano Martínez L y Pascual Bielsa A

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar la evolución clínica y morbimortalidad del paciente con TEP de alto riesgo o riesgo intermedio-alto, según el tratamiento de reperfusión empleado.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo basado en una serie retrospectiva analizando todos los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el 1 de enero de 2018 al 31 de octubre de 2023. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2.3.28. Se han excluido los pacientes con TEP de riesgo intermedio-bajo y riesgo bajo, a los que no se les ha realizado trombectomía o fibrinólisis sistémica y a los tratados con fibrinólisis sistémica en contexto de PCR prolongada.

**Resultados:** De una muestra de 52 pacientes, 20 (38,5%) son diagnosticados de TEP masivo de alto riesgo (inestables hemodinámicamente) y 32 (61,5%) de TEP submasivo de riesgo intermedio-alto (estables pero con disfunción ventricular derecha). De todos los pacientes, a 43 (82,7%) se les realizó trombectomía percutánea, estando en 11 de ellos (21,1%) contraindicada la fibrinólisis sistémica. A los 9 restantes (17,3%) se les realizó fibrinólisis sistémica, precisando posteriormente 2 de esos pacientes trombectomía de rescate. Se realizó el test t de Student para las variables cuantitativas, sin encontrarse asociación estadística entre la estancia media con ninguno de los procedimientos. Con respecto a las complicaciones secundarias al procedimiento, en el caso de la trombectomía se presentó una complicación hemorrágica (1,6%) y una complicación arritmogénica (1,6%). En el caso de la fibrinólisis sistémica, 3 pacientes (33,3%) presentaron complicaciones hemorrágicas secundarias. Se realizó el test chi-cuadrado para las variables cualitativas, observándose asociación estadística entre la fibrinólisis sistémica y las complicaciones hemorrágicas ( $p < 0,008$  con RR 4,4, IC 1,5-12,9). No se ha encontrado asociación estadística entre la mortalidad y ninguno de los procedimientos. En el caso de la trombectomía, fallecen 7 pacientes (16,3%), solo uno de ellos secundario al procedimiento. En el caso de la fibrinólisis sistémica fallecen 3 pacientes (33,3%); ninguno secundario al procedimiento.

**Conclusiones:** No se ha observado una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad según la técnica de reperfusión empleada. Se ha observado un incremento de complicaciones hemorrágicas en los pacientes a los que se realiza fibrinólisis sistémica.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO/MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA/CIRUGÍA CARDIACA

11:40-12:00 - Pantalla 3

Moderadora: Inmaculada Alcalde Mayayo

#### 112. VALORACIÓN DE LA CONGESTIÓN VENOSA SISTÉMICA A LAS 48 HORAS DE INGRESO EN UCI MEDIANTE VEXUS SCORE Y DOPPLER DE VENA FEMORAL

Moreno Franco E

Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.

**Objetivos:** Valoración de la congestión venosa sistémica (CVS) a las 48 horas de ingreso en una Unidad de Cuidados Críticos y posquirúrgicos mediante la clasificación Vexus Score (VS) y Doppler de vena femoral (DVF).

**Métodos:** Estudio observacional para evaluar la CVS a las 48 horas de ingreso en una UCI mediante la escala VS y DPF. Se incluyen todos los pacientes ingresados en la unidad de más de 18 años. Pacientes con mala ventana ecográfica, frecuencia respiratoria > 30 rpm, cirrosis e hipertensión pulmonar severa son excluidos. Situados en decúbito supino, se avuló la vena cava inferior (VCI) en plano subxifoideo y la vena porta (VP), hepática (VH) y renal cortical (VR) en plano lateral. La VF eje longitudinal con un ángulo corregido < 60°. Los patrones de clasificación de los signos de congestión de la VCI, VP, VR y VH se realizaron siguiendo el VS. En cuanto a la vena femoral, la clasificación fue: patrón normal, flujo anterógrado respirofásico; congestión leve, flujo pulsátil; moderada, flujo retrógrado > 10 cm/s y severa, retrógrado > 30 cm/s.

**Resultados:** Se incluyen 17 pacientes: 7 hombres y 10 mujeres. La edad media es 58,65 años. 9 fueron ingresos urgentes. 4 pacientes precisaban soporte vasoactivo, 1 se encontraba en ventilación mecánica invasiva y 1 presentaba fracaso renal agudo. El 70,59% (12) de los pacientes presentaban una VCI > 2 cm de diámetro. De ellos, 4 pacientes presentaban una VP con una pulsatilidad de entre 31-50% y 1 mayor del 50%. Solo 1 de estos presentó doppler de VH patológico y ninguno presentó flujo de VR patológico. Al clasificarlos según el VS, 64,71% (11) presentaban congestión leve, 5,88% (1) moderada y el 29,41% (5) no presentaban signos de congestión. En cuanto al DVF, el 47,06% (8) no presentaron congestión, el 41,18% (7) congestión leve y el 11,76% (2) moderada.

**Conclusiones:** VS y DVF son dos métodos validados para cuantificar la CVS. El DVF se ha presentado como una herramienta de fácil acceso, con una curva de aprendizaje más corta que permitiría su uso sin amplia experiencia en ecografía. En nuestro estudio, el VS identifica al 70,59% de los pacientes con algún grado de congestión y el DVF al 52,94%. Todos los identificados con congestión por el DVF fueron también identificados por el VS. Al comparar por separado los patrones obtenidos por DVF frente a los de Doppler de VH, VP y VR, observamos que el DVF identifica como congestivos o con mayor grado de congestión a los pacientes que estos. El VS se creó como herramienta para poder detectar con mayor sensibilidad la CVS al anar varios signos ecográficos. Posteriormente, se validó el DVF de para ello y por el momento, este no ha sido incluido en el score.

#### 113. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Eliche Mozas R, Martín Castillo R, Barreno García D y Sánchez García AM

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

**Objetivos:** Valorar y comparar la importancia e incidencia de los factores de riesgo cardiovascular en el desarrollo del síndrome coronario agudo con elevación y sin elevación del segmento ST.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo donde se han registrado los principales factores de riesgo cardiovascular al ingreso (HTA, DM, DL, tabaquismo, obesidad), así como antecedentes de cardiopatía pre-

via y consumo de tóxicos de los 168 pacientes con síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el 1 de junio de 2023 al 11 de noviembre de 2023.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ingresados en nuestra unidad de Cuidados Intensivos en el contexto de síndrome coronario agudo ha sido de 65 años. El 73% de los pacientes con enfermedad coronaria fueron varones, y del total de pacientes hasta el 36% presentaban algún factor de riesgo cardiovascular, destacando como más prevalentes la exposición al tabaco (64%) y la HTA (63%), seguidos de la dislipemia (46%) y la diabetes (36%). Destacar la importancia y la influencia de otros factores de riesgo como son la cardiopatía previa (25%), el sobrepeso (17%) y el consumo de otros tóxicos (9%), que aunque presentan una menor prevalencia en nuestra muestra siguen manteniendo un elevado interés en el desarrollo de enfermedad coronaria. Al comparar por grupos (SCACEST vs. SCASEST) llama la atención la asiduidad en la que estos factores de riesgo aparecen en el desarrollo del SCASEST. Observando nuestra muestra se puede apreciar cómo a excepción de la exposición al tabaco, que es más frecuente en el SCACEST (65 vs. 55%), el resto de factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, DL) así como antecedentes de cardiopatía isquémica aparecen de manera más reiterada en el SCASEST.

**Conclusiones:** Hasta el 73% de los pacientes que padecieron enfermedad coronaria fueron varones, destacando una edad media de 65 años para el desarrollo de la coronariopatía. Los factores de riesgo más prevalentes en el desarrollo de la enfermedad coronario agudo han sido la exposición al tabaco y la HTA. Destacar la importancia de otros factores de riesgo como son la cardiopatía previa o el sobrepeso, que aunque en nuestra muestra presentan menor prevalencia presentan una alta influencia en el desarrollo de patología coronaria. Al comparar ambos grupos se aprecia una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular estudiados en pacientes que presentaron un SCASEST con respecto a aquellos que presentaron un SCACEST.

#### 114. ESTUDIO ANALÍTICO DE LOS INFARTOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE COCAÍNA

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

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

**Objetivos:** Análisis descriptivo de los IAM en pacientes con antecedentes de consumo de cocaína en los años 2019-23 Análisis estadístico para valorar la relación entre los hábitos tóxicos con el tipo de infarto y la afectación coronaria.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo del 2019 al 2023, obteniendo una muestra de 14 pacientes ingresados en UCI de nuestro hospital por IAM secundarios a consumo de cocaína. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, FRCV, consumo de tabaco, marihuana y alcohol, tipo de infarto y coronaria afectada. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS, empleando el chi-cuadrado y un nivel de significación estadística en  $p < 0,05$  para rechazar la hipótesis nula.

**Resultados:** El 86% eran varones con una media de edad de 47 años. El 32% presenta algún factor de riesgo cardiovascular. El 57% presentó un SCASEST siendo el 87% varones (p 0,87) y de los SCACEST el 17% eran mujeres (p 0,87). En cuanto a la afectación de las coronarias, descendente anterior (DA) se afectó en el 57% de los IAM, la circunfleja (Cx) un 57% y la coronaria derecha (CD) un 35%, siendo en más de un 75% varones ( $p > 0,25$ ). Del 71% con tabaquismo, tuvo un SCASEST el 60% (p 0,73), afectándose la DA en el 54% (p 0,04), la CD en un 20% (p 0,05) y en el 33% una lesión 3 vasos (p 0,05). El consumo de marihuana estaba presente en el 57% y un 50% sufrió un SCASEST (p 0,64). La DA se afectó en el 33% (p 0,11) y la CD en el 17% (p 0,19), con afectación de tres vasos en el 17% (p 0,36). El consumo de alcohol estaba presente en el 93%, de los cuales un 54% presentó un SCASEST (p 0,53). La DA se afectó en el 54% (p 0,36), Cx en el 62% (p 0,43), CD en el 31% (p 0,16) y el 31% presentó lesión en 3 vasos (p 0,16). El 42% presentó un consumo mixto de alcohol, marihuana y cocaína, de los cuales el 50% sufrió un SCASEST (p 0,64), con afectación de DA en el 33% (p 0,19), CD en el 17% (p 0,19) y afectación de 3 vasos el 17% (p 0,19). El consumo de cocaína, alcohol y tabaco estaba presente en el 17% (p 0,36), con afectación de los tres vasos en el 100% (p 0,16).

**Conclusiones:** Destaca una mayor afectación de la DA y de la Cx que de la CD, siendo pacientes varones los más afectados, descrito también

en el estudio “Pronóstico y factores asociados al síndrome coronario agudo en jóvenes” de Marcos Rodríguez Esteban *et al.* Por otro lado, la asociación entre el consumo de cocaína y tabaco y la afectación de la DA es estadísticamente significativa, aunque para valorar el nivel de significancia mediante la *odds ratio* es necesario una mayor muestra, principal factor limitante. Observamos que no hay relación entre el consumo de tóxicos y la coronaria afectada con el resto de variables analizadas.

**115. ESTUDIO DE CASOS DE PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA EN CENTRO DE REFERENCIA QUE PRESENTAN FIBRILACIÓN AURICULAR DE NOVO**

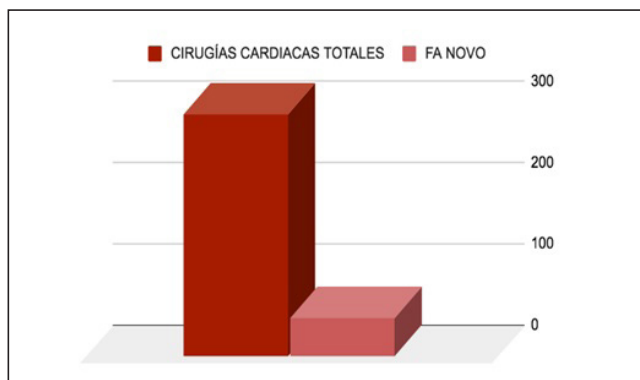
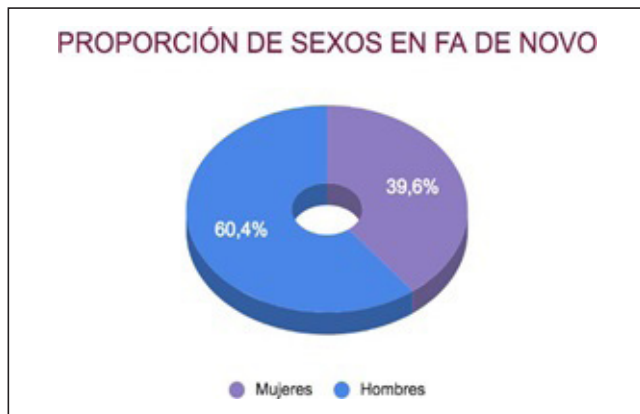
Suárez Ramos P, Andreu Ruiz A, Martín Bautista M, Albacete Ródenas P, Martínez Martínez Al y Gomis Romero A

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

**Objetivos:** La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca, se da en un 10-65% de los pacientes. El objetivo del estudio es conocer la incidencia de FA *de novo* en los pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en nuestro centro, así como conocer la incidencia por sexos y el tipo de cirugía que más se asocia a la aparición de este tipo de arritmia.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Hemos incluido a 299 pacientes que han sido intervenidos de cirugía cardíaca en nuestro centro, en un periodo de tiempo de 10 meses. Se ha analizado la incidencia de FA en el posoperatorio, durante el ingreso tanto en UCI como en Planta de Hospitalización, en pacientes que no presentaban dicha arritmia previamente. También se ha estudiado el tipo de cirugía cardíaca y el sexo de los pacientes que presentaron FA *de novo* en el posoperatorio.

**Resultados:** De los pacientes incluidos, 48 presentaron fibrilación auricular *de novo* durante el posoperatorio, es decir, un 16%. Teniendo en cuenta los pacientes en los cuales se presentó este tipo de arritmia, 19 eran mujeres (39,6%) y 29 hombres (60,4%). De los pacientes que presentaron fibrilación auricular *de novo* tras la intervención, 29 (60,4%) fueron intervenidos de cirugía valvular, 14 (29,1%) de revascularización coronaria, 2 (4,1%) de cirugía aórtica y 3 (6,25%) de otras cirugías cardíacas con CEC.



**Conclusiones:** De los datos analizados podemos extraer que: la incidencia de FA *de novo* en nuestro centro, se encuentra dentro del rango, en el límite inferior del mismo, según la bibliografía publicada a nivel nacional. Existe mayor incidencia en el sexo masculino. Existe mayor incidencia de FA *de novo* en las cirugías cardíacas valvulares, seguido de cirugías de revascularización coronaria.

**116. FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE SHOCK VASOPLÉJICO EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET**

Barrera Sánchez M, Ruiz de Gopegui Miguelena P, Royo Villa C, Carrillo López A, Barros López L, Mata Martínez M, Sampedro Calavia E, Royo Álvarez M, Noblejas Drouot S y Fredes Sin J

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar los factores asociados al desarrollo de shock vasopléjico en el posoperatorio de cirugía cardíaca.

**Métodos:** Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional, formado por pacientes sometidos a cirugía cardíaca y atendidos posteriormente en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet desde enero de 2021 a diciembre de 2022.

**Resultados:** Desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022 se atendieron en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet 895 pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca y 773 de ellos cumplieron los criterios de inclusión en este estudio. La media de edad de la población fue de 67,3 años (DE 10,9), con predominio del sexo masculino (65,7%). Se documentó vasoplejia pos-CEC en 94 pacientes (12,2%), con predominio en el sexo femenino (18,5 vs. 8,9%; p = 0,000), edad avanzada (69,8 ± 8,9 vs. 66,0 ± 11,0; p = 0,001), presencia de hipertensión pulmonar prequirúrgica (52,1 vs. 33,7%; p = 0,000) y presencia de SAMR en el frotis epidemiológico prequirúrgico (5,3 vs. 1,8%; p = 0,028). Sin embargo, dicho cuadro no se asoció con la toma crónica de IECA/ARA II ni betabloqueantes, el tipo de cirugía, la puntuación en la escala Euroscore ni la fracción de eyección prequirúrgica. Los pacientes que desarrollaron vasoplejia presentaban cifras inferiores de tensión arterial prequirúrgica (119 ± 14,0 vs. 125,0 ± 16; p = 0,001), tiempos quirúrgicos mayores (tiempo CEC: 117 ± 39 vs. 99 ± 35; p = 0,000; Tiempo de Isquemia: 82 ± 33 vs. 72 ± 29; p = 0,006) y cifras menores de hemoglobina (9,5 ± 1,0 vs. 10,4 ± 1,4; p = 0,000) y niveles de lactato más altos al ingreso en UCI (2,2 ± 1,5 vs. 1,7 ± 0,8; p = 0,001). También presentaron mayor necesidad de trasfusión de hemoderivados. En el análisis multivariado, el desarrollo de vasoplejia se asoció de forma independiente con la edad, sexo femenino, cifras de creatinina prequirúrgica, tiempo de circulación extracorpórea (CEC), nivel de lactato al ingreso en UCI y necesidad de trasfusión de complejo protrombínico.

**Conclusiones:** La edad, el sexo, cifras tensionales y de creatinina prequirúrgicas, junto con tiempos de CEC prolongados, mayores necesidades trasfusionales y cifras de lactato al ingreso en UCI, se asocian de forma independiente con el desarrollo de vasoplejia durante el posoperatorio inmediato de pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca.

