

165. IMPACTO DEL RETRASO EN INGRESO EN UCI DESDE URGENCIAS POR SEPSIS/SHOCK SÉPTICO SOBRE LA MORTALIDAD

Reina Martínez FJ¹, Jiménez Vázquez C², Amaya Rodríguez I², Puppo Moreno A¹, Estella García Á³, Armengol de la Hoz MÁ² y Garnacho Montero J⁴

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

²Departamento de Big Data, Fundación Progreso Y Salud. Consejería de Salud Y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla. ³Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ⁴Hospital Universitario Virgen Macarena (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla.

Objetivos: Analizar la influencia del retraso en el ingreso en la UCI desde Urgencias en la mortalidad de enfermos con patologías infecciosas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de carácter analítico, sobre pacientes con diagnóstico de sepsis/*shock séptico* que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde urgencias de la base de datos eICU, de carácter multicéntrico de 200 UCI de Estados Unidos. Se seleccionan aquellos sujetos mayores de 16 años, procedentes de urgencias y que ingresan por cuadro de sepsis o *shock séptico* con estancia superior a 24 horas. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas relacionadas con el ingreso y foco infeccioso así como el tiempo de estancia en urgencias hasta ingreso en UCI y la mortalidad como variable dependiente principal. Para determinar la interacción entre mortalidad y tiempo de estancia en urgencias se elabora un modelo predictivo mediante *Generalized Additive Model (GAM)*, que contemple la participación de variables independientes secundarias. Los análisis se realizaron utilizando el *software R studio* versión 4.3.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 9.678 pacientes con ingreso en UCI por sepsis/*shock séptico* procedentes de servicios de urgencias. En una fase preliminar de elaboración y validación del modelo, se identifican como factores de riesgo para una mayor mortalidad de estos pacientes la edad (OR 1,019, IC95% [1,004, 1,033], $p < 0,01$), el sexo masculino (OR 1,17, IC95% [1,00, 1,37], $p = 0,05$), el APACHE Score (versión IV) elevado (OR 1,04, IC95% [1,04, 1,04], $p < 0,001$). La presencia de Diabetes mellitus se muestra como protector en esta fase (0,78, IC95% [0,62, 0,99], $p < 0,01$) y la enfermedad oncológica (OR 1,66, IC95% [1,14, 2,43], $p < 0,01$). En relación con la variable de interés, se encuentra en el modelado realizado una relación estadística-

mente significativa, no lineal entre el tiempo de estancia en urgencias hasta el ingreso en UCI y la mortalidad de los pacientes con sepsis/*shock séptico* ($p < 0,001$).

Conclusiones: Una mayor estancia en Urgencias antes de ingresar en UCI se asocia de forma significativa a un incremento de mortalidad en pacientes con sepsis/*shock séptico*. Estos hallazgos confirman la necesidad de ingresar precozmente en UCI a estos pacientes y que conlleva beneficios en términos de reducción de mortalidad. El desarrollo de un modelo predictivo de mortalidad en esta población puede permitir conocer las asociaciones del retraso en el ingreso y otras características de los pacientes.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales**INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS IV**

16:45-18:15 - Sala 114

Moderadoras: Paula Ramírez Galleymore/
Nieves Carbonell Monteón

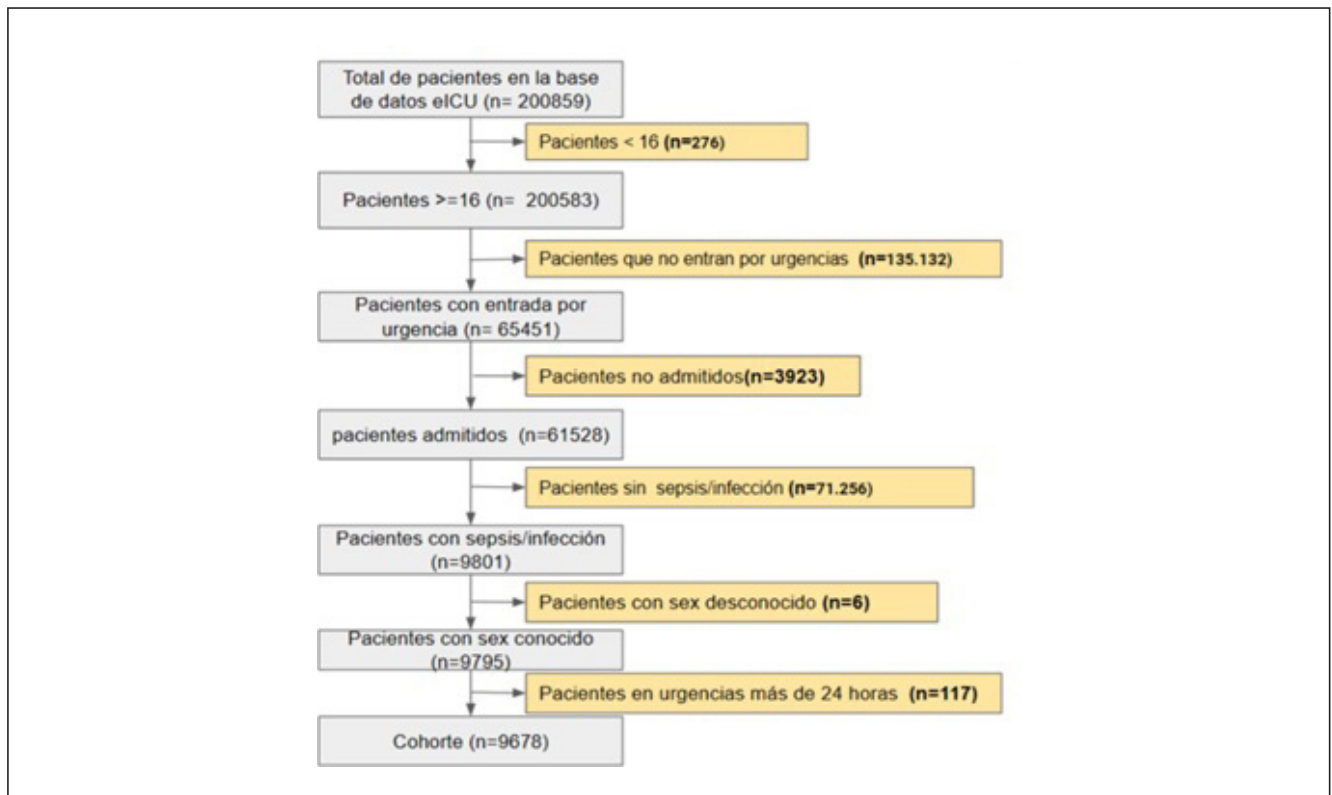
166. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EN PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINAR

Amor García MÁ, Manzano Moratinos D, Manteiga Riestra E, Muñoz Leal C, Tejera Gude JF, Dos Santos Alvernia FC y Avilés Parra JP

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

Objetivos: Establecer un equipo multidisciplinar constituido por facultativos de los servicios de Medicina Intensiva, Farmacia y Microbiolo-

Figura Comunicación 165



gía referente en el manejo infeccioso del paciente crítico. Analizar los resultados pre y posintervención de actividad del equipo, consumo y prescripción de antimicrobianos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: En abril de 2022, se constituyó el equipo PROA como grupo de trabajo de UCI con seis intensivistas referentes en patología infecciosa, un farmacéutico con dedicación a la unidad y un microbiólogo para la información sobre resultados de cultivos y multiresistencias. Se estableció la rutina de trabajo con una reunión semanal para la revisión del aspecto infeccioso de todos los pacientes ingresados en la unidad y se seleccionaron los antimicrobianos PROA: carbapenémicos, piperacilina/tazobactam, ceftazidima/avibactam, ceftolozano/tazobactam, linezolid, daptomicina, tigeciclina, voriconazol, equinocandinas y anfotericina B. Se analizaron los ingresos, con y sin antimicrobiano prescrito, en el periodo pre (octubre 2020 a marzo 2022) y posimplementación (abril 2022 a septiembre 2023). Se registraron los episodios, pacientes y antimicrobianos prescritos revisados. Para evaluar el impacto del grupo PROA, se analizaron los consumos globales de antimicrobianos (grupos ATC J01 y J02), antimicrobianos PROA, carbapenémicos y antifúngicos, así como los días sin antimicrobiano.

Resultados: En el periodo preimplementación se registraron 316 pacientes con ingreso superior a 24 horas, 229 con antimicrobiano prescrito (72,5%) respecto a 399 en el posimplementación, de los cuales 225 tenían prescrito un antimicrobiano (56,4%). Se revisaron 517 episodios de ingreso, con una mediana de 7 pacientes por semana (RIC 6-8) y antibiótico prescrito en 4 (RIC 2-5). El consumo global de antimicrobianos (en DDD/100 estancias-mes) se redujo en el periodo posimplementación de 270,9 a 182,0; antimicrobianos PROA de 170,0 a 86,0; carbapenémicos de 29,4 a 16,7 y antifúngicos de 97,5 a 30,5; con diferencias estadísticamente significativas en todos los casos ($p < 0,01$). Respecto a las estancias totales, se pasó de 832/4.704 (17,7%) a 1.090/3.423 (31,8%) días sin antimicrobiano ($p < 0,01$).

Conclusiones: La presencia de un equipo multidisciplinar PROA en UCI es una iniciativa dirigida a mejorar el abordaje infeccioso de los pacientes críticos, con un enfoque completo de todos los factores implicados. Aporta importantes ventajas en reducción de consumo y días con antimicrobiano, con focalización en aquellos de alto impacto ecológico.