**117. ANÁLISIS DE LOS TIEMPOS DE REPERFUSIÓN EN SCACEST EN UNA PROVINCIA EXTENSA**

Abajo Miranda A, Vara Arlanzón R, Ruiz Martínez A, Carballal de Vega AP, Arroyo Díez M, Carrillo Auñón ME, Gutiérrez Hernández M, Varona Sáez de Ibarra R y Pajares Calvo M

Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos.

**Objetivos:** Analizar el cumplimiento de los estándares de las guías de práctica clínica en cuanto al tiempo desde el diagnóstico de SCACEST hasta la reperfusión mediante ICP primaria de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando los datos de nuestro centro incluidos en el registro ARIAM-SEMICYUC durante el corte de los años 2020, 2021 y 2022. Análisis mediante base de datos Excel de los tiempos registrados, características demográficas, estancia en UCI y hospitalaria, peor clase Killip, fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) y mortalidad.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### NEUROINTENSIVISMO II

11:40-12:00 - Pantalla 4

Moderador: Jacinto Baena Caparrós

#### 118. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 233 TROMBECTOMÍAS MECÁNICAS EN ICTUS AGUDO ISQUÉMICO DE TERRITORIO ANTERIOR. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

Molina Díaz I<sup>1</sup>, Garzón Pérez R<sup>2</sup>, Cereijo Arteaga A<sup>1</sup>, Medina Rodríguez A<sup>1</sup>, Conde Denis PL<sup>1</sup>, Marrero Rodríguez AM<sup>1</sup>, Rodríguez Ramos ST<sup>1</sup>, Ventura Ventura PM<sup>1</sup>, Finger Kamps MA<sup>1</sup> y Domínguez González A<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Realizamos análisis descriptivo de 233 trombectomías mecánicas en el contexto de ictus isquémico agudo de territorio anterior, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de la base de datos de pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva, tras trombectomía mecánica en el diagnóstico de ictus isquémico agudo de territorio

**Resultados:** Durante los meses de corte del registro ARIAM-SEMICYUC entre 2020 y 2022, ingresan en nuestra unidad 120 pacientes con diagnóstico de SCACEST. De ellos el 71% se decide ICP primaria como terapia de reperfusión, activando código infarto con traslado directo a su llegada a sala de hemodinámica. De estos pacientes, un 51% exceden los 120 minutos de tiempo de retraso desde el diagnóstico hasta el paso de guía. En este subgrupo de pacientes la edad media son 67 años, la mortalidad hospitalaria es de un 4,5%, un 18% de los pacientes presentan una clase Killip IV en algún momento del ingreso en UCI y un 29% tienen FEVI deprimida al alta hospitalaria. La estancia media de UCI de este subgrupo de pacientes de 1,6 días, siendo la estancia media hospitalaria de 12 días. El 49% de los SCACEST en los que se decide ICP primaria como método de reperfusión la apertura de la arteria sucede antes de 120 minutos desde el diagnóstico. En este subgrupo la edad media es de 65 años, la mortalidad hospitalaria es de 9,5%, con una clase Killip IV durante el ingreso en 14% de los pacientes y una FEVI deprimida al alta en el 26,2% de los pacientes. La estancia media en UCI es de 1,3 días y la estancia media hospitalaria de 4,8 días.

**Conclusiones:** El Hospital Universitario de Burgos, es un hospital de tercer nivel, centro útil para ICP primaria de la provincia de Burgos y Soria. La provincia de Burgos tiene 14.292 km<sup>2</sup> y una distancia máxima desde cualquier punto de la provincia a nuestro hospital de 110 km. Cuenta con dos hospitales comarcales, donde se realiza la transferencia mediante transporte secundario de los pacientes con SCACEST ya que son centros sin capacidad para angioplastia primaria (ICP primaria). Estos factores pueden ser los responsables de un bajo grado de cumplimiento de los tiempos desde el diagnóstico de SCACEST hasta la apertura de la arteria en la provincia de Burgos, sin que ello genere un aumento de la mortalidad hospitalaria ni de la estancia en UCI.

Figura 1 Póster 118

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
EDAD	233	23	93	68,62	13,591
ASPECT	233	4	10	8,30	1,443
TIEMPOSALA	233	8	190	51,77	34,482
PASES	233	1	13	2,46	1,945
CLINICAAGUJA	233	75	890	272,42	122,543
NIHSSINGRESO	233	1	27	15,48	5,413
NIHSSALTA	199	0	23	4,72	5,649
PLQ	233	28	867	227,89	94,913
COLESTEROL	233	39	291	136,20	37,926
N válido (por lista)	199				

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos.

Figura 2 Póster 118

TICI					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	21	9,0	9,0	9,0
	1	4	1,7	1,7	10,7
	2A	23	9,9	9,9	20,6
	2B	86	36,9	36,9	57,5
	3	99	42,5	42,5	100,0
	Total	233	100,0	100,0	

Cuadro 2. Descriptivos variable TICI.



anterior. Periodo de estudio desde 2015 a 2023. Análisis realizado con IBM® SPSS® Statistics (versión 24).

**Resultados:** Se realizan 233 trombectomías mecánicas. 122 mujeres (52,4%), entre los analizados 150 (64,4%) contaban entre sus antecedentes la hipertensión arterial. 91 pacientes (39,1%) recibieron fibrinólisis previa a trombectomía de rescate. Tras complicaciones isquémicas-hemorragicas, el 4,3% (10 pacientes) precisaron craneotomía descompresiva. *Exitus letalis* de 34 pacientes (14,59%).

**Conclusiones:** Destacamos tras 8 años de análisis de trombectomías mecánicas en ictus isquémico agudo en territorio anterior, el descenso de NIH Stroke Scale de casi 11 puntos del ingreso al alta hospitalaria. Tiempos medios del procedimiento de 52 minutos, con DE de 34,48, dados los tiempos iniciales prolongados en la curva de aprendizaje. Alta incidencia de hipertensión arterial, entre los antecedentes personales registrados.

**119. CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES PLAQUETARIOS Y LA DIFICULTAD TÉCNICA EN LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO**

Molina Díaz I<sup>1</sup>, Garzón Pérez R<sup>2</sup>, Simón Paniello A<sup>1</sup>, Medina Rodríguez A<sup>1</sup>, Parrilla Toribio DM<sup>1</sup>, Conde Denis PL<sup>1</sup>, García Rodríguez D<sup>1</sup>, Martínez Campos T<sup>1</sup>, Sereno Mateos MT<sup>1</sup> y López Ferraz C<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Los niveles altos de plaquetas (trombocitosis y trombocitemia) se encuentran relacionados con la patología isquémica aguda. La agregación plaquetaria forma parte de la fisiopatología de la generación del ictus isquémico agudo cerebral. Valoramos la posible correlación

entre los niveles de plaquetas en sangre y la dificultad del procedimiento de trombectomía, valorado por el resultado de las variables Tiempo del procedimiento y Número de pases.

**Métodos:** Realizamos análisis de correlación lineal de las variables número de plaquetas y tiempo de procedimiento y número de pases. Pacientes de la base de datos de trombectomías mecánicas en ictus isquémico agudo del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (n = 233), estudio retrospectivo observacional. Aplicamos correlación lineal Rho de Spearman (no paramétrica). Análisis realizado con IBM® SPSS® STATISTICS (versión 24).

**Resultados:** Tras análisis estadístico obtenemos los resultados que se muestran en las tablas.

**Conclusiones:** No existe correlación entre el tiempo de realización del procedimiento y el número de pases con el número de plaquetas en sangre. La trombocitosis o trombocitemia en el momento del procedimiento no explicaría un aumento de dificultad de este, en base al aumento del tiempo de realización del procedimiento o el número de pases realizados, a pesar de tener un papel importante en la fisiopatología de generación del ictus isquémico.

**120. PERFIL Y RESULTADOS DE LAS CRANIECTOMÍAS DESCOMPRESIVAS EN UNA UCI TERCIARIA EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS**

Bustamante Munguira E, Artola Blanco M, Posadas Pita G, Pérez Gutiérrez J, Curieses Andrés C, Velasco Villagarcía A, Medina Diez S y Bueno González AM  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Revisar el perfil y resultados de las craneotomías descompresivas realizadas en los últimos dos años en una uvi polivalente de

Figura Póster 119

		Estadísticos		
		TIEMPOSALA	PASES	PLQ
N	Válido	233	233	233
	Perdidos	0	0	0
Media		51,77	2,46	227,89
Mediana		40,00	2,00	207,00
Desviación estándar		34,482	1,945	94,913

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos.

		Correlaciones		
			PASES	PLQ
Rho de Spearman	PASES	Coefficiente de correlación	1,000	-,066
		Sig. (bilateral)	.	,315
		N	233	233
	PLQ	Coefficiente de correlación	-,066	1,000
		Sig. (bilateral)	,315	.
		N	233	233

Cuadro 2. Correlación lineal PASES/PLQ.

		Correlaciones		
			PLQ	TIEMPOSALA
Rho de Spearman	PLQ	Coefficiente de correlación	1,000	-,032
		Sig. (bilateral)	.	,631
		N	233	233
	TIEMPOSALA	Coefficiente de correlación	-,032	1,000
		Sig. (bilateral)	,631	.
		N	233	233

Cuadro 3. Correlación lineal TIEMPOSALA/PLQ.

tercer nivel, donde los ingresos neurocríticos (ictus, hemorragias, TCE) representan el 30% de los ingresos anuales.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo sin intervención. Desde enero de 2022 a diciembre (fecha actual) 2023.

**Resultados:** Durante los años 2022 y 2023, ingresaron 175 y 155 pacientes respectivamente, con TCE, Ictus y Hemorragia cerebral, lo que supone un 30% de los ingresos en ambos años. A 14 pacientes se les realizó craniectomía descompresiva durante los años 2022 y 2023 de un total de 330 pacientes. Variables demográficas: 57,42% fueron varones frente a 42,85% mujeres. La edad media fue de 52,6 años, Glasgow de 7 (rango de 3-15) Apache II medio de 18,71. Como principales factores de riesgo: 81% de los pacientes era HTA Dislipemia 14,28%. Ictus o hemorragia previa: 28,57% Tabaco 14,28%. Alcohol 14,25%. Anticoagulación previa 7,14%. Las causas que motivaron la craniectomía descompresiva fueron: TCE 21,42%; hemorragia intraparenquimatosa: 57,14%; hemorragia subaracnoidea con embolización aneurismática 21,42%. Las principales complicaciones de estos pacientes durante su estancia en UVI fueron: neumonía asociada a ventilación mecánica 57,14%, infección relacionada con sonda vesical: 35,71% polineuropatía. Traqueobronquitis purulenta 21,42%. Ventriculitis 7,14%. Diabetes insípida 7,14%. La estancia media fue de 29,57 días, actualmente un paciente de la serie permanece ingresado en la unidad. En cuanto a la mortalidad fue de 28,57%, De los 4 *exitus*, 2 fueron LTSV 1 muerte cerebral con donación de órganos, 1 infección nosocomial extra-UCI.

**Conclusiones:** El paciente neuro crítico, es uno de los pacientes más complejos de UCI, con una estancia media prolongada y que desarrollan múltiples complicaciones sobre todo a nivel infeccioso y respiratorio. El hecho de haber sufrido un evento cerebral (ya sea isquémico o hemorrágico) parece predisponer a otro. La craniectomía descompresiva, mejora su manejo y pronóstico vital, siendo la mortalidad inferior al 30%, son más de ese 30% aquellos que presentan déficits posteriores, pierden autonomía o incluso se quedan en coma vigil como ocurrió con un caso de nuestra serie.

### 121. ENCEFALOPATÍA INDUCIDA POR CONTRASTE (EIC): SERIE DE CASOS

Pérez del Pozo P, Yagüe Zapico R, Núñez Casco JP, Febles Díaz FJ, Molina Gómez MF, Ruiz-Oliva Cortés J y Cabo Sela AI

Hospital de León (C. A. U. de León), León.

**Objetivos:** Analizar el perfil clínico de pacientes con diagnóstico o sospecha de EIC tras procedimiento intervencionista endovascular.

**Métodos:** Estudio de serie de casos clínicos en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el año 2023. Se evalúa la patología del paciente, tratamiento endovascular, exposición al contraste, clínica y pruebas radiológicas.

**Resultados:** Presentamos 3 mujeres con edades entre 48 y 65 años sometidas a embolización aneurismática cerebral por el servicio de Radiología Vascul. La primera presenta antecedentes de hipertensión arterial y consumo de tabaco. Clínica de crisis hipertensiva y cefalea con diagnóstico de aneurisma en arteria carótida interna derecha (ACID). Embolización durante 3 horas sin incidencias. Posteriormente hemiplejía izquierda. Angio-TC con perfusión cerebral urgente que descarta lesiones agudas y asimetrías en los mapas de flujo y volumen. Posible EIC. Se inician corticoides con resolución del déficit. El segundo caso es fumadora. Seguimiento por Otorrinolaringología con diagnóstico incidental de aneurismas cerebrales. Embolización programada de aneurisma en el tronco de la arteria basilar durante 3 horas sin incidencias. Posterior clínica de ceguera cortical. Angio-RMN cerebral urgente sin hallazgos agudos. Probable neurotoxicidad por contraste y tratamiento con corticoides con resolución del cuadro. La tercera paciente con varios antecedentes de interés: fenómeno de Raynaud, hepatitis autoinmune en tratamiento con micofenolato mofetilo, ictus hemorrágico intraparenquimatoso parietal izquierdo en 2022. Exfumadora. Seguimiento por Neurocirugía con diagnóstico incidental de aneurisma en porción oftálmica de ACID. Embolización programada de 2 horas de duración sin incidencias. Hemiparesia y facial izquierdo, mirada desviada a la derecha y clínica de ceguera cortical; posteriormente crisis comicial. Angio-TC con perfusión cerebral urgente con aumento del tiempo de perfusión y leve disminución del flujo en territorio de arteria cerebral media derecha. Se realiza RM cerebral urgente sin lesiones isquémicas agudas, apoyando la posibilidad de EIC. Se inicia tratamiento corticoideo y anticomiciales.

**Conclusiones:** La EIC continúa siendo una patología infrecuente que requiere una alta sospecha diagnóstica. A pesar del uso de contrastes hiposmolares observamos una incidencia no despreciable. Destaca su

relación con procedimientos endovasculares programados en nuestra UCI. La ventaja de disponer de técnicas de imagen avanzadas urgentes mejora el pronóstico al permitir un inicio precoz del tratamiento.

### 122. FACTORES PRONÓSTICOS EN LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

Ortega Cámara JE, Vega Rodríguez A, Prada Osorio R, Villanueva Ortiz Á, Amela Peris R y Díaz Díaz A

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre la presencia de crisis convulsivas, las alteraciones pupilares y el ritmo cardíaco durante la reanimación con los desenlaces clínicos a largo plazo en pacientes con encefalopatía hipóxico-isquémica, considerando la Escala de Glasgow y el desenlace fatal.

**Métodos:** Estudio Observacional Descriptivo que incluyó a 24 pacientes entre agosto 2022 y marzo 2023, se recogieron datos demográficos, de la PCR y datos clínicos. Se analizó la asociación entre la presencia de crisis convulsivas y el ritmo cardíaco durante la reanimación con la gravedad de la puntuación en la Escala de Glasgow y el desenlace fatal.

**Resultados:** En nuestro estudio, el 91% de la muestra eran varones. La mayoría de las paradas cardiorrespiratorias tuvieron lugar fuera del entorno hospitalario, abarcando el 75%. La etiología isquémica prevaleció como causa principal en el 62% de los pacientes. La presencia de crisis convulsivas se manifestó en el 30% de los pacientes, 7 casos dentro de la cohorte estudiada. No se evidenció una relación significativa entre la presencia de crisis y la gravedad de los desenlaces clínicos ( $p > 0,05$ ). Se observó que el 58% de los pacientes presentaron una PCR en un ritmo "desfibrilable", representando un total de 14 casos. Este hallazgo se asoció significativamente con una mejor recuperación neurológica con un valor de  $p 0,027$ . Se identificó una asociación significativa entre las alteraciones pupilares y el nivel de conciencia con la Escala de Glasgow ( $GCS < 3$ ) y el desenlace fatal demostrando significancia estadística con un valor de  $p 0,034$ .

**Conclusiones:** Tras la realización de nuestro estudio, los resultados demuestran que las crisis convulsivas no se asocian significativamente con la gravedad de los desenlaces clínicos a largo plazo. No obstante, cabe señalar que, debido al limitado tamaño muestral la falta de asociación encontrada entre las crisis convulsivas y un peor pronóstico podría no reflejar su real impacto. En contraste, el ritmo cardíaco durante la reanimación en un patrón "desfibrilable" mostró una clara relación con una mejor recuperación neurológica. No obstante, las alteraciones pupilares emergieron como un predictor sólido, evidenciando asociaciones significativas tanto con el nivel de conciencia ( $GCS < 3$ ) como con el desenlace fatal ( $p 0,034$ ). Estos hallazgos enfatizan la necesidad de considerar múltiples factores en la evaluación del pronóstico de la encefalopatía hipóxico-isquémica. La identificación temprana y la comprensión de estos marcadores podrían tener implicaciones significativas en la toma de decisiones médicas.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS II

11:40-12:00 - Pantalla 5

Moderadora: Cruz Soriano Cuesta

### 123. REVISIÓN DE LOS INGRESOS EN UCI POR MALARIA GRAVE EN LA ÚLTIMA DÉCADA EN EL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO

Arlabán Carpintero M, Chicote Álvarez E, Feo González M, Gómez Camino S, Íñiguez de Diego A, Camino Ferro H, Mainar Gil I, Vilella Llop L y Ruiz de la Cuesta López M

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

**Objetivos:** Revisar los casos de malaria que precisaron ingreso en UCI en nuestro centro durante una década (de 2013 a 2023). Se describen las

características demográficas y epidemiológicas de los pacientes (edad, sexo, país endémico) y tipo de *Plasmodium*, los criterios de gravedad que causaron el ingreso en UCI, su estancia media y el tratamiento recibido.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo transversal y descriptivo de los pacientes que ingresaron en la UCI del Hospital San Pedro de Logroño de 2013 a 2023 con diagnóstico de malaria o paludismo. Variables estudiadas: edad, sexo, estancia en UCI, país endémico, motivo del viaje (visita de familiares/ turismo/ otro), realización de profilaxis, parásito causante, criterios de gravedad (anemia, coagulopatía, trombopenia, insuficiencia renal, hiperbilirrubinemia), tratamiento recibido y motivo del alta (mejoría/*exitus*). El procesamiento de datos se realizó con base de datos Excel de Office 2000.

**Resultados:** En 10 años ingresaron 8 pacientes en UCI que cumplían criterios de malaria grave. La edad media fue de 32,6 años, siendo el 75% varones. El país endémico más frecuente fue Mali, seguido de Ghana y Guinea Ecuatorial. La mayoría de los casos (87%) se produjeron por viaje de visita a familiares y solo un paciente había realizado la profilaxis antimalárica. La mayoría de los casos se deben a infección por *P. falciparum* (7) y solo uno por *P. ovale*. Todos los pacientes cumplían al menos un criterio de malaria grave: fallo renal, anemia, trombopenia, hiperbilirrubinemia o coagulopatía. Todos los pacientes recibieron al menos 3 dosis de tratamiento endovenoso con artesunato por intolerancia oral. En general la evolución de los pacientes fue buena con una estancia media en UCI de 2 días. Una paciente falleció por fallo multiorgánico en las primeras 12h.

**Conclusiones:** En España, al igual que en el resto de Europa el paludismo es una enfermedad importada de la que se declaran entre 120-180 casos-año, la mayoría de ellas causadas por *P. falciparum* y adquiridas en África. Los factores más importantes para la supervivencia son la precocidad del diagnóstico y el tratamiento adecuado. En nuestra serie la evolución de los pacientes en general fue buena con tratamiento precoz con artesunato endovenoso. La mayoría fueron pacientes jóvenes que se infectaron al viajar a sus países de origen sin realizar la profilaxis. A nivel analítico la anemia y la coagulopatía fueron las alteraciones más frecuentes detectadas, ambas en un 87,5% de los pacientes. No registramos ningún caso de malaria cerebral.

**124. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LAS CANDIDEMIAS POR CANDIDA PARAPSILOSIS SENSIBLE Y RESISTENTE A AZOLES EN ENFERMOS CRÍTICOS**

Díez Poch M, Nuviols Casals FX, Martín Gómez MT y Bastidas Ospina J  
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** -Analizar las comorbilidades que se asocian a las candidemias por CPRA.

-Estudiar las diferencias en cuanto a la evolución clínica, manejo terapéutico, complicaciones y pronóstico entre las candidemias por CPSA y CPRA.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional de los casos de candidemia por *C. Parapsilosis* diagnosticados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, durante el periodo Oct 2017-Jun 2023. UCI polivalente. 56 camas de críticos.  $\chi^2$  de Pearson y el test exacto de Fisher para variables categóricas. U-Mann-Whitney para variables cuantitativas. SPSS V. 18.0.

**Resultados:** Se han recogido 22 casos de candidemia por CPRA y 22 de CPSA. Los pacientes con candidemia por CPSA fueron de edad más avanzada y más comorbilidades, destaca el antecedente de cirugía previa y una mayor gravedad del episodio. Las candidemias por CPRA se diagnosticaron en pacientes que llevaban más días de ingreso y con una mayor colonización previa por *C. parapsilosis*. Estas candidemias se han asociado al tratamiento inmunosupresor previo y a la hemopatía. El 70% de candidemias han sido de origen primario y se han relacionado más con la CPRA, el 27% son debidas a CVC y más relacionadas con la CPSA. La duración de la candidemia ha sido más prolongada en las candidemias por CPSA que además ha presentado más casos de endocarditis. Las

candidemias por CPRA han supuesto más tratamientos empíricos anti-fúngicos inapropiados, pero sin repercusión dado que no ha implicado una mayor duración del episodio de la candidemia, ni más complicaciones o mortalidad. No ha habido diferencias de mortalidad entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Las candidemias por CPRA han sido mayoritariamente de origen primario y las CPSA se han relacionado más con el CVC. El tratamiento inmunosupresor, la hemopatía, los días de hospitalización y la colonización previa por *C. parapsilosis* son factores que se han asociado a las candidemias por CPRA. Las candidemias por CPSA se han presentado en pacientes de edad más avanzada, con más comorbilidades y con antecedente de una cirugía previa. Clínicamente estas candidemias han presentado una mayor gravedad del episodio, mayor duración de la candidemia y se han asociado a más casos de endocarditis candidiásica. Las candidemias por CPRA no han cursado con más gravedad clínica, más complicaciones ni tampoco mayor mortalidad.

**125. NEUMONÍA POR S. PYOGENES, UN MICROORGANISMO PARA TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA NEUMONÍA DEL PACIENTE JOVEN**

Ugalde Azpiazu MJ  
Hospital Santa Bárbara (C. A. de Soria), Soria.

**Objetivos:** Analizar la infección por *S. pyogenes* que requiere ingreso en UCI. Describir la epidemiología y demografía de las neumonías por *S. pyogenes*.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las neumonías por *S. pyogenes* en la UCI del Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria en el periodo 2013-2023. Se llevó a cabo un análisis estadístico de biomarcadores de infección e inflamación y escalas de gravedad validadas en UCI.

**Resultados:** La edad media de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Soria es de 70,7 años. La media de edad de las infecciones por *S. pyogenes* de nuestra unidad presenta una edad media de 60 años mientras que la edad media de neumonías por *S. pyogenes* es de 45 años. De todas las neumonías por *S. pyogenes* que requirieron ingreso hospitalario, el 100% de los casos requirieron ingreso en UCI presentando una supervivencia del 100%. Un 40% de los casos requirieron intubación orotraqueal siendo en uno de ellos necesario el pronó. Un 80% de los pacientes eran fumadores. La media de días de ingreso en UCI fue de 12,8, 10 días en planta.

		Frecuencia	Porcentaje
Salida UCI	Vivo	5	100,0
	Exitus	0	0%
	Sí	2	40%
Necesidad IOT	No	3	60%
	Sí	1	20%
Necesidad Prono	No	4	80%
	Actual	1	20%
Tabaco	Nunca	4	80%

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Días UCI	2	30	12,8	11,47
Días Planta	4	21	10	7,07
Días IOT	0	13	3,8	5,54
Ciclos Prono	0	2	5	1

**Conclusiones:** La neumonía por *S. pyogenes* fue un motivo poco frecuente aunque grave de hospitalización. La incidencia de neumonía secundaria a *S. pyogenes* se ha visto incrementada en los últimos años, destacando la edad media de este grupo de pacientes que resulta inferior a la media de edad de los pacientes ingresados en nuestra unidad.

Tabla 1 Póster 125

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Varianza
Edad total	11	73	16	89	60	20,02998	401,2
Edad otro foco	6	31	58	89	72	11,65762	135,9
Edad neumonía	5	43	16	59	45	17,81853	317,5

**126. RATIO DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Jiménez Tejera G, Figueroa Falconi JC, Obando Martínez C, Muñoz González S, Ballesteros Herráez JC, Martínez Santos EJ, González Pérez G y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

**Objetivos:** En los últimos años se ha descrito la ratio de bacterias multirresistentes (BMR), como un nuevo indicador de calidad asistencial relacionado con el riesgo de adquirir una infección por BMR durante la estancia en la UCI. El objetivo de este trabajo es conocer este indicador en nuestro servicio y relacionarlo con la tasa de infección adquirida en UCI.

**Métodos:** Mediante el registro ENVIN realizado de manera completa en nuestro servicio, obtenemos las BMR identificadas en los pacientes ingresados durante los años 2019 al 2023. Los BMR se han clasificado según las definiciones del proyecto Resistencia Zero como previas al ingreso o adquiridas durante el ingreso. Analizamos las tasas generales de incidencia de infección adquirida en UCI en este periodo.

**Resultados:** En el periodo de estudio han ingresado 3802 pacientes con un total de 221 BMR (5,81%), previos al ingreso 91 BMR (2,39%) y durante el ingreso 130 (3,41%). la ratio BMR en todo el periodo es de 0,58. Tasa de infección adquirida en UCI: 7,37 infecciones por 100 pacientes y 9,43 por 1.000 días de estancia en UCI. La evolución de los datos se muestra en la tabla.

**Conclusiones:** La ratio de BMR indica el riesgo de adquirir una infección por BMR durante la estancia en la UCI. Los años en los que la tasa ha sido mayor de 0,5 las infecciones adquiridas en UCI han sido las más elevadas. Como se puede observar en el año 2020 cuando se disminuyen las medidas del proyecto Resistencia Zero por la pandemia de COVID. Es importante detectar las BMR previas la ingreso en UCI para evitar la aparición de infecciones adquiridas en UCI.

**127. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA**

Muñoz González S, Figueroa Falconi JC, Obando Martínez C, Jiménez Tejera G, Bueno Bueno M, Núñez Blanco N y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

**Objetivos:** Realizar un estudio descriptivo de los pacientes ingresados que presentaron infección relacionada con la VM (IRVM), en el Servicio de Medicina Intensiva del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes con IRVM. Los datos se han extraído del ENVIN-HELICS, en los pacientes con diagnóstico de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) y traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica (TAVM) según las definiciones del manual. Analizamos los años 2021 y 2022. Describimos variables demográficas, factores de riesgo de infección, los gérmenes identificados y la evolución de los pacientes.

**Resultados:** Ingresaron 1.404 pacientes, con 12.301 estancias. 889 pacientes (63,32%) precisaron VM, con 7459 días de VM. En 67 pacientes se diagnosticaron 78 IRVM: 28 NAVM y 50 TAVM. La tasa de IRVM es de 6,34 por 1.000 días de estancia y la densidad de incidencia de 10,45 por 1.000 días de VM. Edad media: 65,25 años. Varones: 79,1%.

Estancia media: 34,64 días. Mortalidad: 34,32%. APACHE II: 20,7. Factores de riesgo de infección: antibiótico previo: 23,88%. cirugía previa: 26,86%, cirugía urgente: 14,92%, inmunosupresión: 11,94%, diabetes: 25,37%, insuficiencia renal: 5,97%. Factores de infección adquiridos: NPT: 4,47%, HDFVVC: 17,91%. Respuesta inflamatoria: sepsis 69,86% y shock séptico 30,14%. Se aislaron 101 gérmenes, los más frecuentes *S. maltophilia*: 16,83%, *Klebsiella* sp: 13,86%, *P. aeruginosa*: 10,89%. En la tabla se muestran las diferencias según el tipo de infección.

	Total (n = 67)	NAVM (n = 24)	TAVM (n = 43)
Edad	65,25	65,95	64,86
Varones	79,10%	79,16%	79,06
Estancia media	34,64	41,50	30,81
APACHE II	20,70	21,37	20,32
Mortalidad	34,32%	50%	25,58%
Días aparición infección	16,77	16,18	17,11
Reintubación	17,91%	15,66%	18,60%
Traqueotomía	55,22%	66,66%	48,83%
HDFVVC	17,91%	12,5%	20,93%
Sin respuesta inflamatoria	6/67	0/24: 0%	6/43: 13,95%
Sepsis	43/67	10/24: 41,66%	33/43: 78,74%
Shock séptico	18/43	14/24: 58,33%	4/43: 9,30%

**Conclusiones:** La tasa de IRVM es baja, son más frecuentes las TAVM. Son pacientes con mortalidad y estancia hospitalaria altas. Respecto a las diferencias entre TAVM y NAVM, la edad media, el sexo la gravedad al ingreso son similares, los pacientes con NAVM tienen mayor incidencia de shock séptico, estancia media y mortalidad.

**128. CORRELACIÓN ESTADÍSTICA ENTRE MORTALIDAD Y LÁCTICO AL INGRESO Y DÍAS DE SÍNTOMAS PREVIOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE SEPSIS O SHOCK SÉPTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Cerezo Fernández C, Morente García E, Sánchez García AM y Peregrina Caño E

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

**Objetivos:** Evaluar la posible correlación entre el valor del lactico, así como los días de síntomas previos al ingreso con la mortalidad en los pacientes que ingresan en cuidados críticos, diagnosticados de sepsis o shock séptico.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional y descriptivo, con los datos obtenidos a partir de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Virgen de la Victoria, por sepsis o shock séptico desde junio a octubre de 2023. Se calculó al ingreso, la lactacidemia, y se preguntó a cada uno de los pacientes los días de síntomas previos a su ingreso en UCI. Posteriormente, se analiza la posible correlación de dichos valores con la mortalidad durante este ingreso.

**Resultados:** Se recogió un total de 50 pacientes, de los cuales 16 fueron ingresados en UCI con diagnóstico de sepsis y 34 por shock séptico. De todos ellos, fallecieron 16. Los 34 pacientes restantes fueron dados de alta. Se recogieron mediante entrevista clínica, el número de días de síntomas previos al ingreso, con una media de 14 días en el grupo de pacientes fallecidos y de 4 en el de no fallecidos. La proceden-

Tabla Póster 126

	2019	2020	2021	2022	2023
Nº pacientes	755	678	706	723	940
BMR totales nº, (%)	33 (4,37%)	65 (9,58%)	30 (4,24%)	36 (4,97%)	57 (6,06%)
BMR previo nº, (%)	18 (2,38%)	8 (1,17%)	12 (1,69%)	18 (2,48%)	35 (3,72%)
BMR durante nº, (%)	15 (1,48%)	57 (8,40%)	18 (2,54%)	18 (2,48%)	22 (2,34%)
Ratio BMR	0,45	0,87	0,60	0,50	0,38
Nº pacientes con BMR	31	58	28	36	53
% pacientes con BMR	4,11%	8,55%	3,96%	4,98%	5,64%
Tasa infección adquirida UCI por paciente	4,39%	15,09%	8,38%	5,34%	4,79%
Tasa infección adquirida UCI por estancias	8,01%	15,74%	10,08%	7,37%	5,55%

Figura 1 Póster 128

Tabla 1		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl.	P de un factor	P de dos factores	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Días de síntomas previos al ingreso	Se asumen varianzas iguales	7,262	,010	2,015	48	,025	,049	9,941	4,933	,023	19,859
	No se asumen varianzas iguales			1,381	15,182	,094	,187	9,941	7,197	-5,384	25,266

Figura 2 Póster 128

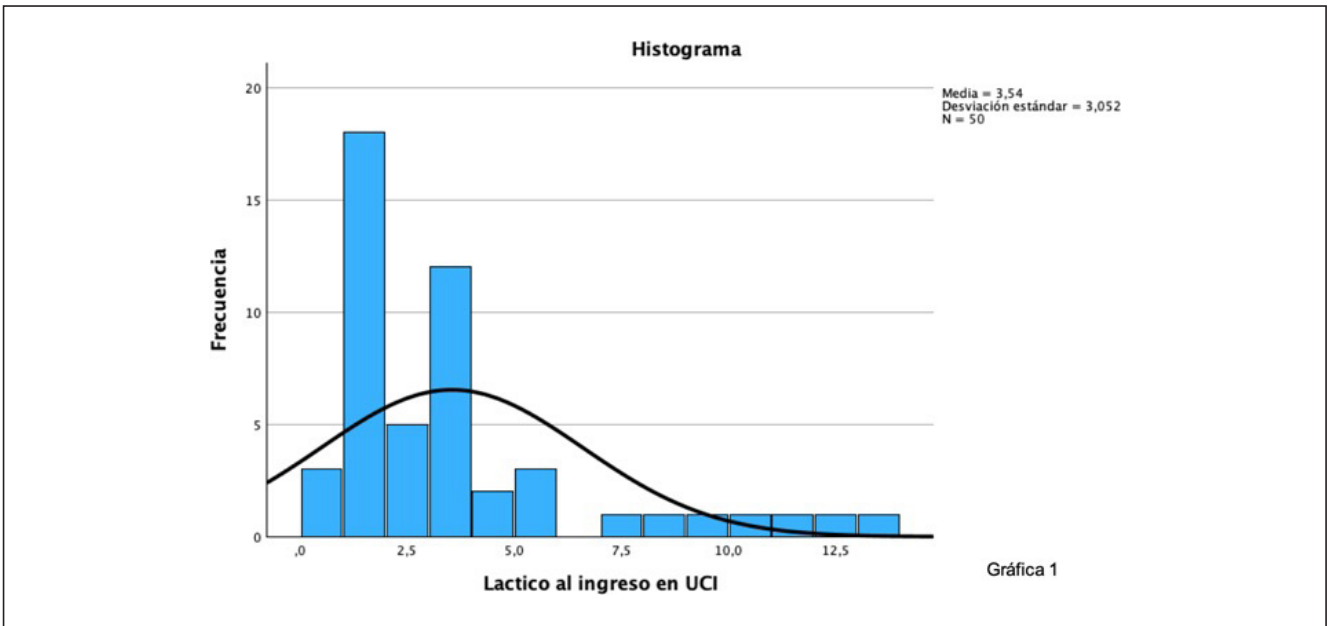


Figura 3 Póster 128

Tabla 2		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl.	P de un factor	P de dos factores	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Lactico al ingreso en UCI	Se asumen varianzas iguales	8,634	,005	1,180	48	,122	,244	1,0871	,9216	-,7658	2,9401
	No se asumen varianzas iguales			,962	19,284	,174	,348	1,0871	1,1297	-1,2751	3,4494

cia fue del 80% domiciliaria vs. 20% de planta. Posteriormente, se realizó la prueba de Levene, siendo la  $p = 0,10$ , y, por tanto, pudiendo concluir la existencia de relación entre los días de síntomas y la mortalidad. Finalmente, se comprobó si existían diferencias estadísticamente significativas, siendo en este caso  $p = 0,025$ , y, por tanto, confirmando dicha diferencia (tabla 1). Se observó que los pacientes que habían fallecido durante el ingreso presentaban unas medias de ácido láctico al ingreso mayores que los que no habían fallecido (4,28 y 3,19, respectivamente) con una desviación estándar del 3,052 (fig.). Posteriormente, se objetivó mediante la prueba de Leven, que existía correlación entre la mortalidad y el valor de ácido láctico al ingreso ( $p = 0,05$ ). Sin embargo, no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa ( $p = 0,122$ ) entre lactacidemia y mortalidad, a pesar de la tendencia de la muestra (tabla 2).