167. RENTABILIDAD DE HEMOCULTIVOS EN PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL ¿QUÉ PODEMOS APRENDER?

Avilés Parra JP, Manzano Moratinos D, Dos Santos FC, Gómez Santos R, Amor García MÁ y Manteiga Riestra EM

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

Objetivos: Describir la tasa de positividad de hemocultivos (HC) en pacientes que han requerido ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Describir la tasa de positividad de hemocultivos (HC) en pacientes que han requerido ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo incluyendo a pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla desde 1/01 hasta el 31/12 del 2022 con extracción de HC en las 72 horas previas o durante el ingreso en UCI. Variables: sociodemográficas, escala de gravedad al ingreso en UCI (APACHE II y SOFA), tipología de pacientes según la etiología de ingreso, resultado de los HC extraídos, tratamiento antibiótico concomitante a la extracción y ámbito hospitalario en que se realizó la extracción de la muestra. Las variables continuas son expresadas como mediana y rango intercuartílico; las variables cualitativas son expresadas como porcentaje. Los datos han sido analizados con IBM SPSS statistics 25.

Resultados: Se incluyen 99 muestras de HC de pacientes ingresados en UCI, con una edad de 68 años (50-75); el 72% hombres; con un APACHE II 18 (12-21) y un SOFA 6 (4-7). La mayor parte de muestras analizadas correspondía a enfermos ingresados por causa médica (87%), seguido por pacientes quirúrgicos, oncológicos y cardiológicos respectivamente. La tasa de positividad global fue de 20,2%, con un 2% de muestras consideradas contaminadas. 64,6% de los HC se extrajeron en la UCI, 25,3% en urgencias y 10,1% en planta de hospitalización. De los HC extraídos en UCI, la tasa de positividad fue del 13%; frente al 40% de los extraídos en urgencias y 20% en planta de hospitalización. De las

extracciones realizadas en UCI, 38 fueron bajo presión antibiótica (60%), con una tasa de negatividad del 84%, positivas el 8% y contaminadas el 8%. En la urgencia, una única muestra se extrajo bajo presión antibiótica con resultado negativo.

HEMOCULTIVOS. LOCALIZACIÓN Y PRESIÓN ANTIBIÓTICA					
LUGAR EXTRACCIÓN			ATB		Total
			NO	SI	
UCI	HC	NEGATIVO	18	32	50
		POSITIVO	5	3	8
		CONTAMINADO	3	3	6
	Total	26	38	64	
URGENCIA	HC	NEGATIVO	12	1	13
		POSITIVO	10	0	10
		CONTAMINADO	2	0	2
	Total	24	1	25	
HOSPITALIZACIÓN	HC	NEGATIVO	1	3	4
		POSITIVO	1	1	2
		CONTAMINADO	3	1	4
	Total	5	5	10	
Total	HC	NEGATIVO	31	36	67
		POSITIVO	16	4	20
		CONTAMINADO	8	4	12
	Total	55	44	99	

Conclusiones: La tasa de positividad de los HC extraídos en UCI es inferior a la observada en los extraídos en urgencias y hospitalización. La mayoría de los HC extraídos en UCI se obtienen bajo tratamiento antibiótico, con una tasa de negatividad alta. Es probable que la presión antibiótica esté jugando un papel en la escasa rentabilidad de HC en UCI. Debería continuarse el estudio de los factores implicados en la extracción que pudieran artefactar el resultado (técnica de extracción, signos y síntomas que justifiquen la obtención, tratamiento de la muestra, etc.).

168. LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA REDUCE LA TASA DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN INTRA-UCI EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO ANTES Y DESPUÉS DE SU IMPLANTACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE QUEMADOS

Colmenero Calleja C, Pérez Torres D, Canas Pérez I, Ticona Espinoza TG, Berezo García JA, Cuenca Rubio C, Díaz Rodríguez C, Sánchez Ballesteros J, Fernández Rodríguez L y Martín Luengo AI

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Evaluar el efecto de la implementación de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) sobre la tasa de incidencia de infecciones en una Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCIQ).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en UCIQ de 5 camas, comparando periodos pre y posimplementación de DDS, en 2019. Se incluyeron pacientes con criterios de ingreso en UCIQ desde 2017 a 2023 (interrumpido temporalmente por la pandemia COVID-19), excluyendo estancias < 48h o con *Abbreviated Burn Severity Index* (ABSI) ≥ 12 puntos (supervivencia predicha < 10%). Se registraron variables clínicas, características de la quemadura, infecciones intra-UCIQ y desenlaces. Resultados presentados como media \pm DE, mediana (P_{25} - P_{75}) o frecuencia (%). Se aplicó χ^2 , t de Student o U de Mann-Whitney, según correspondiera, así como regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, de los cuales 45 (62,5%) recibieron DDS. Características de los pacientes en periodo sin vs. periodo con DDS: edad 61,8 \pm 3,5 vs. 58,1 \pm 2,9, $p = 0,4$; varones 74 vs. 67%, $p = 0,5$; APACHE-II 19 (15-23) vs. 13 (11-18), $p < 0,01$; porcentaje de superficie corporal quemada 20 (11-30) vs. 20 (12-30), $p = 0,9$; lesión por inhalación 29,6 vs. 20%, $p = 0,4$; ABSI 7 (6-9) vs. 7 (6-8), $p = 0,9$; días ventilación mecánica (VM) 14 (7-29) vs. 12 (4-31), $p = 0,8$; días estancia UCIQ 42 (17-54) vs. 29 (13-58), $p = 0,8$; mortalidad intra-UCIQ 19 vs. 16%, $p = 0,7$. La incidencia de infección intra-UCIQ se describe en la tabla 1. Se construyó un modelo de regresión logística para analizar la relación entre variables predictoras y desarrollo de infección intra-UCIQ, que resultó significativo (LR χ^2 (7) = 26, pseudo $R^2 = 0,27$, $p < 0,001$) (tabla 2).

	Periodo sin DDS (n = 27)	Periodo con DDS (n = 45)	OR (IC95%) (DDS vs. no DDS)	p
Infección intra-UCIQ, %	77,8	46,7	0,25 (0,09-0,72)	< 0,01
Bacteriemia, %	25,9	17,8	0,62 (0,20-1,89)	0,4
Neumonía, %	11,1	0	0 (0-0,72)	0,02
IPPB, %	40,7	28,9	0,59 (0,22-1,59)	0,3

	OR (IC95%)	p
APACHE-II, por punto	1,12 (0,98-1,28)	0,09
Edad, por año	0,99 (0,96-1,02)	0,48
Sexo femenino	2,86 (0,74-11,1)	0,13
SCQ, por %	1,05 (1,01-1,11)	0,04
Lesión por inhalación	2,23 (0,45-11,10)	0,32
Necesidad de VM	2,3 (0,53-10,07)	0,27
DDS	0,17 (0,04-0,75)	0,02

Conclusiones: En pacientes quemados críticos, la administración de DDS se asocia con una reducción significativa de la tasa de infección intra-UCIQ, tras ajustar por factores de confusión.

169. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL FALLO RESPIRATORIO DE LOS PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS QUE INGRESAN EN UCI

López Olivencia M¹, Muñoz Mingarro Molina D¹, Higuera Lucas J², Marín Ráez R¹, Paredes de Dios N¹, Blandino Ortiz A¹, García Plaza S¹, Boado Varela V², de Pablo Sánchez R¹ y Soriano Cuesta C¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: Identificar la causa del fallo respiratorio en pacientes inmunosuprimidos en UCI mediante un protocolo activo y precoz de búsqueda invasiva microbiológica.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico en dos UCI de 3er nivel (enero 2022-noviembre 2023) donde se incluyen pacientes inmunosuprimidos que presentan a su ingreso en UCI fallo respiratorio, excluyendo pacientes con pronóstico vital < 48 h. Inmunosupresión incluye hematológicos, cáncer activo, tratamiento inmunosupresor y SIDA. Fallo respiratorio se define: puntuación escala SOFA respiratorio > 1 punto y requerimientos de GNAF, VMNI o VM. Protocolo de búsqueda activa al ingreso UCI: A todo paciente en VM sin contraindicación para la misma se realizó fibrobroncoscopia en las primeras 24 h (realizando lavado bronquioalveolar con cultivos determinación de GM-BAL, B-G-glucano y carga viral CMV). A todo paciente incluido: hemocultivos, urocultivo, PCR nasofaríngea virus respiratorios, determinación galactomanano sérico, B-G-glucano, viremia CMV, antigenurias neumococo y *Legionella*. Datos epidemiológicos recopilados y resultados comparados con χ^2 .

	N 66 pacientes
EDAD MEDIA (media +/- desv est)	61.5 +/- 12.4 años
SEXO MASCULINO (n, %)	39/66 (43.9%)
PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS (n, %)	40/66 (60.6%)
PACIENTES ONCOLÓGICOS (n, %)	13/66 (19.7%)
PACIENTES TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR (n, %)	10/66 (15.1%)
PACIENTES SIDA (n, %)	3/66 (4.5%)
SOFA SCORE (media +/- desv est)	7.7 +/- 4.0 puntos
APACHE II SCORE (media +/- desv est)	22.6 +/- 8.9 puntos
SAPS II SCORE (media +/- desv est)	44.9 +/- 14.5 puntos
ESTANCIA MEDIA UCI (media +/- desv est)	13.6 +/- 15.5 días
VENTILACIÓN MECÁNICA (n, %)	37/66 (56.1%)
DÍAS VENTILACIÓN MECÁNICA (media +/- desv est)	7.6 +/- 13.5 días
ALTO FLUJO (n, %)	43/66 (65.1%)
DÍAS ANTIOTERAPIA (media +/- desv est)	5.1 +/- 3.6 días

Tabla 1. Datos epidemiológicos y resultados clínicos.

Resultados: Ingresaron 66 pacientes inmunosuprimidos en UCI (hospital 1 n = 42; hospital 2 n = 24). La tabla detalla datos epidemiológicos y resultados clínicos. Se realizó fibrobroncoscopia en un 75,7% (28/37)

de los pacientes en VM. Según los hallazgos de cultivos y pruebas complementarias, se clasificaron los pacientes en 4 grupos: 1: No infección: 12/66 (18,2%); 2: Indeterminado: 3/66 (4,5%); 3. Sospecha infecciosa sin identificación microbiológica: 17/66 (25,8%). 4. infección probada: 4a - Neumonía: 27/66 (40,9%); 4b - Foco extrapulmonar: 7/66 (10,6%). A pesar de la búsqueda activa, en el 30% de los casos no se logró un diagnóstico certero para la etiología del fallo respiratorio. La mortalidad UCI global 23/66 (34,84%). 11/20 (55%) que fallecieron en UCI, no tenían diagnóstico microbiológico o etiológico (grupos 1 y 4) vs. 12/46 (26,1%) del grupo con diagnóstico (grupos 2 y 3) p 0,002.