**Conclusiones:** Tras los estudios realizados se pudo concluir que, tanto los días de síntomas como la lactacidemia al ingreso, tenían una correlación directa con la mortalidad. Sin embargo, mientras que, si se encontraron diferencias significativas entre los días de síntomas y mortalidad; no se encontraron diferencias significativas en lo que respecta a la lactacidemia.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD II

11:40-12:00 - Pantalla 6

Moderador: Juan Carlos Yébenes Reyes

### 129. EFECTO SOBRE EL MOMENTO DEL INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA

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

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

**Objetivos:** Valorar el efecto sobre el momento del ingreso de los pacientes en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de la puesta en marcha de un Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI).

**Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, descriptivo, cuasiexperimental "before-after". Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en la unidad de lunes a viernes de manera urgente de dos periodos (entre el 1 de febrero de 2022 y el 30 de junio y entre el 1 de febrero de 2023 y el 30 de junio de 2023) En este último periodo se puso en marcha el Servicio Extendido de Medicina Intensiva. Uno de los pilares de este servicio consistió en la detección precoz de pacientes en riesgo. Para ello, el SEMI se encargó de revisar todas las mañanas los pacientes activados con el sistema de alertas desarrollado (Selene Discern®) analizando cada caso y, si detectaba una situación grave de deterioro clínico, pasaba a ponerse en contacto con el facultativo responsable del paciente para ofrecer colaboración y valoración conjunta. Se excluyeron los pacientes programados (tras una cirugía mayor en su gran parte), los provenientes de Sala de Hemodinámica (Códigos Infarto) y los procedentes de otros hospitales con ingreso directo en UMI. Se dividieron a los pacientes entre ingresados en turno ordinario (08-15 horas) y de guardia (15 a 8 horas). Como objetivo secundario fue valorar si existían diferencias en la mortalidad entre ambos periodos. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Se efectuó un análisis comparativo clasificando los ingresos en dos grupos: Ingresos en turno ordinario e ingresos en turno de guardia. La comparación entre grupos se realizó con la prueba de la ji cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher para la comparación de proporciones.

**Resultados:** Durante el primer periodo del estudio ingresaron 239 pacientes. El 29,29% ingresaron en el turno ordinario y el 70,71% en turno de guardia. Durante el segundo periodo se incluyeron 211 pacientes con un 43,13% de ingresos en turno ordinario. La comparativa entre los dos periodos objetivó un aumento del porcentaje de ingresos en horario de mañana en el segundo periodo de manera significativa ( $p = 0,0031$ ). La mortalidad en el primer periodo fue 13,80% y en el segundo periodo del 9,95%. La comparación entre los dos periodos no objetivó diferencias significativas.

**Conclusiones:** La puesta en marcha de Servicio Extendido en Medicina Intensiva se asocia a que aumente la proporción de ingresos en UMI en periodo de mañana sin haberse objetivado cambios en la mortalidad.

### 130. EVALUACIÓN DE LA PUESTA EN MARCHA DEL SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA. SISTEMA DE ALERTAS AUTOMÁTICO DE PACIENTES EN RIESGO. EXPERIENCIA DE OCHO MESES

Chicote Álvarez E, Macías Pascual M, Íñiguez de Diego A, Gómez Camino S, Camino Ferró H, Feo González M, Arlabán Carpintero M, Abril Victorino JM y Mainar Gil I y Monfort Lázaro E

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

**Objetivos:** El concepto de que el Servicio de Medicina Intensiva debe restringir su actividad exclusivamente a su unidad de hospitalización ha de dejarse atrás. Para ello, se han desarrollado Servicios Extendidos de Medicina Intensiva (SEMI). Uno de los pilares del SEMI es el reconocimiento precoz de los pacientes en riesgo de deterioro clínico con el fin de poder implantar medidas de manera precoz. Presentamos los resultados tras implantar el SEMI en un hospital de segundo nivel.

**Métodos:** Presentamos nuestra experiencia tras instaurar el SEMI en nuestro centro (hospital de segundo nivel con 630 camas de hospitalización y que cuenta con una Unidad de Medicina Intensiva polivalente con 37camas) El hospital se encuentra totalmente informatizado con historia clínica electrónica (Selene®). Para la puesta en marcha del SEMI se

desarrolló una aplicación (Selene Discern®) la cual establece un código de colores a los pacientes en función de alteraciones clínicas y analíticas registradas. Cada valor alterado otorga un punto, excepto el lactato sérico, que puntúa con dos. En caso de que la puntuación sea igual o superior a 3 puntos, se le otorga al paciente una marca de color será rojo. Uno de los adjuntos del Servicio de Medicina Intensiva en horario laborable (de lunes a viernes, 08-15 horas) se encarga de la gestión de los avisos que se hagan a la UMI, así como de la gestión de ingresos programados (posoperatorios de cirugías complejas en su mayor parte) El objetivo es una mejor gestión de estos avisos. También se encarga de revisar los pacientes con código rojo analizando cada caso y, si lo considera oportuno, se pone en contacto con el facultativo responsable del paciente para ofrecer colaboración, valorando medidas diagnósticas y terapéuticas y decidiendo la idoneidad de traslado a la UMI de manera precoz.

**Resultados:** Durante los ocho primeros meses de implantación del SEMI se recibieron un total de 210 avisos (1,42 de media al día). Se gestionaron un total de 239 ingresos (1,61 de media) Respecto al sistema automático de alamas, se revisaron un total de 858 pacientes. con código rojo (una media 5,8 diarios). De ellos, en 25 el facultativo del SEMI contactó con los médicos responsables. En 8 casos (32%) el paciente finalmente ingresó en UMI.

**Conclusiones:** Creemos que la implantación de SEMI es positiva. Permite una mejor gestión de los avisos a UMI así como permitir un manejo más rápido y precoz de los pacientes graves en situación de riesgo de deterioro, evitando traslados a la UMI o haciéndolos de manera más temprana. Esperamos valorar más resultados en los próximos meses.

### 131. EVALUACIÓN DEL PRONÓSTICO DEL PACIENTE CON SCA EN UNA UNIDAD CORONARIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL VS. GLOBAL

Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Peral Santos A, Martín Rodríguez MDC y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluación del pronóstico del paciente con SCA en una unidad coronaria llevada por intensivistas del Hospital General Universitario de Ciudad Real comparado con el global tras la realización del protocolo del SCASEST y SCACEST.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando los datos de los indicadores pronósticos del SCA del hospital general universitario de ciudad real de la base de datos de la ARIAM recogidos durante el periodo de febrero a abril del año 2023.

**Resultados:** La mortalidad del paciente con SCA en nuestro centro es del 2,5% frente a un casi 5% a nivel global. La estrategia invasiva preferente del SCASEST < 72 h en nuestro centro es del 71% frente a un 70% a nivel global. El tiempo de primer contacto médico y la ACP primaria en < 2 horas es de 63,3% frente a un 60% a nivel global.

**Conclusiones:** Los indicadores referentes a la mortalidad del paciente con SCA en nuestro centro, así como, la estrategia invasiva preferente como la ACP primaria en < 2 horas está por debajo de la media global a pesar de la extensión territorial de la provincia de Ciudad Real. Pese al sesgo de presentar los datos referentes únicamente a un trimestre, el diagnóstico y tratamiento precoz está relacionado con la atención temprana recibida resultado de la colaboración entre el servicio de medicina intensiva, los servicios de emergencia extrahospitalaria, urgencia hospitalaria y la disponibilidad de la unidad de hemodinámica 24 horas al día, los 365 días del año, bajo el código CORECAM establecido a nivel autonómico.

Tabla Póster 131

Objetivo relacionado con procedimientos operativos	Indicador (descripción y fórmula)	Datos de nuestro centro	Datos globales
Mejorar el pronóstico del paciente con SCA	Porcentaje global de pacientes con SCA que mueren	2,50%	< 5%
	Porcentaje de estrategia invasiva preferente en el SCASEST < 72 h	71%	> 70%
	Porcentaje global de pacientes con SCASEST que mueren	4,44%	< 5,5%
	Porcentaje global de pacientes con SCACEST que mueren	0	< 7%
	Tiempo primer contacto médico (PCM) y la ACP primaria < 2 h	63,30%	> 60%

**132. EXPERIENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE UNA UCI. ANÁLISIS PRELIMINAR SOBRE LA POSIBLE ASOCIACIÓN PREDICTIVA DE VARIABLES SUSCEPTIBLES DE MODIFICACIÓN**

Selfa Gil I<sup>1</sup>, Mendieta Díaz P<sup>2</sup>, Sánchez Jordán P<sup>1</sup>, Cartagena Chazarra M<sup>1</sup>, García Fernández G<sup>1</sup>, Ros Valverde F<sup>1</sup>, Liñán Gabaldón J<sup>1</sup> y Blasco Cortés ML<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. <sup>2</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

**Objetivos:** Conocer la incidencia de PICS y delirio en nuestro entorno. Explorar relaciones asociadas a características de los pacientes como a la patología motivo de ingreso, gravedad y tratamiento recibido. Búsqueda de variables predictivas en la aparición de PICS en función del tiempo de estudio.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes citados en consulta externa. Se recogen variables: demográficas, clínicas relevantes, y tiempos de estancia (intensivos y hospital) y demora hasta la consulta. Análisis descriptivo, univariado con respecto a la aparición de PICS y delirio; así como multivariante para predicción de PICS mediante la regresión logística de Cox.

**Resultados:** De los pacientes seleccionables un 48% presentaron algún tipo de PICS. Sin diferencia por sexos; no se trata de pacientes de edad más avanzada. En nuestra muestra los pacientes con PICS presentan una puntuación APACHE II mayor. Son pacientes en los que se emplea más sedación y con más días de ventilación mecánica y realización de traqueostomía. Se relaciona el uso de cualquier dispositivo de oxigenación de alto flujo con el desarrollo posterior de PICS. Es más frecuente que aquellos pacientes que sufren PICS tras el alta de UCI hayan presentado delirio durante el ingreso frente a aquellos que no lo sufren. Los pacientes con PICS precisan estancias más prolongadas (UCI y hospital). Los pacientes con delirio no son pacientes de edad más avanzada ni con diferencia de sexo. Se aprecia que aquellos factores que se relacionan con desarrollo PICS se relacionan también con el delirio. Respecto a las patologías se englobaron en 6 categorías en total: Respiratorio, COVID-19, Séptico, Cardiológico, PCR y Otros. Al realizar el análisis multivariado e introducir las diferentes variables asociadas a la aparición de PICS en la regresión de Cox (*forward conditional*) encontramos como variables predictivas al tener en cuenta el tiempo hasta la consulta (diagnóstico del PICS): el APACHE II y el delirio.

	PICS (176)	NO PICS (188)	P	OR (IC 95%)
EDAD	63,39±0,9	62,55±1	NS	
SEXO MASCULINO	113 (64,2%)	120 (63,8%)	NS	
DELIRIO (123)	96 (62,7%)	27 (19,4%)	<0,001	3,23 (2,25-4,63)
TRAQUEO (33)	31 (20,4%)	2 (1,4%)	<0,001	14,2 (3,4-58)
APACHE II	18,54±0,5	15,72±0,6	<0,001	
VM	125 (72,3%)	56 (32,6%)	<0,001	2,22 (1,75-2,8)
DIAS VM	14,94±1,3	3,8±0,5	<0,001	
ONAF	121 (69,9%)	81 (47,1%)	<0,001	1,48 (1,23-1,78)
VMNI	94 (54,3%)	57 (33,1%)	<0,001	1,64 (1,27-2,11)
SEDACIÓN	123 (71,5%)	54 (31,4%)	<0,001	2,27 (1,79-2,89)
DIAS SEDACION	9,07±0,6	2,81±0,3	<0,001	
ESTANCIA UCI	17,9±1,24	7,5±0,3	<0,001	
ESTANCIA HOSPITAL	32,45±2,3	15,9±0,9	<0,001	

**Conclusiones:** Hay una prevalencia relevante de PICS en los pacientes supervivientes a ingresos prolongados en UCI. El factor principal es la gravedad del motivo de ingreso. El delirio es más prevalente en el grupo con diagnóstico de PICS, junto a la gravedad factor predictivo independiente. Necesitamos estudios que ayuden a esclarecer cuán im-

portante es el papel del delirio como factor aislado para el desarrollo de PICS y si existe alguna intervención para disminuir la incidencia de este en nuestros pacientes. La mayor parte de intervenciones analizadas se relacionan con PICS delirio. No hay una patología concreta que predisponga su desarrollo (incluyendo COVID).

	DELIRIO (124)	NO DELIRIO (169)	P	OR (IC 95%)
EDAD	63,63±1,13	63,36±1	NS	
SEXO MASCULINO	83 (66,9%)	102 (60,4%)	NS	
TRAQUEO (33)	26 (21,1%)	6 (3,6%)	<0,001	5,95 (2,5-14)
APACHE II	18,9±0,6	16,3±0,5	0,001	
VM	103 (83,1%)	44 (26%)	<0,001	3,19 (2,44-4,16)
DIAS VM	13,21±1,3	7,7±1,7	0,006	
ONAF	85 (68,5%)	85 (50,3%)	0,002	1,36 (1,12-1,65)
VMNI	60 (48,4%)	71 (42%)	NS	
SEDACIÓN	101 (82,1%)	42 (24,9%)	<0,001	3,3 (2,5-4,3)
DIAS SEDACION	8,65±0,7	4,1±0,6	<0,001	
DVA	88 (73,9%)	77 (47%)	<0,001	1,57 (1,29-1,91)
TRRC	11 (9,3%)	9 (5,5%)	NS	
ECMO	3 (3,3%)	1 (0,9%)	NS	
ESTANCIA UCI	17,02±1,3	9,2±0,8	<0,001	
ESTANCIA HOSPITAL	32,8±2,8	17,6±1,3	<0,001	

	Exp (B)	IC para Exp B 95%	Sig.
APACHE II	1,96	1,29-2,97	0,002
Delirio	1,026	1,003-1,05	0,027

**133. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES EVENTOS ADVERSOS (EA) EN UNA UCI POLIVALENTE DE TERCER NIVEL PREVIO A LA IMPLANTACIÓN DE NORMA UNE 179003**

Bustamante Munguira E, Artola Blanco M, de Pedro Sánchez MA, Portugal Rodríguez E, Renedo Sánchez-Girón G, Velasco Villagarcía A, Arnaiz Rodrigo J y Aray del Pino Z

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Analizar retrospectivamente, durante los 6 últimos meses, los principales eventos adversos notificados en la UVI del HCUV con el fin de identificar factores de riesgo para la creación de plan de gestión de riesgos (PGR) previo a la implantación de la Norma UNE 179003 gestión del riesgo.

**Métodos:** Análisis retrospectivo y clasificación de los principales eventos adversos notificados en la UVI polivalente del HCUV, dicha unidad cuenta con certificación por la norma ISO 9001 y actualmente trabajamos para acreditarnos por la norma UNE 179003 gestión del riesgo.

**Resultados:** Desde junio a noviembre de 2023 se procedió a recoger y analizar los principales eventos adversos notificados en la UVI: 24 eventos adversos y un suceso centinela que fue analizado mediante ACR notificado a la dirección del centro. De los 24 eventos adversos

que se notificaron en estos últimos 6 meses, el 70,66% estaba relacionado con la retirada accidental de dispositivos: SNG: 8,3%. Pérdida de vías centrales: 16,66%. Autoextubaciones: 29,16%. Tubo de tórax: 12,5%. Drenaje presión intracraneal: 4,16%. El otro 29,08% estaba relacionado con errores de medicación siendo: 4,16% no administración de quimioterapia; 8,3% error de dosis (relacionada con orden verbal); 8,3% no suspende nutrición enteral para procesos invasivos (traqueos, colonoscopias...) 4,16% no se administra tratamiento pautado en ICCA; 4,16% se mantiene cerrado drenaje PIC con aumento de la misma. Estudiamos también, el turno, la experiencia y la ocupación de la unidad en el momento en que se produce el evento adverso: El 20,83% de los EA ocurren en el turno de mañana, el 41,66% de los EA ocurren en el turno de tarde, El 37,5% de los EA ocurren de los EA ocurren en el turno de noche. En el 75% de los casos, la ocupación de la unidad supera el 80% y en el 25% restante no, aunque se acerca La experiencia del personal: 70,83% ocurren con personal nuevo y el 29,17% experimentado.

**Conclusiones:** Debemos mejorar la cultura de seguridad para notificar cualquier EA y mejorar e incrementar la seguridad del paciente. Los servicios de medicina intensiva son área críticas donde más se producen EA y en su mayoría, relacionados con la medicación, como ocurre en nuestra unidad. Los EA se incrementan con la ocupación máxima y personal sin experiencia. Estas notificaciones, nos han permitido identificar los principales riesgos de la unidad, detectando áreas de mejora y elaborar planes de contingencia, medidas de barrera... para que no vuelvan a suceder.

### 134. MANEJO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÍTICO MEDIANTE EQUIPO MULTIDISCIPLINAR UCI-ONCO

Díaz Díaz D, Villanova Martínez M, Gonzalo Somoza G, López Pérez L, Morala Vega P, Bueno Vidales N y Palencia Herrejón E

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

**Objetivos:** Identificar pacientes oncológicos críticos que puedan necesitar ingreso UCI, así como planificar el nivel de cuidados apropiado, mediante visitas semanales entre oncólogos e intensivistas.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en pacientes oncológicos, mayores de 18 años con cáncer sólido ingresados en el hospital desde noviembre 2022-noviembre 2023 con posibilidad de deterioro clínico y susceptibles de ingreso en UCI, evaluados de forma programada semanalmente, planificando el grado de soporte vital en UCI. Se recogieron: datos demográficos, comorbilidad, servicio de procedencia, situación del cáncer, estado de la enfermedad en relación con la respuesta al tratamiento, extensión, situación funcional (ECOG), motivo de ingreso en el hospital y UCI, escalas de gravedad al ingreso (APACHE-II y SOFA), terapias recibidas, estancia en UCI y desenlace.

**Resultados:** De un total de 650 pacientes oncológicos ingresados en el hospital durante el periodo del estudio, fueron evaluados por el equipo UCI-Onco 103 pacientes (16,4%), subsidiarios de ingreso en UCI, de los cuales tan solo 14 (13,6%) ingresaron finalmente en UCI, con una mortalidad en UCI fue de tan solo 1 paciente (7,1%) y mortalidad hospitalaria del 35%. La terapia limitada en UCI fue el principal tratamiento planeado (49%), seguido de tratamiento completo sin limitaciones (41%) con tan solo un 8% de los pacientes en los que se consideró ensayo UCI. En tan solo un 2% de los pacientes se consideró terapia anticipada, basada en la aplicación de protocolos conjuntos oncología-críticos, sin necesidad de ingreso en UCI. Finalmente ingresaron 14 pacientes en UCI, que representa el 13,8% de los pacientes evaluados, con gravedad moderada (SOFA 7/APACHE II 18). El principal soporte en UCI fue el soporte respiratorio con Oxigenoterapia a alto flujo (63,6%), seguido del soporte vasoactivo (50%), y tan solo 2 pacientes requirieron de VMI con buen desenlace, logrando extubar en ambas ocasiones. La estancia media en UCI fue de 9 días. La mortalidad en UCI fue de tan solo 1 paciente (7,1%), decidiéndose orden de no reingreso en el 14,2% de los pacientes, y optando por adecuación del tratamiento de soporte vital en el 21,4% de los pacientes ante la futilidad del tratamiento, que finalmente fallecieron en planta, siendo la mortalidad hospitalaria del 35%.

**Conclusiones:** La valoración conjunta del paciente oncológico crítico, permite una mejor selección de pacientes que se pueden beneficiar de ingreso en UCI, una mejor utilización de los recursos sanitarios añadiendo atención de alto valor desde su ingreso hasta los cuidados en el final de la vida.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### HEMATOLOGÍA I

11:40-12:00 - Pantalla 7

*Moderadora: Lidia Orejón García*

### 135. ESTRATEGIAS EN DESARROLLO PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS

Hoya González C, Higuera Lucas J, Rivas Bilbao A, Iñigo Morras E, Kadi Ayad S, Rubio Gaztelu M, Jimeno Rodríguez AI, Fernández Rodríguez A, Regueiro Padilla I y Boado Varela MV

*Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.*

**Objetivos:** El objetivo del estudio es evaluar los tiempos de ingreso del paciente inmunosuprimido, comparando los tiempos de ingreso y pronóstico de los enfermos oncohematológicos con otros grupos de pacientes.

**Métodos:** Realizamos un estudio unicéntrico, retrospectivo en un hospital terciario universitario. Nos hemos centrado en evaluar los tiempos de ingreso y el pronóstico de los pacientes afectados. Se analizan los pacientes que ingresaron con inmunosupresión grave en 2023, abarcando casos de enfermedad oncohematológica activa, trasplante de órgano sólido, enfermedades bajo tratamiento activo con fármacos inmunosupresores o inmunodepresión adquirida. Se ha realizado un análisis comparativo entre pacientes inmunosuprimidos por enfermedad oncohematológica activa o por otras causas. Hemos puesto un énfasis en calcular los tiempos transcurridos desde la admisión hospitalaria hasta el ingreso en UCI, así como en analizar las tasas de mortalidad asociadas.

**Resultados:** Durante el año 2023 se recogen 41 pacientes con inmunodepresión severa. Los motivos de ingreso son: Insuficiencia respiratoria (36,6%), fallo hemodinámico (56%) y alteración del nivel de consciencia. Las características del grupo inmunosuprimidos hematológicos (Grupo 1) e inmunosuprimidos no hematológicos (Grupo 2) se muestran en la tabla. Un paciente presentaba enfermedad hematológica activa y había sido trasplantado (clasificado en grupo 1).

**Conclusiones:** Los resultados revelan distinciones significativas entre los dos grupos. Es notable que los enfermos hematológicos activos (Grupo 1), presentan una mortalidad mayor (38%) que el Grupo 2, que abarca diversas condiciones de inmunosupresión. A pesar de que los pacientes hematológicos tienden a ingresar en la UCI más tarde desde su admisión hospitalaria en comparación con el otro grupo, es esencial destacar que el tiempo de ingreso en UCI no es el único factor determinante. La mortalidad en el Grupo 1 no se ve significativamente afectada por el momento del ingreso, lo que subraya la importancia de una monitorización constante y una atención metódica desde el momento del deterioro hasta el ingreso en UCI. Este enfoque es crucial, dado que estos pacientes, más vulnerables que otros pacientes e incluso otros inmunosuprimidos, requieren una gestión clínica especializada y una atención anticipada a cualquier señal de empeoramiento.

### 136. PACIENTE CRÍTICO ONCOHEMATOLÓGICO. LEUCEMIA EN LA UCI. SERIE DE CASOS

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

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

**Objetivos:** Identificar los pacientes con diagnóstico de leucemia aguda (LA) ingresados en nuestra UCI para conocer nuestra experiencia con esta patología, analizando su evolución y pronóstico.

**Métodos:** Se realiza una búsqueda estadística de los pacientes ingresados los últimos 4 años con diagnóstico leucemia/neutropenia y se incluyen para el análisis descriptivo los compatibles con el diagnóstico de LA. Se analizan datos demográficos, diagnósticos, tratamientos, estancia, complicaciones y supervivencia.

**Resultados:** Encontramos 25 casos, se excluyen 19 y se analizan 8 con diagnóstico de LA (seis con LMA y dos LLA). El 50% eran hombres. La



Figura Póster 135

Características	Total	Grupo 1	Grupo 2	P (1vs2)
n	41	21	20	
Edad media.	60,4 ± 13	62,2 ± 14	58,6 ± 12	0,39
Porcentaje hombres	63,4%	66,6%	60%	0,4
Apache	23,8 ± 9,3	25,1 ± 7,18	22,5 ± 11,2	0,38
<b>Causa de inmunosupresión</b>				
- Enfermedad hematológica activa (%)	51,2%	100%	0%	
- Tumor sólido (%)	7,3%	0%	15%	
- Enfermedad autoinmune (%)	21,9%	0%	45%	
- Inmunosupresión adquirida (%)	9,7%	0%	20%	
- Trasplante órgano sólido	12,1%	4,7%	20%	
Días de ingreso hospitalario hasta UCI	6,49 ± 12,8	10,2 ± 16,6	2,6 ± 5	0,05
Porcentaje ingresado en las primeras 48 horas	63,4%	52%	75%	0,1
Mortalidad pacientes ingresados primeras 48 horas	19,2%	36,3%	6,6%	0,08
Mortalidad pacientes ingresados tras 48 horas	33,3%	40%	20%	0,43

media de edad fue de 50,02 años. La media del Apache al ingreso fue de 22,3 y el SOFA 9. Siete pacientes son procedentes del Servicio de Hematología con 15,8 días de estancia media y solo 1 procedía de urgencias. Cinco pacientes ingresaron por sepsis (50%), una paciente por cambio de CVC por bacteriemia, una por neurotoxicidad secundaria a quimioterapia más encefalitis y otro por crisis blástica. El 87,5% de la muestra recibió VMI pero el 37,5% recibió VMNI a su ingreso siendo intubados posteriormente (72 horas). El 75% precisó transfusión de hemoderivados, 6 fármacos vasoactivos y tan solo uno TRR. El 75% recibió antibiótico de amplio espectro. La media de estancia en UCI fue de 7,25 días. Cinco pacientes fallecieron como causa del proceso de ingreso en la UCI, uno de ellos debuto con un estallido esplénico secundario crisis blástica y tan solo dos pacientes fueron dados de alta a la unidad de Hematología. Mortalidad estimada 75%.

**Conclusiones:** El factor común de ingreso de estos pacientes son los procesos sépticos graves y/o el debut letal de la enfermedad. La supervivencia tras el ingreso en UCI es considerablemente baja. Se podría valorar un score de gravedad más sensible y específico que permita determinar el ingreso precoz de estos pacientes en UCI.

### 137. PERFIL Y MORTALIDAD DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DURANTE UN AÑO

Rodríguez Fernández de Simón T, Fernández Florido P y Sánchez González A  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada.

**Objetivos:** Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo que pretende analizar el perfil y mortalidad del paciente oncohematológico que ingresa en una UCI de un hospital de tercer nivel durante un año.

**Métodos:** Se analizan variables obtenidas en una base de datos en la que se incluyen a pacientes oncohematológicos que han precisado ingreso en la UCI del Hospital Virgen de las Nieves desde junio de 2022 hasta julio de 2023. Se incluyen entre las variables analizadas la edad media, el diagnóstico hematológico y la causa de ingreso en UCI, duración de la

estancia, si han precisado fármacos vasoactivos, ventilación mecánica invasiva (VMI) o no invasiva (VMNI), si presentan fracaso renal y la mortalidad en su estancia en UCI.

**Resultados:** Se incluyen en nuestro trabajo un total de 50 pacientes. De ellos, 24 fueron hombres (48%) y 27 mujeres (52%). La edad media es de 52,26 años. El diagnóstico oncohematológico más frecuente fue en un 50% leucemia mieloide aguda, seguido de un 10% con linfoma B de células grandes. El motivo de ingreso más frecuente en UCI fue insuficiencia respiratoria aguda (48%), seguido de *shock séptico* (26%). La estancia media de ingreso en UCI fue de 16,46 días. En nuestro trabajo, un 62% necesitaron VMNI y 42% VMI. Del total de pacientes que necesitaron VMNI, precisaron VMI un 38,7%. Un 70% necesitaron fármacos vasoactivos, y un 56% fueron diagnosticados de fracaso renal agudo. La mortalidad fue de un 30% (15 pacientes). De ellos un 86,7% precisaron VMI y en el 80% se utilizaron drogas vasoactivas y presentaron fracaso renal.

**Conclusiones:** El pronóstico de las enfermedades oncohematológicas ha presentado un importante avance en los últimos años. Esto no es solo debido a la mejora en los tratamientos quimioterápicos y al trasplante de médula ósea, sino también a un adecuado y temprano manejo de las complicaciones de estos pacientes en una unidad de cuidados críticos. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de estos pacientes en UCI permitiéndonos observar los diagnósticos más frecuentes y la mejora que se ha producido en las cifras de mortalidad.

### 138. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Díez Izquierdo C, Navas Álvarez S, Sánchez Rentero L, Raposo Puglia JA y Salas Martín JM

Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

**Objetivos:** Las decisiones en torno a los pacientes con enfermedades oncohematológicas siguen siendo de las más controvertidas en UCI. La sensación de futilidad es la imagen que los rodea. La presente recogida de datos busca mostrar la mortalidad de estos pacientes que precisan de ingreso en UCI.

**Métodos:** Es un estudio retrospectivo sobre una cohorte anidada de pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de octubre de 2023 con patología de base oncohematológica. Se excluyeron pacientes cuyo motivo de ingreso no guarda relación con dicha patología. Análisis estadístico SPSS v25 (IBM Corp., Armonk, NY).

**Resultados:** Durante este periodo se han recogido 35 pacientes. Un paciente reingreso en UCI siendo dado de alta en ambas ocasiones. La media de edad de los pacientes ingresados fue 58,7 años. El 58,3% de los ingresados fueron varones frente al 41,7% de mujeres. De los pacientes recogidos, 21 fallecieron durante su estancia, 14 recibieron el alta de UCI. Analizamos la situación inicial entre ambos grupos, como es la media de SOFA a su ingreso: 6,07 en el grupo de los vivos frente a 9,38 en el grupo de los fallecidos ( $p < 0,05$ ). Igualmente, el APACHE II a su ingreso fue significativamente superior en el grupo de los fallecidos (28,95, media) frente a los vivos (20,2, media) ( $p < 0,05$ ). Se valoró si la necesidad de ventilación mecánica invasiva, empleo de vasoactivos o terapia de reemplazo renal continua (TRRC) tuvieron influencia sobre la mortalidad, solo se encontró diferencia en el uso de TRRC ( $p = 0,03$ ).

**Conclusiones:** Las escalas SOFA y APACHE II al ingreso predijeron de manera adecuada el mayor riesgo de mortalidad en estos pacientes. La necesidad de TRRC fue significativamente superior en el grupo de los fallecidos. Tanto el empleo de vasoactivos ( $p = 0,08$ ) como de ventilación mecánica invasiva ( $p = 0,06$ ) no fue estadísticamente significativo entre ambos grupos.

### 139. PACIENTE HEMATOLÓGICO EN UCI. ¿Y DESPUÉS QUÉ OCURRE?

Diez Izquierdo C, Navas Álvarez S, Sánchez Rentero L, Morán J y Salas Martín JM

Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

**Objetivos:** El objetivo del presente estudio busca mostrar cual es la situación final de los pacientes con enfermedad oncohematológica que son dados de alta de UCI. Asimismo, encontrar relación entre las complicaciones durante su estancia en UCI y su situación final.

**Métodos:** Es un estudio retrospectivo sobre una cohorte anidada de pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de octubre de 2023 con patología de base oncohematológica. Se excluyeron pacientes cuyo motivo de ingreso no guardó relación con dicha patología. Análisis estadístico SPSS v25 (IBM Corp., Armonk, NY).

**Resultados:** Durante este periodo se han recogido 35 pacientes, con una supervivencia en UCI del 40%, recibiendo el alta de nuestra unidad 14 pacientes. Un paciente reingreso en UCI siendo dado de alta en ambas ocasiones. La media de edad de los pacientes que recibieron el alta fue 56,2 años. El 53,3% eran varones frente al 46,7% que eran mujeres. De los pacientes que recibieron el alta de UCI, al realizar la revisión de los casos la supervivencia era del 50%, con 7 fallecidos y 7 vivos. La media de edad de ambos grupos fue similar. El SOFA a su ingreso no fue significativamente superior en el grupo de fallecidos (6,5) frente al de no fallecidos (5,6). El APACHE II tampoco fue significativamente superior en el grupo de fallecidos (22,5) frente al de no fallecidos (17,6). La estancia en UCI fue similar en ambos grupos. No hubo diferencias significativas entre la necesidad de ventilación mecánica invasiva, uso de vasoactivos o terapia de reemplazo renal continua, ni su duración entre el grupo de supervivientes y de fallecidos.

**Conclusiones:** El SOFA y el APACHE II a su ingreso fue superior en el grupo que falleció tras su salida de UCI frente al grupo que sobrevivió, no alcanzando la significación estadística. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos respecto a la necesidad de ventilación mecánica invasiva, vasoactivos o terapia de reemplazo renal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la estancia en UCI y la situación final de los pacientes.