Conclusiones: A pesar de un protocolo de búsqueda activa, el 30% de los pacientes mantiene incertidumbre etiológica, asociada a una mayor mortalidad. Se necesitan nuevos biomarcadores, como la tecnología transcriptómica, para ayudar a realizar un diagnóstico preciso, temprano y la optimización de la antibioterapia, evitando riesgos innecesarios.

170. INDICADORES CALIDAD USO DE ANTIMICROBIANOS EN UCI POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Torres Sánchez E, Godoy Boraita S, Roca García L, Vasco Castaño FD, Saldaña Fernández T, Sena Pérez CC y Álvarez Rodríguez J

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Los antimicrobianos constituyen uno de los fármacos más utilizados en las Unidades de Cuidados intensivos, y por tanto susceptibles de utilización inadecuada tanto en su indicación como en duración. Un indicador de calidad es la medida cuantitativa que se utiliza para evaluar la calidad en un área determinada, deben medirse sistemáticamente y comparar los resultados con un valor de referencia. Describiremos de acuerdo a diferentes indicadores, la calidad en el uso de antimicrobianos en una UCI Polivalente en un hospital de 2º nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizan los datos recogidos entre 1 julio de 2022 y 30 junio de 2023 para plataforma ENVIN-HELICS, y se elaboran los indicadores de calidad en el uso de antimicrobianos en UCI. Los indicadores y estándares de calidad son los recomendados en la literatura por expertos del grupo coordinador ENVIN-HELICS.

Resultados: Se recogen datos de 285 pacientes (se excluyen pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intermedios de nuestro Servicio). 61% son varones. Mediana de edad: 63,4 años. Desviación estándar (DE) 13,9 años (rango entre 18 y 92 años). APACHE 2 medio: 17,7 puntos (DE 7,3). SAPS 3 medio: 58,8 puntos (DE 16,1). La estancia media es de 10,5 días (DE 12,9 días). El 82% presentan patología médica (3% son coronarios). El 21% de los pacientes que ingresan presentan inmunosupresión. Tasa de infección por multirresistentes: 1,69/100 pacientes; 2,13/1.000 días de estancia. El 86% de los pacientes reciben antimicrobianos (indicador estándar pacientes con antibióticos/pacientes estudiados < 100), relación de días sin antibiótico/días totales de estancia: 0,20 (estándar 0,3-0,4). Tasa tratamientos dirigidos: 27% (indicador estándar > 30%). Tasa de antibiótico empírico inadecuado 16% (indicador estándar 10%). Tasa de tratamientos cambiados: 15,5% (estándar < 35%) un 45% de estos cambios por reducción de espectro (estándar > 20%) y los restantes por mala cobertura (17%) o mala evolución clínica (30%).

Conclusiones: Se observan tasas de uso de antimicrobianos dentro de los estándares. Destacamos indicadores por debajo de lo recomendado en relación a tratamientos empíricos adecuados y tasas algo elevadas de ajuste por cobertura no óptima, que se podrían relacionar con cambios en la epidemiología local y perfil de resistencias. Se deben implementar mecanismos de mejora en el conocimiento de estos cambios y optimizar la cobertura empírica inicial, disminuyendo el fallo terapéutico y el aumento de multirresistencias, que conllevan aumento en la morbimortalidad e incremento de costes.

171. EVALUACIÓN DE LA INCIDENCIA DE PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES TRAS IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA (DDS) EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE NUESTRO CENTRO (CHUMI)

Oller Carbonell G y Carrillo García T

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Evaluar si la implementación del protocolo de descontaminación digestiva selectiva (DDS) en la Unidad de Medicina Intensiva

Figura 1 Póster 171

Tabla 3. Comparativa antes-después de la IA de colonización/infección por MMR en pacientes sometidos a Descontaminación Digestiva Selectiva

Indicadores de colonización/infección en pacientes dados de alta de UMI				
	n	IA (%)	DI (%)	I.C. 95% (IA, %)
Estudio basal	41	12,2	3,2	(5,3-25,5)
Seguimiento prospectivo	24	4,2	1,7	(0,7-20,2)

(UMI) influye en la aparición de colonización/infección por microorganismos multirresistentes (MMR) al alta de la UMI.

Métodos: Estudio observacional prospectivo que comprende dos periodos de tiempo de tres meses cada uno, previo y posterior a la implementación del protocolo de DDS en la UMI. El primer periodo (marzo-mayo 2023) incluye una muestra de 41 pacientes dados de alta de UCI, como criterio de inclusión: edad > 18 años, paciente con al menos un cribado de vigilancia, no haber recibido protocolo DDS durante el ingreso en UMI. El Segundo periodo (agosto-octubre 2023) incluyó una muestra inicial de 45 pacientes. Como criterios de inclusión: edad > 18 años, paciente con al menos un cribado de vigilancia, haber recibido protocolo DDS durante el ingreso en UMI. Tras un proceso de depuración de los datos, se obtuvo un listado final de 24 pacientes en los que se había aplicado el protocolo DDS. En ambos casos, a los pacientes incluidos en el estudio se les realizó un cribado (frotis rectal y de muestra clínica cuando estaba indicado) al ingreso en planta de hospitalización convencional; así como a los 7, 14, 30, 60 y 90 días desde el alta de UMI, en caso de que permaneciera ingresado en el hospital.

Resultados: De los 24 pacientes a los que se realizó seguimiento prospectivamente en el segundo periodo (implementado protocolo DDS en UMI), se detectó 1 paciente positivo a algún patógeno multirresistente (KPC-OXA 48) que no portaba previamente (IA 4,2%). Estos resultados se comparan con los hallazgos del primer periodo (no implementado protocolo DDS), de los 41 pacientes incluidos, 5 pacientes resultaron positivos a algún MMR (IA 12,2%). Los aislados fueron 3 KPC-OXA 48, 1 *Pseudomonas aeruginosa* MBL- VIM y 1 *Enterobacter cloacae* MBL- NDM. El riesgo relativo de la aplicación de DDS para una posterior colonización/infección por MMR es de 0,34 (IC 0,04-2,75).

Conclusiones: Un potencial aumento de las resistencias a antibióticos tras la utilización de Descontaminación Digestiva selectiva ha sido preconizado en ocasiones por varios autores aunque los resultados de otras publicaciones indican lo contrario. Dado el reducido tamaño mues-

tral, no es posible establecer conclusiones estadísticamente significativas. No obstante, son datos prometedores que indican que, tras varios meses de aplicación de la DDS en los pacientes críticos de nuestro hospital, se detecta una tasa de colonización por MMR menor a la detectada en el estudio basal previo a la implementación del protocolo.

172. EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN UCI: UN ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

Kadi Ayad S, Kadi Ayad S, Iñigo Morras E, Badallo Arévalo O, Higuera Lucas J, Hoya González C, Rivas Bilbao A, Rubio Gaztelu M, Seijas Betolaza I y Boado Varela MV

Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: Tras la pandemia por SARS-CoV-2 hemos experimentado en nuestra UCI del H. U. Cruces, un notable aumento en el número de pacientes ingresados por infección grave por *S. pyogenes*. Este estudio tiene como objetivo analizar si hubo diferencias entre las características de los pacientes que ingresaron desde el 2018 al 2021, y los que ingresaron posteriormente.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la UCI por infección grave por *S. pyogenes* entre desde el 2018 al 2023. Dividimos la población de estudio en dos grupos: grupo prepandemia, pacientes ingresados entre 2018-2021, y grupo pospandemia, los ingresados entre 2022-2023. Comparamos ambos grupos. Analizamos la edad, sexo, comorbilidades (HTA, DM, insuficiencia cardiaca, EPOC e insuficiencia renal), gravedad, presentación clínica y mortalidad en UCI.

Resultados: Se recogen un total de 19 pacientes en este periodo. 9 casos entre 2018-2021 y 10 casos posteriores. Las características de los grupos se muestran en la tabla.

Tabla Póster 172

	Muestra	2018-2021	2022-2023	p significación estadística
n	19	9	10	
Antecedentes personales				
Edad	60,2 ± 13,7	60,3 ± 14,1	60,2 ± 14,13	p = 0,98
Sexo, hombres	42,1%	55,5%	30%	p = 0,255
Hipertensión arterial	26,3%	11,11%	40%	p = 0,184
Diabetes	21%	11,11%	30%	p = 0,33
Insuficiencia cardiaca	21%	33,33%	10%	p = 0,249
Insuficiencia renal	15,7%	22,22%	10%	p = 0,458
Cirrosis	0%	-	-	-
EPOC	26,3%	44,4%	10%	p = 0,119
Neutropenia	5,2%	11,1%	0%	p = 0,474
Ingreso en UCI				
SOFA	7,55 ± 3,86	8,3 ± 3,4	6,77 ± 4,3	p = 0,41
SAPS III	65,4 ± 16,9	66,4 ± 17,5	64,5 ± 17,23	p = 0,81
Ventilación mecánica invasiva	63%	66,6%	60%	p = 0,57
SDRA	31,5%	22,2%	40%	p = 0,37
ECMO VV	5,2%	0%	10%	p = 0,526
ECMO VA	10,5%	0%	20%	p = 0,263
Fallo renal agudo	89,5%	77,7%	100%	p = 0,211
SSTS	57,9%	55,5%	60%	p = 0,6
Shock séptico	84,2%	88,88%	80%	p = 0,542
Mortalidad UCI	21%	33,3%	10%	p = 0,249
Presentación clínica de la infección				
Infección de piel y partes blandas	63,1%	66,6%	60%	p = 0,445
Neumonía	31,5%	22,2%	40%	p = 0,37
Origen comunitario	94,7%	88,88%	100%	p = 0,474
Fascitis necrotizante	26,3%	33,3%	20%	p = 0,44
Bacteriemia por <i>S. pyogenes</i>	73,7%	77,77%	70%	p = 0,556

Conclusiones: A pesar de que hemos experimentado un aumento en la frecuencia de ingresos en UCI de infección grave por *S. pyogenes*, pasando de 9 pacientes en 4 años a 10 pacientes en 2 años, no observamos diferencias significativas entre las características de ambos grupos.