### 140. MANEJO DE LA MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA EN LA UCI. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Sáez Sáez R

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

**Objetivos:** Reportar una serie de casos de entidades clínicas raras, muy poco frecuentes en el paciente críticamente enfermo. Conocer en

base a la evidencia científica: manejo y novedades terapéuticas de las MAT en el paciente crítico.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo tipo serie de casos acorde a Guías Care. Incluidos los ingresados en UCI del HCD Gómez Ulla del 01/01/2023 al 30/11/2023 diagnosticados de síndrome hemolítico urémico típico (SVECT-SHU), atípico (SHUa), de púrpura trombótica trombocitopénica (PTT). Junto con búsqueda bibliográfica avanzada en PubMed. Palabras clave: "Microangiopatía trombótica, Síndrome hemolítico urémico atípico, Púrpura Trombótica Trombocitopénica, Recambio plasmático, ecolizumab". Seleccionados: los más relevantes publicados en los últimos 10 años.

**Resultados:** Las MAT son enfermedades: 1) con mayor incidencia en mujeres y raza negra (4,5 casos/millón de habitante por año); 2) etiología diversa: por alteraciones congénitas o adquiridas como PTT, SHU (MAT primarias) y secundarias a fármacos, infecciones, neoplasias, etc.; 3) denominador común: lesión endotelial con formación de trombos en la microcirculación con isquemia tisular y anemia hemolítica microangiopática con trombocitopenia (AHMT); 4) de difícil diagnóstico dado el solapamiento clínico entre ellas; 5) con una urgencia vital (especialmente PTT y SHU) cuyo retraso en el inicio del tratamiento tiene impacto directo en el pronóstico vital de los pacientes. Caso 1: mujer, 78 años, pluripatológica con SHU. Ingresada por diarrea enteroinvasiva aislado *E. coli* 0157:H7. A pesar de tratamiento óptimo continúa con datos de AHMT probablemente por una activación anómala del complemento que resuelve con una dosis puntual de ecolizumab. Caso 2: varón, colombiano, 50 años con FRA AKIN III, edema agudo de pulmón, HTA maligna, anemia politransfundida sin datos evidentes de hemólisis. Evolución a AHMT. Estudio genético del complemento: polimorfismos *MCPggaac* y *CFH-H3* y una mutación nunca antes descrita en un exón de C3. Tratamiento con ecolizumab. Actualmente en diálisis intermitente. Caso 3: mujer, 36 años, ingresada por sospecha de pancreatitis que debuta con clínica neurológica, AHMA y trombopenia grave (7.000). Sospecha de PTT adquirida. Niveles de ADAMTS 13,0%. Tras 4 ciclos de rituximab, corticoides y 5 sesiones de recambio plasmático fue dada de alta asintomática sin alteraciones analíticas.

**Conclusiones:** Las MAT son enfermedades muy raras y una urgencia médica. El retraso en el inicio del RP o inmunomodulador tendrá implicaciones pronósticas graves.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### URGENCIAS/EMERGENCIAS I

11:40-12:00 - Pantalla 8

Moderadora: Judith Gutiérrez Gutiérrez

### 141. ¿AFECTA O NO AFECTA EN LA SUPERVIVENCIA EL LUGAR EN EL QUE SE PRODUCE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA?

Silva García C, del Moral de Diego A, Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Huertas Marín MDC y García Moreno P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

**Objetivos:** Estudiar cómo influye el lugar de PCR en la población infantil.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional en UCI del HUMV. Niños entre los 30 días y los 16 años, entre el 1983 y 2022. Variables relacionadas con el paciente, características de la parada, reanimación, evolución, supervivencia, estado neurológico, complicaciones, causa y momento del fallecimiento. Se compara la supervivencia en función del lugar donde ocurre la PCR.

**Resultados:** Comparamos la supervivencia al alta hospitalaria en función del lugar en el que se han producido, observamos que en nuestra comunidad, en comparación con otros estudios, las tasas de supervivencia en el grupo de extrahospitalarias fueron mayores (42,4 vs. 8%)

y similares en el grupo hospitalarias (45 vs. 43%). Al analizar la supervivencia en función del lugar dentro del hospital, obtuvimos mayor supervivencia en las ocurridas en quirófano (75%), planta (50%) y UCI (42%), con mayor mortalidad en urgencias (20%). Podría explicarse porque las paradas de urgencias son las que han ocurrido en medio extrahospitalario con más tiempo de evolución o han ocurrido en un entorno no controlado; las PCR que ocurren en la UCI se producen en niños de mayor gravedad, y las que ocurren en quirófano, ocurren en un medio mucho más controlado. Al comparar el tiempo de inicio de RCP en las paradas extrahospitalarias y hospitalarias se vio un aumento de tiempo hasta inicio de RCP en las extrahospitalarias en comparación con las paradas que se producían en los centros hospitalarios. La media de inicio en extrahospitalarias fue 12 min, mientras que en las hospitalarias fue menos de 1 min. En otros estudios en las PCR extrahospitalarias hay una mayor tasa de no iniciar RCP y en los casos en los que se inicia, es más tardío. Al analizar el tiempo de inicio de RCP en las paradas que se produjeron dentro del centro hospitalario diferenciándolo por grupos (UCI, Urgencias, planta y quirófano), se registraron tiempos menores de 5 min en todas aquellas que ocurrieron en UCI, urgencias y quirófano. Sin embargo, en las paradas que se produjeron en planta, el tiempo de inicio fue mayor, lo que viene justificado, por tratarse de nuevo los 3 primeros lugares de entornos controlados con personal especializado en pacientes críticos y con una mayor vigilancia y monitorización.

**Conclusiones:** Aumento de tiempo hasta inicio de RCP en las extrahospitalarias. Inicio precoz de RCP mejora el pronóstico, hay que fomentar la formación de la población. En el ámbito hospitalario se precisa desarrollar medidas de mejora que nos permitan detectar las situaciones periparada e iniciar maniobras de RCP precoz.

### 142. EFECTOS DE LA DURACIÓN DE MANIOBRAS DE REANIMACIÓN EN LA SUPERVIVENCIA EN LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INFANTILES

Silva García C, del Moral de Diego A, Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, García Moreno P y Huertas Marín MDC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

**Objetivos:** Se incluyen los niños entre los 30 días de vida y los 16 años que presentaron una parada cardiorrespiratoria entre los años 1983 y 2022, ambos inclusive. Se realizó un análisis retrospectivo comparativo entre las diferentes variables. Se compara la duración de maniobras de reanimación con la supervivencia inicial y al alta.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se recogieron variables relacionadas con el paciente (edad, sexo, peso, causa de la parada); variables relacionadas con las características de la parada y la reanimación cardiopulmonar (tipo de parada, lugar de la parada, monitorización, ventilación asistida y/o fármacos, tiempo de la parada antes de iniciarse la RCP, maniobras de RCP realizadas, ritmo electrocardiográfico inicial y tiempo total de reanimación cardiopulmonar); variables relacionadas con la evolución (recuperación de la circulación espontánea (RCE), supervivencia inicial definida como mantenimiento de RCE durante más de 120 minutos, estado neurológico); complicaciones posteriores en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIP); respiratorias, cardiológicas, infecciosas o neurológicas, causa y momento del fallecimiento. Se analizan las variables comparando el tiempo de duración de la reanimación.

**Resultados:** Al analizar la duración de la reanimación cardiopulmonar se encontró que un 33,8% requirieron menos de 5 minutos de RCP para recuperar la circulación espontánea, mientras que un 17,6% requirieron más de 30 minutos de reanimación. En varios estudios se ha encontrado que el tiempo de PCR es un importante factor de mortalidad, y que una duración mayor de 10 minutos se asocia con una mortalidad significativamente más elevada. La duración de la RCP es uno de los principales indicadores pronósticos que se relacionan con la supervivencia, lo cual vemos reflejado en nuestro trabajo ya que al comparar la duración de RCP con la supervivencia inicial y supervivencia al alta concluimos que existe una relación inversamente proporcional, obteniendo significación estadística en ambas, hecho que apoya dicha hipótesis.

**Conclusiones:** Concluimos que la duración de maniobras de reanimación afecta a la supervivencia inicial y al alta de forma inversamente proporcional.

### 143. ¿ES MOMENTO DE REVISAR EL ACTUAL CÓDIGO POLITRAUMA EN CATALUÑA?

Gutiérrez Arámbula D, Gerber F, Souto Higuera J, Planella Cutrina M, Leal Murillo S, Runno Burgos R, Mora Guevara E y Triginer Borrell C

Hospital Residencia Sant Camil-Consorci Sanitari del Garraf, Barcelona.

**Objetivos:** Revisar la epidemiología de los pacientes que ingresan como código politrauma en un hospital comarcal. Valorar el uso de recursos de los pacientes que ingresan como código PPT en un hospital comarcal. A través del ISS (índice de severidad score) revisar la severidad de los códigos PPT que ingresan en nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo. Se recogieron desde marzo 2022-agosto 2023, 198 pacientes (desvió de 10% aprox.) teniendo en cuenta las siguientes variables: edad; hombre o mujer; tipo de activación: prehospitalaria o intra hospitalaria; unidad sem; prioridad según criterios codi ppt sem; Estabilidad clínica según valoración ABCDE; Servicio a cargo hasta el alta; derivación a 3er nivel; Body TAC; ISS (Injury Severity Score).

**Resultados:** La media de edad de los pacientes con PPT fue de 40,73 años. La mayoría de pacientes con politrauma fueron hombres. 66,2%. La mayoría de códigos PPT se activaron en la atención pre hospitalaria. 70% 30% se activaron de forma intrahospitalaria. El 79% de unidades SEM que traslado a los pacientes con PPT fueron unidades básicas (formadas por dos técnicos. El 9% por unidades con enfermería. El 4% por unidades con médico, enfermería y técnico. La mayoría de códigos PPT fueron prioridad 2 (73,2%). Menos de un 2% fueron prioridad 0 o 1. La mayoría de códigos PPT tuvieron un ISS (score índice de gravedad) menor de 15. Es decir, fueron traumas leves. El 97% de los pacientes al ingreso estaba estable hemodinámicamente. 2,5% al ingreso estaban inestables. De los pacientes que precisaron de traslado a tercer nivel, la mayoría fueron trasladados por el servicio de Cirugía general. De los pacientes que tras el politrauma pudieron ser dados de alta a domicilio la mayoría fueron dados de alta por Cirugía o traumatología. Se realizó body TAC en el 82,8% de los pacientes.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes que ingresan en nuestro hospital como código PPT sufren un traumatismo leve. Hasta un 30% de los PPT fueron intrahospitalarios. La mayoría de los pacientes son hombres jóvenes. La mayoría de altas a domicilio fueron dadas por Cirugía o Traumatología. Se observó una alta incidencia de body TAC. Con los datos observados quizá sea necesario revisar la gestión del código politrauma para una optimización de los recursos.

Estadísticos		
edad		
N	Válido	198
	Perdidos	0
Media		40,73
Rango		91
Mínimo		6
Máximo		97
Percentiles	20	20,00
	40	32,00
	60	46,00
	80	58,20

SEXO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masc	131	66,2	66,2	66,2
	fem	67	33,8	33,8	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

sem o hsc					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hsc	58	29,3	29,3	29,3
	sem	140	70,7	70,7	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

**T, I o M. No sem (ver informe sem USVB o USVA)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	medio propio	15	7,6	7,6	7,6
	T	157	79,3	79,3	86,9
	I	18	9,1	9,1	96,0
	M	8	4,0	4,0	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

**codi ppt (ver HC sem)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	prioridad 0	1	0,5	0,5	0,5
	prioridad 1	2	1,0	1,0	1,5
	prioridad 2	145	73,2	73,2	74,7
	prioridad 3	50	25,3	25,3	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

**compromiso con necesidad de tto del A-B-C**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	estable	193	97,5	97,5	97,5
	inestable	5	2,5	2,5	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

**body tac**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no	34	17,2	17,2	17,2
	si	164	82,8	82,8	100,0
	Total	198	100,0	100,0	

**Derivados a otro efector**

UCI	CIR	COT	PELIA
3	7	5	1

**Servicio hasta el alta**

UCI	COT	CIR	MIN	PELIA	URG	DERIVADOS
13	83	84	1	9	8	16

**144. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN A PACIENTES CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO DESDE URGENCIAS HASTA LA UCI: EVALUACIÓN DE LA MEDIDAS DEL CÓDIGO SEPSIS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA**

Muñoz González S, Figueroa Falconi JC, Obando Martínez C, Jiménez Tejera G, Ballesteros Herráez JC, Fernández Díaz I, Granados Ricaurte JF y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo es conocer las características de los pacientes que ingresan en la UCI con el diagnóstico de sepsis y shock

séptico, procedentes del servicio de Urgencias. Analizaremos el cumplimiento de los paquetes de medidas terapéuticas del código sepsis.

**Métodos:** Análisis retrospectivo descriptivo de los pacientes que ingresaron en durante los últimos 12 meses, procedentes del Servicio de Urgencias diagnosticado de sepsis y shock séptico en la UCI del CAUSA. Revisamos las características demográficas, el cumplimiento de las medidas del código sepsis, si se ha identificado el germen, y si el tratamiento antibiótico ha sido adecuado y la desescalada terapéutica.

**Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron un total de 945 pacientes. De los cuales 54 pacientes, provenían del servicio de urgencias con criterios de sepsis/shock séptico. La edad media es de 67,13 años, 67,30% varones. APACHE II: 21,55. Estancia media: 7,18 días. Mortalidad: 8,65%. El 24,03% precisó VM y el 10,57% HDFVVC. El foco de la sepsis fue: urinario 34,17%, abdominal 31,64%, respiratorio 15,18%, piel y parte blandas 10,12% y otros focos 8,86%. Se identificó el germen en un 73,07%. Se distribuyen en Gram negativos: 64,70%, Gram positivos 29,41% y hongos 5,88%. En relación al paquete de medidas código sepsis que se realizan en menos de 6 horas: medición de lactato: 96,29%, Toma de muestras microbiología: 64,81%. Inicio tratamiento antibiótico: 92,59%. Fluidoterapia: 94,44%. Otras medidas de soporte: el 92,30% de los pacientes necesitó tratamiento con vasoactivos, que se inició en las primeras 6 horas en el 54,16%. Un 61,53% precisaron tratamiento con corticoides, se inician con mayor frecuencia entre 6-24 horas: 56,25%. Se realizó control del foco en un 60,78%, que se hizo entre 6-24 horas en un 58,06%. El tiempo de aviso a UCI: < 1 hora 13,46%, 1-6 horas: 57,69%, 6-24 horas 28,84%. El tratamiento antibiótico es adecuado en un 94,87%. Se realiza desescalada en un 32,05%.

**Conclusiones:** Son pacientes graves con menor mortalidad que la esperada. Las medidas terapéuticas realizadas en urgencias son adecuadas excepto la toma de muestras y el control del foco que se retrasa. En un tercio de pacientes el aviso se realiza de manera tardía. El porcentaje de desescalada es muy bajo. Los puntos de mejora deberían ser disminuir el tiempo de aviso a la UCI, mejorar en la toma de muestras. La identificación del germen y aumentar la desescalada antibiótica.

**145. ANÁLISIS DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS CON NECESIDAD DE INGRESO EN UCI TRAS EL CONFINAMIENTO DOMICILIARIO POR LA PANDEMIA COVID-19**

Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Bustamante Munguira E, Mamolar Herrera N, Cicuéndez Ávila RA, Renedo Sánchez-Girón GP y Aray Delpino ZE

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Identificar las características demográficas y prevalencia de intentos autolíticos en una UCI de un hospital de tercer nivel durante los dos años posteriores al confinamiento. Establecer la gravedad de la presentación clínica inicial y factores precipitantes, así como describir los principales métodos empleados y sus resultados de mortalidad.

**Métodos:** Estudio transversal analítico retrospectivo que incluyó un total de 58 pacientes con diagnóstico de intento autolítico en UCI en el periodo desde enero de 2022 hasta diciembre de 2023.

**Resultados:** Se revisaron 58 pacientes ingresados durante este periodo, 23 pacientes de 526 ingresos anuales, lo que supone un 4,37% en el año 2022 y 35 pacientes de 610 ingresos anuales, lo que supone un 5,73% en 2023 con diagnóstico de intento autolítico. De la población seleccionada, 33 mujeres (56,8%) y 25 varones (43,1%) con una edad media calculada de 47 años (rango de edad entre 15 y 87 años). Estado civil: 43,1% solteros, 29,3% casados y 13,7% divorciados. El 36,2% se encontraban en situación de desempleo, de los cuales, el 6,89% había sido en el último año. Tres de esos casos (5,17%) refirieron un cambio en su situación económica. El método más empleado fue la intoxicación con una incidencia 75,86%. El segundo fue la precipitación (12% de los pacientes). Un 32,75% de los pacientes habían presentado intentos autolíticos previos presentando una enfermedad mental previa el 75,86%. La patología más prevalente fue el trastorno ansioso depresivo en el que se incluyó un total de 22 pacientes (37,93%). Un 12% de los casos solicitaron ayuda tras el intento y 7 del total fueron precipitados por la existencia de una enfermedad orgánica previa. La tasa total de *exitus* fue del 10,3% de los cuales 5 fueron un suicidio consumado tras el intento.

**Conclusiones:** Durante 2020 la edad media de intentos autolíticos registrados en Castilla y León fue de 41 años, valor muy próximo al obtenido en nuestro registro de los años posteriores. La prevalencia durante ese año fue superior en mujeres (63,5%) similar al resultado obtenido en nuestra unidad. El hecho de tener un antecedente psiquiátrico (en nuestra serie, un 75% con trastorno ansioso-depresivo) es un factor predisponente importante para realizar un intento autolítico. La reincidencia es alta, hasta un 32% lo vuelven a intentar. El intento autolítico tras la pandemia se ha incrementado, en nuestra unidad hemos pasado de 2,7% de ingresos hasta un 5,73%, siendo en algunos casos causa de muerte evitable sobre la que debemos incidir.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS III

11:40-12:00 - Pantalla 9

**Moderadora:** Ana Hernández Vázquez

#### 146. BACTERIEMIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE

Pérez del Pozo P, Yagüe Zapico R, Febles Díaz FJ, Molina Gómez MF, Ruiz-Oliva Cortés J, Cabo Sela Al, Gutiérrez Martín SM y Díaz Domínguez FJ

Hospital de León (C. A. U. de León), León.

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes, tasas de incidencia y gérmenes implicados en las bacteriemias intra-UCI en el año 2022.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias que recoge el Registro ENVIN en el año 2022. Se comparan los resultados con los obtenidos en el periodo 2019-2021.

**Resultados:** En el periodo a estudio se registran 23 bacteriemias primarias (n = 23), de las cuales 8 eran de foco desconocido y 15 asociadas a catéter venoso central (BACVC). La tasa de incidencia fue de 4,40 por 1.000 días de catéter venoso central (CVC), con un ratio de utilización de 0,78. Sin incluir las bacteriemias de foco desconocido, la densidad de incidencia fue de 2,87 por 1.000 días de CVC. La densidad de incidencia se eleva a 7,39 en los pacientes fallecidos, con respuesta inflamatoria de sepsis en el 82,61%, y sin dicha respuesta en un 4,35. En un 59,09% de los casos se aísla germen Gram positivo; bacilos Gram negativos en 36,36% y hongos en un 4,55%. En las BACVC *S. epidermidis* fue el principal agente en un 42,86%, seguido de *K. pneumoniae* y *S. aureus* meticilín sensible, ambas con un 14,29%. La respuesta inflamatoria en el 100% de éstas fue de sepsis. El tipo de catéter fue venoso central en el 86,67% de los casos (acceso yugular 53,33%, subclavio 20% y femoral 13,33%). En las bacteriemias de foco desconocido el germen predominante fue *P. aeruginosa* y *S. epidermidis* con un 25% en ambos, siendo la respuesta inflamatoria de shock séptico en el 37,5%. Las bacteriemias secundarias a otros focos fueron 9, con una tasa de incidencia de 1,34 por 1.000 días de estancia, 7 de ellas secundarias a infección respiratoria y 2 a infección urinaria. Los gérmenes predominantes fueron bacilos Gram negativos (90,91%): *K. pneumoniae*, seguido de *E. cloacae*, *S. marcescens*, *E. faecalis* y *P. aeruginosa*. La respuesta inflamatoria fue de sepsis en un 66,67% y de shock séptico en un 33,33%.

**Conclusiones:** La situación de pandemia supuso un incremento de las bacteriemias. Los gérmenes predominantes en las bacteriemias primarias siguen siendo los gram positivos, con *S. epidermidis* el principal. En las secundarias los responsables son los Gram negativos. El acceso vascular influye en la adquisición de infecciones asociadas a CVC. El mayor uso de la vía yugular se debe a paciente con diagnóstico de insuficiencia respiratoria grave. El shock séptico es frecuente en bacteriemias de foco desconocido y en secundarias. La reactivación de los Proyectos Zero, se acompaña de un descenso en la densidad de incidencia de bacteriemias, pero por encima de los niveles pre-pandemia y de los establecidos en el Proyecto Bacteriemia Zero.

#### 147. MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES TRAS EMPLEO DE ANTIBIÓTICOS EN UCI. ¿DEBEMOS TENER CUIDADO A LA HORA DE ADMINISTRAR UN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO?

Hernández Gozalves G, Pérez Serrano R, Abdel-Hadi Álvarez HM, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Garvayo Fernández F, Peral Santos A y Espinosa González MDC

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluar el riesgo de desarrollar microorganismos multirresistentes tras la administración de antibióticos empíricos en UCI, en base a una cohorte retrospectiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Analizar los tiempos de uso de tratamiento antibiótico empírico, en cuanto a la adecuación, con el objetivo de evitar desarrollar multirresistencias.

**Métodos:** Diseño: se trata de un estudio unicéntrico de tipo observacional, de cohortes retrospectivo de pacientes críticos ingresados con infección en el HGUCR desde enero a junio de 2022. Criterios de inclusión y exclusión: Inclusión: pacientes ingresados en cualquiera de las UCI del HGUCR con infección e identificación del microorganismo causa. Exclusión: pacientes menores de 15 años. < 24 horas de supervivencia tras ingreso en UCI. Pacientes sin infección documentada microbiológicamente. Pacientes sin sospecha de infección. Base de datos: la presente comunicación está extraída a partir de la base de datos del proyecto de investigación "Tratamiento antibiótico empírico apropiado en los pacientes críticos del Hospital General Universitario de Ciudad Real".

**Resultados:** El estudio abarcó finalmente a 140 pacientes. El 68,5% fueron hombres con una media de 65 años. El 57,9% eran pacientes procedentes de la comunidad, el 37,9% eran procedentes de hospitalización y el 4,3% procedían de centros sociosanitarios. En nuestro estudio de cohortes retrospectivo, el 32,4% de los pacientes, expuestos a tratamiento antibiótico empírico, presentaron posteriormente algún microorganismo multirresistente, mientras que el 67,6% no los presentaron. Tan solo el 16,5% de pacientes tuvieron alguna colonización por multirresistentes previamente. El tiempo hasta la adecuación fue de 2 días aproximadamente, con desescalada en el 57,9% de los pacientes. La duración del tratamiento antibiótico en total fue de 11 días de media.

**Conclusiones:** En nuestro estudio el 32,4% de los pacientes expuestos a antibióticos, cuando estaban indicados, presentaron posteriormente algún microorganismo multirresistente. Esto hace pensar que, aunque el antibiótico esté indicado hay riesgo de desarrollar microorganismos multirresistentes, por lo que hay que estar seguros de cuándo administrarlos. En segundo lugar, es importante adecuar el tratamiento antibiótico cuando tengamos el resultado microbiológico, que en nuestro centro suele ser a las 48 horas. Y en último lugar, es importante ajustar los tiempos del tratamiento definitivo, ni un día más ni un día menos, con el fin de evitar mayor riesgo de desarrollar multirresistencias.

#### 148. EL FOCO RESPIRATORIO COMO FUENTE PRINCIPAL DE NUESTROS DOLORES DE CABEZA. ANÁLISIS DE UN ESTUDIO UNICÉNTRICO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Hernández Gozalves G, Abdel-Hadi Álvarez H, Pérez Serrano R, Garvayo Fernández F, Marín Marín CM, Muñoz Moreno JF, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Segovia García de Marina L y Magro Martín MÁ

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Analizar cuál es el foco principal en pacientes ingresados en UCI en un estudio de cohortes retrospectivo del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR).

**Métodos:** Diseño: se trata de un estudio unicéntrico de tipo observacional, de cohortes retrospectivo de pacientes críticos ingresados con infección en el HGUCR desde enero a junio de 2022. Criterios de inclusión y exclusión: Inclusión: pacientes ingresados en cualquiera de las UCI del HGUCR con infección e identificación del microorganismo causal. Exclusión: pacientes menores de 15 años. < 24 horas de supervivencia tras ingreso en UCI. Pacientes sin infección documentada microbiológicamente. Pacientes sin sospecha de infección. Base de datos: la presente comunicación está extraída a partir de la base de datos del proyecto de investigación "Tratamiento antibiótico empírico apropiado en los pacientes críticos del Hospital General Universitario de Ciudad Real".

**Resultados:** Nuestro estudio unicéntrico observacional de cohortes retrospectivo basado en los pacientes ingresados en las UCI del HGUCR

abarcó finalmente a 140 pacientes. El 68,5% fueron hombres con una media de 65 años. El 57,9% eran pacientes procedentes de la comunidad. El principal foco de infecciones que precisaron antibioterapia, fue el respiratorio con una frecuencia del 32,1% seguido del foco abdominal (25,7%) y urinario (20%). Si bien nuestros pacientes son habitualmente procedentes de la comunidad, la gran mayoría precisaron ventilación mecánica y drogas vasoactivas (64,7%). Por ello, es muy probable que estos focos respiratorios estuvieran en relación con la ventilación mecánica, aunque esto no se analizó en profundidad en nuestro estudio. Limitaciones: la principal limitación del presente estudio son la naturaleza unicéntrica del mismo y el carácter retrospectivo. No se recogen todas las infecciones sufridas por los pacientes ingresados en UCI, solo en las que se encuentra aislamiento microbiológico representativo.

**Conclusiones:** En nuestro estudio podemos concluir que la principal causa de necesidad de antibioterapia en nuestra UCI se debe al foco respiratorio. Sin embargo, este resultado, aunque parece ser verídico según la bibliografía actual, pensamos que está infraestimado por las limitaciones del estudio. Si bien los resultados muestran que el foco respiratorio es el mayoritario, no se debe olvidar el resto de posibles focos. Además, se debe insistir en la importancia de promover hábitos de prevención en nuestras unidades a la hora de manejar la vía aérea según las recomendaciones de los Proyectos Zero y las guías actuales.

#### 149. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD Y EL DESARROLLO DE INFECCIONES POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN EL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE SORIA

Garrido de la Rosa J, Alvarado López FJ, Ugalde Azpiaz MJ, González Solano S, Hernández de Diego C, Lorenzo Andrés M, Torres Briegas M y Aldea Mansilla C

Hospital Santa Bárbara (C. A. de Soria), Soria.

**Objetivos:** Describir los factores de riesgo asociados al desarrollo de infección por *Clostridium difficile* (ICD) en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de las variables clínicas, tratamientos previos al diagnóstico, factores de riesgo y pronóstico a partir de un registro de pacientes del Servicio de Microbiología Clínica que incluye aquellos pacientes con clínica sugestiva de ICD, a los que se les realizó una prueba de detección de toxina de *C. difficile*, PCR multiplex gastrointestinal y coprocultivo, desde enero 2022 hasta diciembre de 2023 en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 77 casos de ICD, 48 hombres (62,3%) y 29 mujeres (37,7%). Se observó que los pacientes que precisaron ingreso en UCI fueron principalmente varones (84%,  $p < 0,02$ ), que presentaron mayor mortalidad (83%,  $p < 0,05$ ). Entre los antecedentes médicos presentes al ingreso destacaron la hipertensión arterial (58,4%), dislipemia (41,6%), diabetes mellitus (31,2%), inmunosupresión por diferentes causas (22,1%) y enfermedad renal crónica (20,8%) asociándose este último de forma significativa con un aumento de la mortalidad ( $p < 0,003$ ). En cuanto a la estancia hospitalaria, la media fue de 19 días y los pacientes que habían recibido largos ciclos de antibioterapia previa al ingreso cursaron ingresos más prolongados y una mayor tasa de mortalidad. De todos los pacientes con ICD, un total de 57 (74%) había recibido antibiótico previamente, penicilinas (31,2%), cefalosporinas (27,3%) y carbapenémicos (20,8%). Fallecieron 23 pacientes (29,9%) siendo mayor la mortalidad en los pacientes que adquirieron ICD en el medio hospitalario.

**Conclusiones:** El principal factor de riesgo para desarrollar ICD es el consumo de antibióticos, que se incrementa cuanto más larga sea la duración del tratamiento. Otros factores relacionados son la hospitalización prolongada, el sexo masculino, edad avanzada, inmunosupresión y enfermedad renal crónica, asociándose este último con un aumento significativo de la mortalidad.

#### 150. MEJORANDO RESULTADOS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Pérez del Pozo P, Yagüe Zapico R, Febles Díaz FJ, Molina Gómez MF, Ruiz-Oliva Cortés J, Cabo Sela AI, Gutiérrez Martín SM y Díaz Domínguez FJ

Hospital de León (C. A. U. de León), León.

**Objetivos:** Analizar las características las bacteriemias intra-UCI en el año 2023 comparándolas con las estudiadas en el 2022.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de las bacteriemias que recoge el Registro ENVIN en el año 2023. Como variables a estudio se analiza el tipo de bacteriemia, las tasas de incidencia y los gérmenes aislados.

**Resultados:** Durante el 2023 se registró un total de 11 bacteriemias primarias ( $n = 11$ ), de las cuales 4 fueron asociadas a catéter venoso central (CVC) y las 7 restantes fueron de origen desconocido. Esto genera una tasa de incidencia de 1,13 bacteriemias por 1.000 días de CVC, con una ratio de utilización de 0,73. La respuesta inflamatoria en las bacteriemias primarias fue de sepsis grave en el 100%. En comparación con el 2022, se objetiva un descenso en el número total de bacteriemias que fue de 23, de las cuales 15 fueron asociadas a CVC, con una tasa de incidencia de 4,40 por 1.000 días de CVC. Con respecto a la etiología de las bacteriemias asociadas a CVC (BACVC), el principal germen aislado fue el *S. epidermidis* (80%) y el 20% restante correspondió a *E. faecalis*. El lugar de inserción de CVC fue yugular en un 50%. En las de foco desconocido destacó como principal agente etiológico el *S. epidermidis* (62,5%), seguido de *E. faecalis*, *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*; sin embargo, en el 2022 el principal fue *P. aeruginosa*. Las bacteriemias secundarias a otros focos fueron 8, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 1,65 bacteriemias por 1.000 días de estancia, 3 de ellas secundarias a infección respiratoria, 2 a infección del tracto urinario, 1 a infección de partes blandas y la restante a infección del sistema nervioso central. En todos los casos se produjo una respuesta de sepsis grave. El principal germen aislado fue *P. aeruginosa* (37,5%), seguido de *S. marcescens* (25%) y en un 12,5% *S. aureus*, *C. glabrata* y *E. coli* por igual. En comparación con el 2022 se produce un cambio de etiología, ya que el germen principal fue *K. pneumoniae*.

**Conclusiones:** Con la instauración de los Proyectos Zero se objetiva un descenso en la incidencia de las bacteriemias primarias. Los gérmenes predominantes en las bacteriemias primarias, tanto en las asociadas a CVC como en las de foco desconocido siguen siendo protagonistas los Gram positivos. El diagnóstico y la prevención de las bacteriemias secundarias continúa siendo un reto en nuestro campo. La sepsis grave como respuesta inflamatoria determina el pronóstico de los pacientes. Continúa siendo imprescindible la optimización de los Proyectos Zero y la formación del personal sanitario en los mismos, para mejorar la situación actual.

#### 151. COMPARATIVA DE ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ITU ASOCIADAS A SONDAJE VESICAL TRAS RECICLAJE EN PROYECTO ITU ZERO

Muñoz Moreno JF, Peral Santos A, Espinosa González C, Rubio Prieto E, Segovia García de Marina L, Marín Marín C, Hernández Gozálves G, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV y Magro Martín M

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Describir la características etiológicas y epidemiológicas de los pacientes que desarrollan infecciones de tracto urinario (ITU) asociadas a sondaje vesical (SV). Comparando los datos obtenidos previo y posterior al reciclaje en proyecto ITU Zero, con la mayoría de las tasas.

**Métodos:** Registro observacional, prospectivo, que recoge las ITU que desarrollan los pacientes ingresados más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real en el periodo de julio de 2022 a noviembre de 2023. Consta de dos unidades con un total de 21 camas. Comparación de las variables: Edad, sexo, APACHE II, precocidad de la ITU, tipo de microorganismo y *exitus* durante el ingreso hospitalario.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio 45 pacientes que desarrollan una ITU asociada a SV. Un primer grupo de 34 pacientes registrados en 2022 previo al reciclaje en ITU Zero y un segundo grupo de 11 pacientes registrados en 2023 tras iniciar los reciclajes. No han presentado diferencias significativas en edad, APACHE II, precocidad y sexo, aunque este último cerca de la significación estadística. Edad media de 70,18 años en 2022 y 69,73 años en 2023 ( $p = 0,87$ ), APACHE II de 17,38 en 2022 y 18,91 en 2023 ( $p = 0,61$ ), 85% (5/34) de ITU precoces en 2022 y 81% (2/11) en 2023. Destaca con significación estadística la disminución de bacterias gram positivas en el aislamiento de ITU asociada a SV, bajando del 24% (8/34) en 2022 a ningún caso en 2023.

**Conclusiones:** Con el reciclaje en ITU Zero se ha conseguido disminuir las tasas de infección a los niveles nacionales, destacando un menor número de infecciones por gram positivos, que se relacionan con la manipulación y el manejo del sondaje vesical. No se han apreciado cambios significativos en el resto de las variables estudiadas.

Lunes, 13 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### NEFROLOGÍA/DEPURACIÓN EXTRARRENAL I

11:40-12:00 - Pantalla 10

Moderador: Jesús Emilio Barrueco Francioni

#### 152. EFECTO DE LA VASOPRESINA SOBRE EL DESTETE DE LAS TERAPIAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Hurlé Peláez I, Tuya de Manuel P y Casares Vivas M

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

**Objetivos:** Valorar si la vasopresina tiene un efecto beneficioso en el destete de las TCRR. Calcular el número de pacientes con *shock* séptico tratados con TCRR que recibieron tratamiento con vasopresina.