173. TASAS DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASIVOS (INFORMES ENVIN)

Lobo Palanco J¹, Álvarez Lerma F², Nuvials Casals X³, Catalán González M⁴, Gracia Arnillas MP², Mas Bilbao N⁵, Gimeno Costa R⁶ y Escriba Bércena A⁷

¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Hospital del Mar, Barcelona. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁶Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Analizar la tasa de bacterias multirresistentes (BMR) en los pacientes con infecciones relacionadas con dispositivos invasores (IDRI) en pacientes ingresados en UCI durante los periodos de vigilancia del registro ENVIN del año 2019-2023.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyen todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN entre los años 2019 y 2023. Se han identificado como BMR las incluidas en el manual del registro ENVIN. Las BMR se clasifican como presentes al ingreso en UCI (aisladas en las primeras 48 horas de ingreso en UCI) y adquiridas en UCI (aisladas a partir de las 48 horas de ingreso). La tasa se expresa como BMR por cada 100 pacientes. Se reflejan las tasas en los pacientes con neumonías relacionadas con ventilación mecánica (N-VM), bacteriemias primarias (BP) e infecciones del tracto urinario relacionadas con sonda uretral (ITU-SU).

Resultados: Se han incluido 687 pacientes con N-VM, 591 con ITU-SU y 409 con BP. En la siguiente tabla se expone las tasas totales, previa y durante de los BMR en las tres IRDI, expresado en BMR/100 pacientes con IRDI. En los datos se constata que la tasa de BMR en pacientes con IRDI es muy alta, mayor del 40% de los pacientes. La mayor tasa se demuestra en N-VM, seguido de BP y por último ITU-SU. En todos los casos la adquisición de BMR es mucho más frecuente durante su ingreso en UCI, siendo lo más frecuente en ITU-SU. No clara repercusión de la pandemia COVID en estas tasas.

	2019	2020	2021	2022	2023	Media
Pacientes con N-VM						
Tasa total (%)	47,01	53,22	42,02	46,41	47,31	47,19
Tasa previa (%)	7,1	6,44	5,5	7,06	9,32	7,08
Tasa durante (%)	39,91	46,78	36,52	39,35	37,99	40,11
Pacientes con ITU-SU						
Tasa total (%)	41,43	45,53	39,31	39,51	42,3	41,62
Tasa previa (%)	7,34	5,33	10,28	7,97	10,83	8,35
Tasa durante (%)	34,08	40,21	29,03	31,54	31,47	32,27
Pacientes con BP						
Tasa total (%)	47,61	46,46	38,95	51,46	44,99	45,89
Tasa previa (%)	6,76	6,64	5,72	10,88	10,27	8,05
Tasa durante (%)	40,85	39,82	33,23	40,59	34,72	37,8

Conclusiones: En los pacientes con IRDI, las tasas de BMR es mucho mayor que en el resto de pacientes sin IRDI. La tasa de BMR adquiridas en UCI es mucho mayor que las aisladas al ingreso.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2023/48603/001.

174. SDRA POR COVID PERSISTENTE EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB. ¿DEBEMOS AMPLIAR EL TRATAMIENTO CON REMDESIVIR EN UCI?

Furquet López B, Moreno Sánchez J, Giménez Pascual J, Palacios Piqueres S, García Martí S, Guglieri Soler A, Gil García S, Blasco Iborra L, Solera Suárez M y Blasco Ciscar E

Hospital Francesc de Borja, Valencia.

Objetivos: Analizar la evolución de los pacientes con inmunodepresión secundaria a rituximab e infectados por SARS-CoV-2 que ingresan en UCI e intentar buscar nuevas opciones terapéuticas para dichos pacientes.

Métodos: Hemos realizado una revisión de todos los casos de pacientes con inmunodepresión debida a tratamiento con rituximab e infectados por SARS-CoV-2 que ingresan en UCI y de la bibliografía disponible al respecto.

Resultados: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de una cohorte de 7 pacientes que ingresan en nuestra unidad por SDRA crónico/subagudo en contexto de infección por COVID persistente secundario a inmunosupresión por anticuerpos monoclonales. En todos los casos ingresados durante 2022 y hasta el 06/12/2023 los pacientes presentaban mala evolución con hipoxemia refractaria al tratamiento disponible y con PCR persistentemente positiva con CT < 30. De los pacientes analizados únicamente 2 sobrevivieron. Todos los casos de *exitus* recibieron pauta de remdesivir habitual (5 días) con mala evolución posterior en forma de fracaso respiratorio acompañado de aumento progresivo de la carga viral. De los dos supervivientes, en uno de ellos se observa aumento del CT tras recibir el tratamiento antivírico. En el otro caso se observó un empeoramiento respiratorio progresivo tras recibir la pauta habitual asociado a un aumento de la carga viral, cuadro que se resolvió tras la administración de una segunda tanda de remdesivir durante 20 días, con un descenso de la carga viral aunque sin llegar a negativizar la PCR de COVID.

Conclusiones: El pronóstico de los pacientes en tratamiento con rituximab y SDRA por SARS-CoV-2 es malo. El remdesivir en pauta prolongada podría ser de utilidad en los pacientes con COVID persistente e inmunosupresión por anticuerpos monoclonales. Hacen falta más estudios y muestras de pacientes más amplias para poder afirmar la utilidad de la pauta antivírica prolongada.

175. RIESGO DE ADQUISICIÓN EN UCI DE CADA BACTERIA MULTIRRESISTENTE REGISTRADA EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UCI EN ESTOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (INFORMES ENVIN)

Lobo Palanco J¹, Álvarez Lerma F², Nuvials Casals X³, Catalán González M⁴, Gracia Arnillas MP², Mas Bilbao N⁵, Gimeno Costa R⁶ y Escriba Bércena A⁷

¹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ²Hospital del Mar, Barcelona. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁵Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁶Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁷Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Analizar el "ratio de BMR" (R-BMR) de cada bacteria multirresistente (BMR) registrada en el estudio ENVIN entre el año 2012-2023.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyen todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN entre los años 2012 y 2023. Se han identificado como BMR las incluidas en el manual del registro ENVIN. Se ha calculado el R-BMR definido como el número de BMR adquiridas durante la estancia en UCI dividido por el número total de BMR. Un R-BMR > 0,5 indica alto riesgo de adquirir una BMR durante estancia en UCI. Las BMR se clasifican como presentes al ingreso en UCI (aisladas en las primeras 48 horas de ingreso en UCI) y adquiridas en UCI (aisladas a partir de las 48 horas de ingreso).

	Acin R-IMP	BGN MR	E-BLEE	PA-MR	ERV	SARM	BGN-carbap
2012	0,77	0,63	0,58	0,65	0,44	0,36	0,61
2013	0,75	0,60	0,51	0,58	0,48	0,38	0,64
2014	0,70	0,51	0,43	0,57	0,27	0,21	0,58
2015	0,62	0,57	0,36	0,50	0,36	0,22	0,49
2016	0,65	0,44	0,33	0,52	0,39	0,19	0,59
2017	0,53	0,51	0,30	0,50	0,41	0,21	0,48
2018	0,49	0,43	0,28	0,50	0,39	0,20	0,44
2019	0,40	0,48	0,32	0,52	0,27	0,23	0,44
2020	0,84	0,66	0,52	0,74	0,59	0,41	0,80
2021	0,50	0,57	0,41	0,66	0,58	0,36	0,66
2022	0,56	0,60	0,31	0,63	0,35	0,24	0,57
2023	0,61	0,54	0,30	0,58	0,32	0,23	0,53

Acin R-IMP: *Acinetobacter* spp R-Imipenem; BGN MR: BGN multirresistente; E-BLEE: Enterobacteria-BLEE; PA-MR: *Pseudomonas* multirresistente; ERV: Enterococo resistente a vancomicina; BGN-carbap: BGN-carbapenemasa.

Resultados: Se han incluido 313.938 pacientes. En el siguiente gráfico se refleja el R-BMR de cada BMR registrada durante los años analizados. Se remarcan las celdas de implantación de Resistencia Zero (2014-2015) y de la pandemia COVID (2020-2021). En negrita se identifican las celdas con un R-BMR > 0,5. Se constata que tras el inicio de RZ, en el año 2014,

se disminuye el R-BMR de todas las BMR hasta valores < 0,5, salvo la PA-MR. En la pandemia, aumento del ratio de todos los BMR diagnosticándose más durante su ingreso salvo SARM. Durante todos los años el MARSa se diagnostica más al ingreso en UCI y la PA-MR más durante su ingreso. Progresivo descenso de todos los valores salvo el Acin R-IMP, sin llegar a valores pre-pandemia.

Conclusiones: RZ consigue disminuir el R-BMR hasta valores < 0,5 de todas las BMR salvo PA-MR. El MARSa se aísla más al ingreso y la PA-MR más durante el ingreso. Progresiva normalización tras la pandemia.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente nº: 2023/48603/001.

176. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN LA UCI POLIVALENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE. RESISTENCIA ZERO

Gómez Martínez L¹, Lafita López A¹, Egea González A¹, Blasco Lorente D¹, Rafales Perucha BI¹, Fraile Martínez T¹, Ocabo Buil P¹, Franquesa González E¹, López Claver JC¹ y Bueno Vidales N²

¹Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²Hospital Universitario Infanta Leonor (C. H. Infanta Leonor), Madrid.

Objetivos: Durante los últimos años se ha objetivado un aumento de pacientes colonizados por microorganismos multirresistentes (MMR) en nuestro servicio, por lo que, queremos analizar cómo afectan dichos organismos a nuestros pacientes y cuáles son los factores de riesgo principales.

Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico y analítico en una muestra de 581 pacientes ingresados en la UCI del HUSJ entre enero de 2022 y octubre 2023. Se realizó un análisis sobre el proyecto Resistencia Zero. Se recogieron características demográficas y clínicas de los pacientes. Realizándose análisis estadístico con coeficiente de correlación lineal de Pearson (covarianza/DE), t de Student y análisis de regresión de Cox.

Resultados: Se estudia un grupo de 581 siendo 395 hombres. 232 provenían de urgencias, 165 de otras plantas del mismo hospital, 111 de quirófano y 72 fueron trasladados desde otros centros. Se comparan dos grupos: los pacientes que no presentaron colonización durante el ingreso y los colonizados durante este, siendo la edad media de los pacientes ingresados de 65,8 años ± 15,69, sin existir diferencias estadísticamente significativas. El APACHE II en el grupo de colonizados fue de 17 ± 8,25 siendo estadísticamente significativa la diferencia (p < 0,05), al igual que el SAPS III en colonizados fue de 55 ± 19,32 (p < 0,01). La media de ingreso en UCI fue mayor en los pacientes colonizados 5 ± 19,33 (p < 0,01). Destacar que la mortalidad también fue notoriamente superior en el grupo colonizado (13,5 vs. 20,9%) siendo estadísticamente significativo (p < 0,05) y que existían factores de riesgo que se presentaban de manera importante en el grupo de colonización: colonización previa, toma de antibiótico durante 5 días o más en el último mes, tratamiento con hemodiálisis y/o diálisis peritoneal y colonización previa por un microorganismo multirresistente. Por último, destacar que aunque obtuvimos un total de 76 muestras positivas, solo presentaron bacteriemia 9 de dichas personas, siendo el patógeno un mayor porcentaje de bacteriemia la *Pseudomonas aeruginosa*.

Conclusiones: La sobreinfección por microorganismos multirresistentes en nuestra unidad aumenta la mortalidad. Además, aumenta la estancia en UCI en pacientes con una mediana de edad similar. Destacar que un porcentaje no desdeñable presentó bacteriemia tras haber estado colonizado por un MMR. Incidir, por tanto, que el cribado de dichos microorganismos es necesario, ya que, el conocimiento de estos nos ayudan a no propagar infecciones por microorganismos con un tratamiento limitado que tienen consecuencias fatales para nuestros pacientes.

177. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Álvarez Viloria A, Castro Gallardo P, Torrecilla Vall-Llossera B, Gras Martín L, Fernández de Gamarra Martínez E y Vera Artácoz P

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Describir la adecuación del tratamiento antibiótico en pacientes con neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) de acuerdo a las recomendaciones del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA).

Métodos: Análisis observacional, retrospectivo y unicéntrico, realizado en las unidades de pacientes críticos de un hospital terciario. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de NAVIM durante el periodo del 1 de

enero de 2021, hasta el 31 de julio de 2023. Se realizó diagnóstico de NAVIM con confirmación microbiológica mediante cepillado bronquial protegido o lavado bronqueoalveolar. Se recopilaron datos demográficos, microbiológicos, de tratamiento y evolución clínica. Se consideró tratamiento empírico adecuado, la prescripción de piperacilina/tazobactam, cefepime o meropenem (±) amikacina durante 7 a 14 días, según los protocolos del hospital. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se analizaron 88 pacientes, 75% hombres, cuya media de edad fue de 63 años. Los antibióticos empleados fueron piperacilina/tazobactam (n = 56), cefepime (n = 6) y meropenem (n = 23), asociados con amikacina (n = 57). El tratamiento empírico fue apropiado en el 89% (n = 78). Se desescaló el tratamiento inicial en el 17% (n = 15). Los patógenos identificados con mayor frecuencia fueron *Pseudomonas aeruginosa* (n = 29), *Klebsiella* spp (n = 18), *Staphylococcus aureus* (n = 16) y *Serratia marcescens* (n = 8). La duración promedio del tratamiento fue de 12 días (DE ± 6,7 mediana 12,63). El 23% de los pacientes recibieron tratamiento durante 7-9 días y el 63% durante al menos 15 días. En el 14% restante, se prolongó durante más de 15 días, por presentar complicaciones clínicas como neumonía necrotizante, absceso pulmonar o empiema.

Conclusiones: La elección de la antibioterapia empírica para la NAVIM y su duración, fueron adecuados según las recomendaciones del PROA y los resultados microbiológicos posteriores. La duración del tratamiento se puede optimizar e individualizar.

178. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS RESISTENTE A LINEZOLID EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Carrillo Auñón E, Varona Sáez de Ibarra R, Gutiérrez Hernández M, del Valle Ortiz M, Ossa Echeverri SA, Ortega Lafont M, Mantecón Vallejo MÁ, Miguel Domínguez A, Sáenz de Tejada PB y Ruíz Martínez A

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

Objetivos: Describir la incidencia del *Staphylococcus epidermidis* resistente a linezolid (SERL), describir las características clínicas de los pacientes y el consumo de linezolid (LN) en nuestra UCI.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los aislamientos SERL desde 2017-2023 (excluyendo 2020). Se definen las características clínicas de pacientes ingresados de 01/22-11/23 en una UCI de 27 camas. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y las cuantitativas en media (DE) y mediana (IQR). La identificación y sensibilidad se llevó a cabo mediante paneles de microdilución en caldo semiautomáticos (MicroScan Walk Away). Se utilizaron los puntos de corte de EUCAST para el cálculo y la interpretación de la CMI. El consumo de LN se expresa en DDDs/100 estancias.

Resultados: Se analizó un total de 47 pacientes desde 01/22-11/23. La media de edad 64,5 (± 13,3). El 76,6% hombres. La patología: médica 72,4%, cardíaca 6,4%, traumática 10,6% y neurocrítico 10,6%. La media de APACHE II: 24,3(± 9,5), mediana de estancia 44d (27;63) y del día de estancia del aislamiento: 21(11;41). La muestra de aislamiento: sangre periférica 38,3%, CVC 14,9%, respiratoria 42,6% y exudado de herida quirúrgica 4,2%. En el 10,6% fue multifocal. El 93,6% de los casos fueron colonizaciones y el 6,4% infecciones (bacteriemia). El 91,5% habían recibido tratamiento previo con LN con una mediana de duración de 7 ± (4,25;10). La mortalidad fue de 36,2% sin relación con el proceso infeccioso por SERL.

Año	Pacientes con S. EPID	Pacientes con SERL (%)	DDDs/100 estancias de LN
2017	81	29 (35,8%)	12,9
2018	85	31 (36,4%)	15,4
2019	69	20 (28,9%)	12,3
2021	132	76 (57,5%)	15,2
2022	75	27 (36%)	13,7
2023	77	20 (25,9%)	9,9

Conclusiones: La máxima incidencia de SERL fue en 2021 coincidiendo con periodo de pandemia y se correlaciona con un aumento del consumo de LN. En los dos últimos años la tendencia es descendente. La mayoría de los aislamientos corresponden a colonizaciones sin repercusión clínica relevante y sin mortalidad atribuible. Se debe seguir optimizando el uso de LN en la unidad para evitar la dispersión de este microorganismo y estudiar la clonalidad de los aislamientos.

179. INFECCIONES POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. ANÁLISIS DE CASOS DE 2016 A 2023

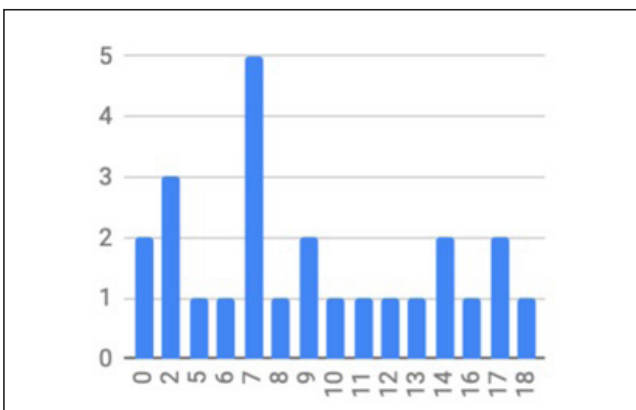
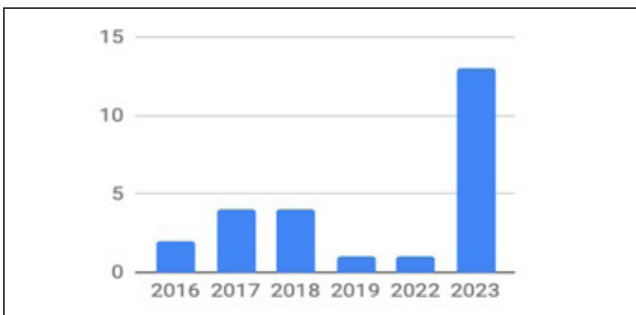
Tello Sánchez M, Huertas Marín C, Silva García C, García Moreno P y Blanco Huelga C

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Analizar la prevalencia y las características clínicas de los pacientes con infección por *Streptococcus pyogenes* que han ingresado en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla desde el año 2016.

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que han ingresado en la UCI del HUMV desde el 1 de enero de 2016 hasta el 30 de noviembre de 2023. Se han incluido todos los pacientes ingresados con infección por *Streptococcus pyogenes*, independientemente del foco. Las variables recogidas son: año de ingreso, edad, sexo, presencia de factores inmunosupresores, localización de la infección, infecciones concomitantes, desarrollo de bacteriemia, gravedad al ingreso (SOFA), necesidad de ventilación mecánica invasiva, necesidad de fármacos vasoactivos, presencia de síndrome de shock tóxico estreptocócico, necesidad de soporte con ECMO, necesidad de cirugía para control del foco infeccioso, uso de inmunoglobulinas y fallecimiento.