**Métodos:** En una UCI de 14 camas y durante un periodo de seis meses se incluyeron en el estudio un total de 19 pacientes con el diagnóstico de *shock* séptico e insuficiencia renal aguda AKIN III excluyendo a menores de 14 años y aquellos que tenían como antecedente insuficiencia renal categoría  $\geq$  G4A1. Tras el periodo de resucitación con fluidos se inició tratamiento con noradrenalina y tras aumentarse a una dosis a 0,3-0,5 ug/kg/min se asoció vasopresina hasta un máximo de 0,03 UI/min vía ev. La perfusión con vasopresina se mantuvo al menos 48 horas tras lo cual se desescaló si la dosis de noradrenalina era  $<$  0,25 ug/kg/min en un periodo de 12-24 horas. Se calculó el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento con vasopresina asociada a noradrenalina durante las primeras 24 horas del tratamiento con hemodiafiltración (HF) y posteriormente se evaluó el éxito en el destete de aquellos que habían recibido tratamiento con vasopresina vs. los que no la habían recibido. Para evaluar la asociación entre estas dos variables se calculó la p correspondiente al test de Fisher para una diferencia de proporciones. Posteriormente, para calcular la OR de vasopresina se realizó una regresión logística donde la variable dependiente fue la reconexión y la independiente la administración de vasopresina al ingreso.

**Resultados:** De los 19 pacientes, 5 (26,3%) fueron tratados con vasopresina y noradrenalina en las primeras 24 horas del tratamiento con HF, tres de ellos con dosis máxima de vasopresina (0,03 UI/min) y dos con dosis máxima de 0,02 UI/min. La conclusión del análisis estadístico fue que en los pacientes con vasopresina al ingreso se reintroduce TCRR en un 66% menos aunque sin significación estadística.

**Conclusiones:** Nuestros resultados parecen indicar que el uso de vasopresina en los pacientes con *shock* séptico e insuficiencia renal en tratamiento con HF, el uso de vasopresina podría ayudar a una mejoría precoz de la función renal y en consecuencia a una retirada exitosa de las TCRR, sin embargo son necesarios más estudios con mayor número de casos para llegar a una conclusión.

#### 153. ¿PUEDE EL FLUJO DE LA VENA PORTA OBTENIDO POR DOPPLER SER PREDICTOR DEL ÉXITO EN LA DESCONEXIÓN DE LAS TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO (SS)?

Hurlé Peláez I, Tuya de Manuel P y Casares Vivas M

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

**Objetivos:** En pacientes con SS tratados con TCRR, valorar si el índice de pulsatilidad (IP) de la vena porta  $<$  30% medido en las últimas 24 horas del tratamiento, mejora el éxito del destete de las TCRR con respecto a aquellos con un índice  $>$  30%. Medir el número de pacientes con datos de congestión venosa medida con el IP de la vena porta dentro de las últimas 24 horas previas a la retirada del hemofiltro.

**Métodos:** Durante seis meses en una UCI médica de 14 camas hemos incluido a 19 pacientes con el diagnóstico de SS en tratamiento con TCRR excluyendo a pacientes menores de 14 años y aquellos con antecedentes de insuficiencia renal  $\geq$  G4A1. A todos los pacientes se les realizó una medición del flujo de la vena porta mediante doppler pulsado en el intervalo de tiempo comprendido entre 24 horas antes y la retirada del hemofiltro. En todos ellos se calculó en índice de pulsatilidad

mediante la fórmula: Índice de pulsatilidad de la vena porta =  $(V_{max} - V_{min})/V_{max}$ . Según los resultados obtenidos se dividió la congestión venosa de la siguiente manera:  $<$  30% normal, 30-49% congestión media,  $>$  50% congestión grave. Para evaluar si existía relación entre el grado de congestión y el éxito del destete de la TCRR (desconexión del hemofiltro sin necesidad de reintroducirlo antes del día 7) se calculó si había diferencias significativas entre aquellos con IP  $<$  30% con los que tenía un IP  $>$  30% a la hora de realizar el destete. Para la asociación de las dos variables se calculó la p correspondiente al test de Fisher para una diferencia de proporciones y posteriormente, para calcular la OR se realizó una regresión logística univariante donde la variable dependiente fue la reconexión y la independiente el IP.

**Resultados:** Los pacientes con IP  $<$  del 30% asocian reconexión un 25% menos que aquellos con IP  $>$  30% (IC95% 89% menos a 394% más). El IC del 95% incluye el valor nulo.

**Conclusiones:** El grado de congestión venosa de la vena porta fue similar para el grupo con el IP  $>$  30% que para el grupo con un IP  $<$  30%. Al comparar las diferencias con el destete de las TCRR de ambos grupos no las hallamos, aunque aquellos en los que la congestión era menor se asociaron con la reconexión en un 25% menos; debemos concluir que el grado de congestión de la vena porta no influye en el éxito del destete del hemofiltro en pacientes con SS. Sin embargo, creemos que los resultados obtenidos pueden ser debidos a que el tamaño muestral es pequeño y por lo tanto los intervalos de confianza van a ser siempre grandes. Pensamos que se trata de un problema de potencia lo cual nos anima a continuar aumentando la población para eliminar este sesgo.

#### 154. ANÁLISIS E INCIDENCIA DE PACIENTES CON NECESIDAD DE HEMODIÁLISIS Y HEMODIAFILTRACIÓN CONTINUA

Courseon García C<sup>1</sup>, Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Cremades Navalón I<sup>1</sup>, Carrasco González E<sup>1</sup>, Romero Sánchez AB<sup>1</sup>, Rico Lledó MJ<sup>2</sup>, Serrano Navarro JM<sup>1</sup>, Vigil Velis M<sup>1</sup>, Llamas Fernández N<sup>1</sup> y Ortín Katnich L<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Analizar los pacientes que requieren hemodiálisis y/o hemofiltración continua (HD/HFC) como motivo de ingreso en UCI, necesidad de fármacos vasoactivos, días de estancia y mortalidad.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI en un periodo de seis meses, desde el 1 de enero del 2023 hasta el 30 de junio del 2023. Se recogieron datos demográficos, motivos de ingreso, necesidad de fármacos vasoactivos, días de estancia y mortalidad.

**Resultados:** Analizamos un total de 410 pacientes, de los cuales solo 36 pacientes precisaron HD/HFC siendo el 55,6% varones y el 44,4% mujeres. La edad media fue de 65,31 años. La causa más frecuente de ingreso en UCI por este motivo fueron pacientes que presentaban insuficiencia renal crónica precisando diálisis convencional (34,5%) seguido por aquellos que precisaban diálisis por intoxicaciones agudas (31,3%). En el 52,8% de los casos precisaron drogas vasoactivas para poder realizar el tratamiento. La mortalidad fue del 16,7% dentro de los 36 pacientes que requirieron ingreso para HD/HF. La estancia media fue de 8,9 días de media.

**Conclusiones:** La incidencia de ingreso en UCI de pacientes que precisan HD/HF es baja representando un 8,7% de ingresos por este motivo siendo la causa más frecuente la necesidad de continuar con diálisis convencional en pacientes principalmente quirúrgicos y siendo el segundo motivo más frecuente la necesidad de intoxicaciones que precisan HD/HF. Más del 50% de estos pacientes precisan drogas vasoactivas para aplicar las técnicas requiriendo en más de la mitad de los casos combinar las terapias con hemofiltración continua por la inestabilidad hemodinámica siendo la mortalidad más baja dentro de todos los tipos de ingreso.

#### 155. UTILIDAD DEL PROTOCOLO VEXUS COMO PREDICTOR EN EL DESTETE DE TÉCNICAS CONTINUAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA (TCDE) EN UNA UCI POLIVALENTE. DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO

Hurlé Peláez I, Tuya de Manuel P y Casares Vivas M

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

**Objetivos:** El protocolo VExUS es un protocolo ecográfico que valora el grado de congestión venosa mediante el Doppler de los flujos de las

venas hepática, porta, cava inferior y renales. El objetivo del estudio es valorar si en los pacientes con terapia renal continua, los datos desfavorables de congestión se asocian a mayores fracasos en la retirada de las TCDE.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo, incluye pacientes ingresados en UCI en un periodo de 6 meses que precisan TCDE durante su ingreso en UCI por cualquier causa. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos y de resultado. Variables cuantitativas se expresan como media ( $\pm$  DE) y mediana (mínimo-máximo), variables cualitativas como porcentaje. Presentados los datos descriptivos.

**Resultados:** 19 Pacientes. Edad media  $66,8 \pm 10$ . 73,7% varones. IMC  $29,5 \pm 5,64\%$ , HTA  $68,4\%$ , DM  $27,3,7\%$ , DL  $47,4\%$ , ERC previa  $15,8\%$ , anti-HTA  $42,1\%$ . UCI: propofol  $73,7\%$ , fentanilo  $78,9\%$ , BNM  $10,5\%$ , VMI  $94,7\%$ . TCDE primeras 24 h: Qs  $185 \pm 35,8$  ml/min, diálisis  $661 \pm 436$  ml/h, Uf  $1.540 \pm 654$  ml/h, efluente  $26,5 \pm 6,42$  ml/Kg/h, extracción  $59,5 \pm 71,4$  ml/h. TCDE últimas 24 h: Qs  $183 \pm 30,9$  ml/min, diálisis  $355 \pm 449$  ml/h, Uf  $1270 \pm 687$  ml/h, efluente  $20,1 \pm 9$  ml/kg/h, extracción  $111 \pm 75,6$  ml/h. Catecolaminas primeras 24 h de TCDE: noradrenalina  $0,32 \pm 0,24$   $\mu$ g/kg/min, vasopresina  $0,02$  U/min. En las últimas 24 h de TCDE: noradrenalina  $0,195 \pm 0,196$   $\mu$ g/kg/min, ninguno tuvo vasopresina. VExUS primeras 24 h TCDE: Diámetro VCI  $21,1 \pm 4,19$  mm, V. hepática patrón normal de  $S > D$   $57,9\%$ , V. porta patrón normal  $< 30\%$  en el  $42,1\%$  y patrón moderado  $30-50\%$  el  $42,1\%$ , V. renales con patrón bifásico moderado en el  $42,1\%$ . 21% sin datos de congestión,  $42,1\%$  congestión leve,  $10,5\%$  moderada y  $5,3\%$  grave. VExUS 24 h previas a retirada TCDE: VCI  $19,4 \pm 2,8$  mm, V. hepática patrón normal de  $S > D$  en  $57,9\%$ , V. porta patrón normal  $< 30\%$  en el  $47,4\%$  y patrón moderado  $30-50\%$  el  $47,4\%$ , V. renales con patrón continuo normal  $42,1\%$  y bifásico moderado  $42,1\%$ . 42,1% sin datos de congestión, el  $42,1\%$  leve y  $5,3\%$  moderada. Diuresis en las 24 h previas a la retirada de TCDE  $< 400$  ml en el  $52,6\%$  y  $> 400$  ml en el  $47,4\%$ . Reintroducido TCDE al  $36,8\%$  de los pacientes en los 7 primeros días,  $26,3\%$  fue en las primeras 24 h.

**Conclusiones:** Poca extracción en las primeras horas de TCDE. En la mayoría de los pacientes se pudieron bajar e incluso suspender las catecolaminas en las últimas 24 h de TCDE con respecto al inicio de las mismas. 1/3 requirieron reintroducir las TCDE en los primeros 7 días, la mayoría en las primeras 24 h. Parece que los datos de congestión mejoran en las últimas 24 h de TCDE con respecto a las primeras 24 h, haría falta una muestra más grande.

## 156. FACTORES DETERMINANTES EN EL BALANCE HÍDRICO ACUMULADO Y SU INFLUENCIA EN EL PRONÓSTICO: DESCRIPCIÓN RETROSPECTIVA DE UNA COHORTE Y SUS RESULTADOS CLÍNICOS

Posadas Pita GJ, Artola Blanco M, Bueno González AM, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Mamolar Herrera N, Renedo Sánchez-Girón GP y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y los resultados de pacientes ingresados en una UCI polivalente, determinando la evolución clínica según su balance hídrico acumulado (BHA) en el periodo de enero a junio de 2023.

**Métodos:** Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes ingresados más de 10 días por cualquier motivo en una UCI polivalente en el periodo comprendido entre enero y junio de 2023. Se registraron variables clínicas y datos demográficos. Se correlacionó BHA a las 24 h, 48 h, 72 h, 7 d y 14 d del ingreso con datos al ingreso y de pronóstico. Resultados analizados estadísticamente expresados como media (IC95%), frecuencia (%), t de Student y regresión logística, según correspondía.

**Resultados:** Se Incluyeron 51 pacientes, de los que el 72,5% eran varones. Como antecedente al ingreso, el 21,5% presentaban fallo cardiaco y el 11,7% fallo renal. El motivo de ingreso fue en el 31,3% de causa respiratoria, 25,5% neurológica, 21,5% sepsis, 7,8% cardiaca, 7,8% politraumatismo y 5,9% digestiva. La mortalidad intra-UCI fue del 21,6%, mientras que a los 30 días y 90 días al alta de UCI fue del 28% y 32% respectivamente. El 80,4% precisó ventilación mecánica y el 27,5% de depuración extrarrenal. El resto de variables se describen en la tabla.

	Media	IC95%
Edad	51 a	26-80 a
APACHE-II	20	6-36
BHA 24 h del ingreso	362 ml	3.600-5.100 ml
BHA 48 h	1.321 ml	5.500-5.900 ml
BHA 72 h	2.410 ml	7.300-7.440 ml
BHA 7 d	4.397 ml	12.200-19.715 ml
BHA 14 d	9.094 ml	6.200-85.300 ml
Días UCI	25 d	10-87 d
Días hospital	39 d	10-135 d
Días Ventilación mecánica	14,4 d	0-40 d
Prealbúmina (pALB) ingreso	16,3 mg/dL	6,5-38 mg/dL
pALB 7ºd	21 mg/dL	4,5-46 mg/dL
pALB 14ºd	22mg/dL	10-49 mg/dL
Proteína C reactiva (PCR) ingreso	85 mg/L	1-568 mg/dL
PCR 7ºd	110 mg/L	1-292 mg/L
PCR14ºd	98 mg/L	1-450 mg/L
Ferritina ingreso	1.127 ng/mL	24-18.000 ng/mL
Ferritina 14ºd	961 mg/dL	69-9.600 ng/mL
Transferrina (TNF) ingreso	162 mg/dL	55-300 mg/dL
TNF 7ºd	811 mg/dL	85-2.020 mg/dL

**Conclusiones:** En nuestra serie, el motivo de ingreso  $> 10$  días más frecuente fue la causa respiratoria, de los que el 80,4% precisan ventilación mecánica. De ellos, más de 7 de cada 10 ingresos corresponden a varones. Se aprecia un incremento de la pALB durante el ingreso, sugestivo de un adecuado manejo nutricional durante el mismo. La tendencia en nuestra unidad es a BHA positivos, se puede correlacionar con estancia y con mortalidad.

## 157. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD: CARACTERÍSTICAS Y SITUACIÓN DE LOS PACIENTES DE UVI EN HEMODIÁLISIS VERSUS HEMODIALFILTRACIÓN

Bustamante Munguira E, de Pedro Sánchez MÁ, Artola Blanco M, Bustamante Munguira M, Sancho Moreno A, Coca Rojo A, Franco Martí M, Alcalde Susi R y de la Torre Vélez P

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Detectar las principales diferencias, en cuanto a situación y confort de los pacientes en diálisis convencional frente a aquellos que se someten a hemodiafiltración durante 3 meses (oct-dic) 2023 en una uvi terciaria.

**Métodos:** Cohorte observacional prospectiva con intervención (diálisis-hemofiltro), se analizan variables demográficas, escalas de dolor y confort así como terapia en pacientes ingresados en oct-dic 2023, se establece una cohorte de 8 pacientes.

**Resultados:** 8 pacientes de los cuales 5 (62,5%) son mujeres frente a 3 (37,5%) varones. Edad media: 59,5 años. Apache II medio: 17 con 24% de probabilidad de muerte. Factores de riesgo: 52% HTA, 25% insuficiencia renal crónica, 15% diabetes mellitus, 25% inmunodepresión. Motivo de ingreso: shock séptico 25%, IRA 50%, PCR 12,55 Pancreatitis aguda grave 12,5%. Mortalidad intra-UCI 12,5%. Estancia media: 27,3 días. 87,5% requirió ventilación mecánica frente a 12,5% no. El acceso venoso: 60% VYD, 30% SD, 5% FD 5% FI. En la fase inicial de observación todos requirieron aminas y precisaron terapia de hemodiafiltración continua, posteriormente se procede a comparar filtro frente a diálisis.

	TAm	FCm	Aminas	EVA	Sedación
Diálisis	109,65	75,25	12,5%	0,42	10%
Hemofiltración	63,31	104,97	87,5%	3,42	80%

**Conclusiones:** La estabilidad clínica y necesidad de aminas (dosis dependiente) son los parámetros que nos van a marcar la diferencia entre diálisis y filtro, nuestra pequeña cohorte así lo muestra, iniciando la diálisis en el periodo de estabilidad o recuperación clínica. En cuanto al dolor, se observa menos dolor (movilizaciones o por UPP) en pacientes en diálisis probablemente porque ya están en fase de recuperación frente a hemofiltración. El dolor en aquellos pacientes sedados y con aminas se observa en las movilizaciones o aseos. No existen diferencias entre las observaciones de mañana y tarde, si bien es cierto el paciente refiere estar más cansado en la tarde. Al no existir turno de diálisis nocturna no permite dicha comparación.