Resultados: Se han incluido 25 pacientes, 19 varones y 6 mujeres. La distribución por años ha sido: 2016 (n = 2), 2017 (n = 4), 2018 (n = 4), 2019 (n = 1), 2022 (n = 1) y 2023 (n = 13). El rango de edad fue de 32 a 82 años, con una edad media de 57,7 años y una mediana de 59 años. El 20% estaban inmunosuprimidos (n = 5) por tratamiento quimioterápico activo (n = 2), tratamiento inmunosupresor por enfermedad reumatológica (n = 2) y tratamiento inmunosupresor por trasplante renal (n = 1). La puntuación en la escala de SOFA fue de 0 a 18 puntos, con una media de 8,8 puntos y una mediana de 8 puntos. Los focos de infección fueron piel y partes blandas (n = 10), pulmonar (n = 6), desconocido (n = 9, con sospecha de origen en piel y partes blandas (n = 5), sospecha de origen respiratorio (n = 2) y sospecha de origen en el sistema nervioso (n = 1)). El 66,7% de los pacientes con foco respiratorio (n = 4) presentaban una coinfección por virus influenza. El 52% de los pacientes (n = 13) desarrollaron bacteriemia. El 80% (n = 20) necesitaron drogas vasoactivas, cumpliendo criterios de síndrome de shock tóxico estreptocócico el 55% de ellos (n = 11). El 45% de estos pacientes (n = 5) recibieron inmunoglobulinas y el 18% (n = 2) necesitaron asistencia con ECMO venoarterial. El 28% fueron sometidos a una intervención quirúrgica para controlar el foco infeccioso (n = 7). La mortalidad fue del 47% (n = 8).



Conclusiones: En el año 2023 ha aumentado de forma significativa el número de pacientes ingresados en UCI con infección por *S. pyogenes*. El foco primario más frecuente son las infecciones de piel y partes blandas, seguidas de las infecciones respiratorias. La mortalidad de las infecciones por *S. pyogenes* en UCI es muy elevada.

180. EPIDEMIOLOGÍA, TRATAMIENTO EMPÍRICO Y MORTALIDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) GRAVE

Serrats López P, Arenas Casanovas F, Millán Guilarte T, Raurich Puigdevall JM, Colomar Ferra A, Ayestarán Rota JJ, Soliva Martínez L, Ramis Munar F y Sánchez Martín J

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar la epidemiología, la adecuación del tratamiento antibiótico empírico y la mortalidad asociadas a la NAC que precisa ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de enero a noviembre de 2023 de las NAC que ingresan en UCI del Hospital Universitario Son Espases. Además de la microbiología, el tratamiento administrado y la mortalidad, se analizó el tiempo de ingreso, la necesidad de oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva, intubación orotraqueal, pronación, ECMO o traqueostomía, y el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo. Se define tratamiento empírico adecuado si es el indicado para todos los microorganismos aislados, parcialmente adecuado si lo es para alguno de ellos e inadecuado si no es correcto para ninguno de los aislamientos. Análisis estadístico mediante chi-cuadrado, t de Student, test de Mann-Whitney y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con NAC. La edad media fue de 60 ± 14 años, 29 (64%) fueron varones y el SAPS III medio que presentaron de 56 ± 13 puntos. La etiología de las infecciones fue: 16 bacteriana (36%), 11 vírica (24%), 9 mixta (8 coinfecciones virus y bacterias; 1 virus y hongo) (20%) y en 9 pacientes no se obtuvo confirmación microbiológica (20%). El tratamiento antibiótico empírico se ajustó a las guías de práctica clínica en 43 pacientes (95%). El tratamiento empírico fue: adecuado en 30 pacientes (67%), 11 fallecieron (37%); parcialmente adecuado en 4 pacientes (9%), 2 fallecieron (50%); e inadecuado en 11 pacientes (24%), 1 falleció (9%); sin diferencias significativas, $p = 0,13$. De las 13 infecciones tratadas de forma incorrecta 8 (61%) fueron víricas. En el análisis univariado las variables asociadas a la mortalidad fueron la edad (57 ± 15 vs. 67 ± 8 años, $p = 0,005$) y el SAPS III (53 ± 12 vs. 63 ± 11 , $p = 0,006$). Las variables no asociadas fueron el sexo ($p = 0,51$), el tiempo en la UCI ($p = 0,75$), y el hospital ($p = 0,09$), la ventilación mecánica ($p = 0,29$), el decúbito prono ($p = 0,75$) y la ECMO ($p = 0,54$). En el análisis multivariado presenta significación estadística el SAPS III (por cada punto, OR 0,075, $p = 0,025$).

Conclusiones: La mayoría de las infecciones tratadas incorrectamente fueron víricas. El fallo de tratamiento no se asocia a mayor mortalidad, siendo los factores asociados: edad y SAPS III. La adherencia a las guías clínicas se asocia a una baja tasa de tratamiento adecuado.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

CARDIOVASCULAR I

16:45-18:15 - Sala 131 + 132

Moderadores: Ignacio Pellín Ariño/
Lluís Zapata Fenor

181. EXPERIENCIA EN EL USO DE ARGININA-VASOPRESINA (AVP) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. PRIMEROS 12 MESES

Chicote Álvarez E, Lizama Gómez NG, Gómez Camino S, Íñiguez de Diego A, Bermejo Bravo A, Corta Iriarte L, Artabán Carpintero M, Abril Vitorino JM, Camino Ferró H y Feo González M

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

Objetivos: Conocer el uso y los resultados del fármaco arginina-vasopresina (AVP) en una Unidad de Cuidados Intensivos. Conocer las características de los pacientes en los que se utilizó así como su evolución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se recogieron datos de todos los pacientes ingresados en UMI en los que se usó AVP desde noviembre 2022 (inicio de AVP en el hospital) hasta noviembre 2023. Las variables recogidas se muestran en la tabla. Los datos fueron volcados a archivo Excel®. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, presentando los resultados en forma de porcentaje para las variables categóricas, y como media y desviación estándar para las variables cuantitativas continuas. La comparación entre grupos se realizó con la prueba de la ji cuadrado o la prueba exacta de Fisher para la comparación de proporciones y con la prueba t de Student para muestras independientes para la comparación de medias. Se efectuó un análisis comparativo clasificando los episodios en dos grupos: Supervivencia en UMI vs. No supervivencia en UMI. También se dividió entre pacientes con noradrenalina (NA) en el momento de iniciar AVP a $< 0,6 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ vs. dosis $\geq 0,6$.

Variables recogidas:

- Sexo.
- Edad.
- Estancia en UMI.
- Mortalidad en UMI.
- Diagnóstico de ingreso.
- APACHE II la ingreso.
- Dosis máxima de noradrenalina.
- Dosis de noradrenalina hasta que se inició AVP.
- Necesidad de ventilación mecánica.
- Necesidad de hemodiafiltración

Resultados: Se administró AVP en un total de 40 pacientes (28 varones, 70%) con una edad media de $66,37 \pm 10,3$ años. La mortalidad fue de 47,5%. La estancia media fue de 11,47 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron shock séptico en 26 casos (65%) y vasoplejia poscirugía cardíaca en 8 pacientes (20%) Se colocó HDFVVC en el 62,5% de los pacientes y precisaron ventilación mecánica el 95%. La media de puntuación en APACHE II fue de $21,03 \pm 7,48$ puntos, siendo entre los que fallecieron $24,63 \pm 6,81$ y entre los que no lo hicieron $17,76 \pm 6,61$ ($p < 0,05$). La mortalidad entre los pacientes en los que se inició AVP con dosis de NA $\geq 0,6 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ fue más alta respecto a la que se inició NA con menor dosis (62,50 vs. 25%) siendo estadísticamente significativo. Entre ambos grupos no hubo diferencias en APACHE II (21,92 vs. 19,69) ni en edad (65,69 vs. 67,25) La mortalidad entre los pacientes que presentaban shock séptico fue 53,84% y entre los que la indicación fue vasoplejia poscirugía cardíaca fue de 37,50%.

Conclusiones: Desde que se ha implantado AVP en nuestro centro cada vez tiene un mayor uso en los pacientes con shock distributivo. Comenzar el uso de AVP con dosis más bajas de NA se asoció con una menor mortalidad en UMI.

182. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS INTERVENIDAS POR PERSONAL DE UCI EN UN HOSPITAL TERCIARIO: ESTUDIO DE UNA COHORTE DE 2 AÑOS

Gómez Romero C, Cerezo Mejías AE, Gómez Martín AM, Pérez-Artacho Santos MV y Serrano Castañeda J

Hospital General la Mancha Centro, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR), el lugar, tiempo de llegada, la actuación médica de los profesionales avisados de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y el tipo de parada, así como explorar la supervivencia a los 30 días.

Métodos: Estudio de una cohorte de pacientes que sufren PCR desde el 1 de marzo de 2022 al 4 de diciembre de 2023 y que han requerido de asistencia de profesionales de la UCI, de la Gerencia de Atención Integrida de Alcázar de San Juan, que cubre una población de 184.000 personas. Se analizarán variables sociodemográficas de los pacientes, así como el tipo de parada y la asistencia de los profesionales a los pacientes. Las variables continuas serán representadas con media y desviación estándar (DE), usando la prueba t de Student o de Wilcoxon, tras com-

probar la normalidad con el test Kolmogórov-Smirnov. Las variables categóricas serán representadas mediante frecuencias y porcentajes (N, (%)) usando el test χ^2 de Fisher. El análisis estadístico fue realizado usando el software R versión 4,0.2. y se estableció una $p < 0,05$ para la significación estadística.

Resultados: Se analizaron un total de 52 pacientes en el periodo de estudio, de los cuales un 69% eran varones y la media de edad fue de 65 años (DE ± 15). Un 21% de los pacientes presentaban hábito enólico y eran fumadores. El 90% de las PCR fueron presenciadas y el 75% intrahospitalarias, siendo el Servicio de Urgencias (38%) el lugar más frecuente, iniciándose el soporte vital avanzado con más frecuencia por dicho personal (38%). El ritmo más frecuente fue la asistolia en un 63%, siendo el ritmo de salida más frecuente el sinusal (25%). El tiempo medio de reanimación cardiopulmonar (RCP) fue de 23 minutos (DE ± 19) con una mortalidad del 56%, siendo la causa más frecuente la hipoxemia (31%) seguido del origen metabólico (29%), decidiéndose en un 20% de los casos, adecuación del esfuerzo terapéutico a nuestra llegada. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,021$) entre el aislamiento de la vía aérea dentro de la parada con la supervivencia a los 30 días, no encontrándose diferencias entre la mortalidad con la llegada temprana del personal de UCI en < 3 minutos ($p 0,3$).

Conclusiones: Las PCR siguen siendo una intervención habitual de los profesionales de la UCI y su actuación puede considerarse satisfactoria. Sin embargo, sería preciso establecer medidas dentro de la estandarización del protocolo de atención a la PCR, destinadas a mejorar los resultados obtenidos de cara a optimizar la calidad de la asistencia de nuestros pacientes.

183. PREDICCIÓN DEL DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDIACA: UTILIDAD DE LA UBIQUITINA C-TERMINAL HIDROLASA L1

Rodríguez Pilar J, Sánchez Martín JA, Morell García D, Serrats López P, Arturo Rayo L, Huguet Embun L, Sánchez Asis S, Santes Berto M, Arévalo Cerón JR y Rodríguez Salgado A

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: La parada cardíaca (PC) supone una causa mayor de mortalidad. La lesión cerebral por fenómenos de isquemia-reperusión constituye la principal causa de muerte y resultado neurológico desfavorable tras el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La ubiquitina C-terminal hidrolasa L1 (UCH-L1) puede predecir la extensión del daño cerebral en pacientes con lesión cerebral hipóxico-isquémica. Analizamos la utilidad de la UCH-L1 en la predicción de resultado neurológico desfavorable al alta hospitalaria tras PC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados tras PC recuperada en una UCI de tercer nivel en 2022 y 2023. En todos los casos se realizó control de temperatura con dispositivo de superficie servorregulado. Se midieron niveles séricos de UCH-L1 al ingreso mediante plataforma Alinity i series (Abbott). Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, laboratorio y resultados de *Cerebral Performance Category* (CPC) como valoración del estado neurológico al alta. Se estableció como favorable un resultado CPC 1-2 y desfavorable CPC 3-5. Los resultados cuantitativos expresados en mediana y rango intercuartil p5-p95. Se realizó un análisis bivariable (U Mann-Whitney) y se correlacionó mediante Rho de Spearman. Se estimó el poder predictor de UCH-L1 para la presencia de resultado neurológico desfavorable mediante curva ROC del punto de corte con mejor rendimiento diagnóstico según índice J de Youden. Se consideró significación estadística del 5%.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes. Características: 66% hombres, Edad 65 años (44-79), PC extrahospitalaria 86%, PC presenciada 90%, Ritmo desfibrilable 62,5%, Lugar de atención (domicilio 31,5%, vía pública 31,5%), Tiempo hasta RCP 1 min (1-16), Tiempo de RCP 20 min (10-81). Causa de la PCR 74% cardiopatía isquémica. Resultado neurológico: CPC 1 34% CPC 2 6% CPC 3 5% CPC 5 55%. Se encontró correlación positiva entre UCH-L1 y CPC de $r = 0,60$ ($p = 0,00001$). En CPC favorable la UCH-L1 fue de $1.186 \text{ pg}/\text{mL}$ (p5-95: 114-6.510) y de $4.698 \text{ pg}/\text{mL}$ (p5-p95: 978-16.056) en CPC desfavorable ($p = 0,00001$). Se obtuvo un área bajo la curva ROC de 0,855 (IC95%: 0,848-0,862) con valores de UCH-L1 para predicción de CPC desfavorable superiores a $1.785 \text{ pg}/\text{mL}$. Odds ratio 3,72 (IC95%: 1,35-5,02) ($p = 0,009$); sensibilidad 93%, especificidad 75%, VPP 83%, VPN 88%.

Conclusiones: La determinación de niveles de UCH-L1 al ingreso en UCI tras parada cardíaca recuperada puede ser útil para el pronóstico. Valores superiores a $1.840 \text{ pg}/\text{mL}$ parecen indicar un incremento del riesgo de resultado neurológico desfavorable.

184. ENOLASA NEURONAL ESPECÍFICA A LAS 48 HORAS COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA

López Pérez G, Petito Núñez MM, Agudelo Giraldo VJ, Reguan Font G, Luna Solís S, Ávila Espinoza RS y Moreno González GJ

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Determinar si la enolasa neuronal específica (ENE) a las 48 h tiene una sensibilidad y especificidad similar a la de las 72 h para

el pronóstico de los pacientes después de una parada cardiorrespiratoria recuperada (PCR-R).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos (UCI) de noviembre de 2018 a noviembre de 2022 tras presentar una PCR-R extra (PCR-Re) o intrahospitalaria (PCR-Ri). Variables a estudio: edad, sexo, tiempos de reanimación cardiopulmonar (RCP), valores de ENE medidos a las 24, 48 y 72 horas desde la PCR y la mortalidad hospitalaria y en UCI. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas en me-

		Vivos UCI	Exitus UCI
Edad		56 +/- 15	59 +/- 13
Sexo	Mujer	16,4%	26,5%
	Hombre	83,6%	73,5%
Lugar PCR	PCR-Re	61,8%	74,1%
	PCR-Ri	38,2%	23,8%
Tiempos PCR (min)	Sin RCP	111,9 +/- 2,9	3,1 +/- 4,8
	RPC-B	4,9 +/- 5,6	5,3 +/- 5,6
	RCP-A	13,8 +/- 11,7	19,2 +/- 14,8
	Total	19,4 +/- 12,5	24,7 +/- 16
Enolasa 24 horas		29,5 (21,2-50)	72 (39-117)
Enolasa 48 horas		29,0 (17,0-40,5)	131 (53,5-296,5)
Enolasa 72 horas		27,0 (16,7-50,5)	151 (59-324)

Tabla 1. Distribución de los pacientes según su evolución en unidades de cuidados intensivos (UCI) hacia vivos o exitus tras evento agudo. Comparación en base a variables cualitativas, expresadas en porcentaje, y cuantitativas, expresadas en forma de media con desviación estándar o mediana con rango según su distribución o no paramétrica. UCI: Unidad de cuidados intensivos. PCR: Parada cardiorrespiratoria. PCR-Re: Parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. PCR-Ri: Parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria. RCP: Reanimación cardiopulmonar. RPC-B: Reanimación cardiopulmonar básica. RCP-A: Reanimación cardiopulmonar avanzada.

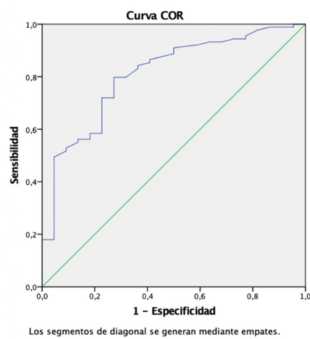


Figura 1. Enolasa a las 24 horas. AUC 0,809. Error estándar 0,05. IC95% (0,711-0,908).

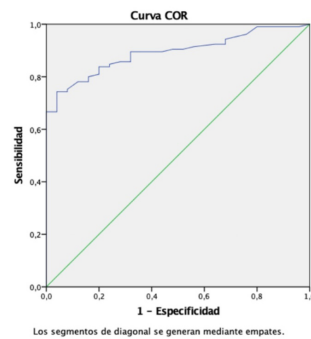


Figura 2. Enolasa a las 48 horas. AUC 0,892. Error estándar 0,028. IC95% (0,838-0,947).

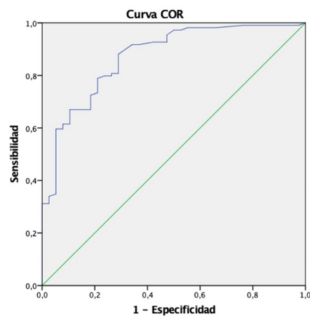


Figura 3. Enolasa a las 72 horas. AUC 0,872. Error estándar 0,033. IC95% (0,807-0,936).

días con desviación estándar o medianas con rangos, según su distribución. Para el análisis se usa χ^2 o t-Student o según las variables comparadas ($p < 0,001$). Se utilizaron curvas ROC para analizar la capacidad discriminativa de las mediciones de ENE a las 24, 48 y 72 h comparadas con el *exitus* del paciente en UCI.

Resultados: Se incluyeron 206 pacientes, 75% hombres, con media de edad 58 ± 14 años. Un 69,4% presentaron una PCR-Re y 27,2% una PCR-Ri. Del total 71,4% evolucionaron a *exitus*. Se realizaron dos grupos, *exitus* UCI versus vivos UCI. Los tiempos de PCR como las mediciones de ENE a las 24, 48 y 72 h difirieron en ambos grupos de forma significativa (tabla). Se generaron curvas ROC con la ENE a las 24, 48 y 72 h con un AUC del 0,809, 0,892 y 0,872 respectivamente (fig.).

Conclusiones: La determinación del pronóstico vital en pacientes que presentan una parada cardiorrespiratoria recuperada es compleja y precisa la combinación de varias técnicas. Las ENE son biomarcadores ampliamente utilizados en la práctica clínica habitual en forma de cinética seriada hasta las 72 horas del evento agudo. La determinación única o seriada hasta las 48 horas de ENE podría ser suficiente para establecer un mal pronóstico vital a largo plazo.

185. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÍTICO

Risco Torres P, Serrano Gómez C, Valiente Fernández M, Álvaro Valiente E, Blanco Otaegui N, Martín Badía I, Delgado Moya F, Lesmes González-Aledo A y Sánchez-Izquierdo Riera JA

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas, terapéuticas y pronósticas de los pacientes con cáncer de órgano sólido en tratamiento activo (COSTA) que ingresan por tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y comparar con los pacientes sin cáncer.

Métodos: A partir del registro de pacientes ingresados por TEP entre 2004 y 2022 en la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre en el que se recogen múltiples variables, se identificó a aquellos con COSTA al diagnóstico de TEP. De ellos se recogieron además variables oncológicas de interés. En el análisis descriptivo-comparativo se utilizó la proporción y las pruebas de χ^2 y test exacto de Fisher para las variables cualitativas y la mediana (rango intercuartílico) y la t de Student o t de Wilcoxon (según normalidad) para las variables cuantitativas. Se realizaron análisis de supervivencia a través del modelo Kaplan-Meier y la prueba de *log-rank*. Se realizaron análisis por regresión de Cox uni y multivariante para identificar factores relacionados con la mortalidad. Se utilizó el programa estadístico R y Rstudio.

Resultados: De los 356 pacientes ingresados por TEP, 21 (6%) presentaban COSTA. Mama y pulmón (30% cada uno) eran los cánceres más frecuentes seguidos de colon, próstata y endometrio (10% cada uno). 50% se encontraban en estadio IV, 30% en II y 20% en III. Solo 30% estaban en progresión o recaída concurrentemente al TEP. Solo se encontraron diferencias significativas en la edad (algo mayor en el grupo de COSTA: 67 vs. 57 años), en el SAPS3 (57 vs. 39) y en los D-dímeros (11.200 vs. 6.500 ng/ml), no encontrándose diferencias en el tratamiento de reperfusión ni en el soporte recibidos. Se encontró una mortalidad hospitalaria significativamente mayor en el grupo con COSTA [23,8 vs. 11%; HR 5,19 (1,15-23,37)]. Otros factores relacionados con la mortalidad fueron el ser mujer (HR 3,76), la parada cardiorrespiratoria (HR 3,85) y la ventilación mecánica [VM (HR 68,87)]. Al analizarse la supervivencia según COSTA en los grupos con y sin VM se encontró diferencia significativa en el primero pero no en el segundo.

Conclusiones: Los pacientes con COSTA ingresados en la UCI por TEP presentan un manejo terapéutico y un comportamiento clínico similares a los pacientes sin cáncer. Aun así, muestran mayor mortalidad hospitalaria, pudiendo deberse esta diferencia al subgrupo de pacientes con COSTA que requieren VM.

186. UTILIDAD DE LA ESCALA PITTSBURGH CARDIAC ARREST CATEGORY (PCAC) COMO PREDICTORA DE SUPERVIVENCIA TRAS PARADA CARDIACA

Sáez Felipe M, Vicente Miralles R, Zazo Sanchidrián MC y Jaime Sánchez FÁ

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Objetivo principal: valorar si la escala PCAC podría ser un buen predictor de supervivencia al alta hospitalaria tras sufrir una PCR.

Objetivos secundarios: analizar la epidemiología de las PCR ingresadas en la UCI centrándonos en edad, sexo, entorno de la PCR (intra o extrahospitalaria), ritmo inicial detectado, tiempo de PCR estimado, causa de la misma y destino al alta.

Métodos: Se recopilan los datos de todos los pacientes mayores de 18 años ingresados en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital General de Alicante desde el 1 de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2022 con diagnóstico de PCR, descartándose aquellos con datos incompletos y los pacientes con PCR secundaria a hipoxia por SARS-CoV-2. Se ha asignado retrospectivamente una puntuación en la escala PCAC basándose en la recopilación de los exámenes físicos y la necesidad de soporte vasoactivo u oxigenoterapia de cada paciente en las primeras 6 horas tras la recuperación de la circulación espontánea. Se analizan los datos mediante el programa Excel® utilizando el test χ^2 -cuadrado con corrección de Yates para estimar la utilidad de la escala PCAC. Se definió un valor alfa = 0,05.

Resultados: Se recogen 73 pacientes, de los cuales se incluyen 64 (62,5% varones y 37,5% mujeres). La edad media es de 62,87 años y el tiempo medio de parada es de 13,22 minutos. Ritmo no desfibrilable en 43 de ellos y desfibrilable en 21. 26 paradas son intrahospitalarias y 38 corresponden a PCR extrahospitalarias. Respecto a la causa, 27 de ellas han sido de origen cardíaco y 37 de origen extracardíaco. 54,68% de ellos resultaron *exitus* y 45,32% sobrevivieron. Respecto a la escala PCAC, un valor de 4 se asoció con un 0% de supervivencia; un valor de 3 con un 47% de supervivencia; un valor de 2 con un 60% de supervivencia; y un valor de 1 corresponde a una supervivencia del 90,9%. Según el análisis estadístico, se ha comprobado asociación estadísticamente significativa entre la escala PCAC y el *outcome* al alta ($p < 0,05$).

Conclusiones: La PCR sigue teniendo elevada morbimortalidad, sin embargo, la escala PCAC ha demostrado ser una herramienta valiosa para establecer pronóstico y supervivencia tras una PCR tanto de origen intrahospitalario como extrahospitalario. Esta escala es accesible para todos los profesionales y puede ser aplicada a los supervivientes de una PCR tras la recuperación de la circulación espontánea.

187. FIBRINOLISIS LOCAL GUIADA POR CATÉTER EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO

Cano Navarro M, Lafuente Sánchez M, Lorenzo Aguilar A, Garcés González R, Gudín Uriel M y Ferrer Puchol D

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es demostrar la eficacia de la fibrinólisis local guiada por catéter en pacientes con tromboembolismo pulmonar agudo de riesgo intermedio alto, siendo un procedimiento seguro dada la baja tasa de complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en Unidad de Medicina Intensiva polivalente. Los criterios de inclusión utilizados para definir TEP de riesgo intermedio-alto son: escala PESI > 86 puntos, estabilidad hemodinámica, signos de disfunción de ventrículo derecho (VD) en ecocardiografía (VD dilatado, excusión sistólica de anillo tricúspideo (TAPSE) y onda St lateral disminuidos), elevación de enzimas de daño miocárdico (troponinas). En estos pacientes seleccionados se realizó fibrinólisis local guiada por catéter *pigtail* (punto de acceso vena femoral o humeral) con administración de bolo de urokinasa 250.000 UI y posteriormente perfusión local de 100.000 UI/h durante 24 h. En algunos casos seleccionados el tratamiento se prolongó hasta 48h en función del componente trombótico en arteriografía. Se realizaron mediciones invasivas de presión pulmonar (PAPs). Tras la aplicación del tratamiento se llevó a cabo una ecocardiografía de control para valoración de función ventricular derecha. Las variables que se utilizaron para la demostración de la seguridad del procedimiento fueron los eventos adversos asociados a la misma, siendo tan solo en unos pocos casos sangrados menores.

Resultados: Se incluyeron en este estudio 62 pacientes (edad media 69 años). Se obtuvo éxito en la mayoría de los casos (3 de ellos sin mejoría radiológica ni PAPs con sospecha de TEP crónico). En el control angiográfico se observó disminución e incluso desaparición completa de carga trombótica con reperfusión pulmonar. En ecografía se objetivó recuperación función VD: TAPSE medio (14 mm -> 20,7 mm) y onda St lateral media (9,2 cm/s -> 12,6 cm/s). La PAPs media disminuyó de forma significativa 53,6 mmHg -> 38,1 mmHg. A nivel clínico se evita colapso de VD con progresión a inestabilidad hemodinámica. La supervivencia

al alta hospitalaria fue del 100%. No hubo complicaciones en relación a la técnica de riesgo vital.

Conclusiones: La estratificación en el TEP con selección de pacientes con riesgo intermedio-alto (sin criterios de fibrinólisis sistémica y con signos evidentes de disfunción de VD) es una opción segura y efectiva en los casos realizados en nuestro centro, evitando el colapso hemodinámico de los pacientes y sin asociar complicaciones de riesgo vital en relación al procedimiento y tratamiento.

188. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Marín Raez R, Muñoz-Mingarro Molina D, de Abreu Ramírez AA, González Fernández OA, Panduro M, Martínez Martínez C, Sainz J y de Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal es describir las características clínicas y evolutivas de pacientes atendidos por el equipo de atención a la parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria en nuestro centro. Como objetivo secundario: identificar alteraciones en las constantes vitales o síntomas potencialmente alarmantes en las horas previas a la PCR.

Métodos: estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes valorados por el equipo de atención a la PCR intrahospitalaria durante un periodo de 3 años. Se recogieron: variables demográficas, clínicas (servicio de ingreso, causa de PCR), relativas a la atención a la PCR (ritmo inicial, acciones terapéuticas), evolutivas (recuperación de circulación espontánea, alta hospitalaria), alteración en las constantes vitales o mención de síntomas potencialmente alarmantes en el comentario evolutivo de enfermería del turno previo a la PCR. El análisis estadístico se realizó con R 4.1.2 para Windows.

Resultados: 93 pacientes, 73% varones, mediana de edad de 73 años (RIC 59-81). Las causas de PCR, ritmo inicial, evolución y motivo de no inicio/interrupción de maniobras se recogen en la tabla. En 31 pacientes (33%) se identifica alteración de las constantes o aparición de síntomas potencialmente alarmantes, siendo los más frecuentes la desaturación (16%), hipotensión arterial (10%), trabajo respiratorio (7%) y oliguria (5%).

Servicio en el que ocurre la PCR	
Servicio médico	74%
Servicio quirúrgico/médico-quirúrgico	26%
Causa de la PCR	
Desconocida	35%
Insuficiencia respiratoria	23%
Relacionada con procedimientos	10%
Hemorragia	5%
Otros	27%
Ritmo inicial (sólo en PCR confirmada)	
Asistolia	80%
Actividad eléctrica sin pulso	13%
Fibrilación ventricular	5%
Taquicardia ventricular	2%
Evolución	
Falsa PCR	24%
No recupera circulación espontánea	51%
Fallece en UCI	5%
Sobrevive al alta hospitalaria	20%
Causas de no inicio/interrupción de RCP	
Falsa parada	62%
Mal pronóstico/Futilidad	35%
Orden de no RCP	3%

Conclusiones: En nuestro registro, la supervivencia tras un episodio de PCR intrahospitalaria es globalmente baja. Las causas identificables más frecuentes de PCR intrahospitalaria son la insuficiencia respiratoria y relacionada con procedimientos. En una considerable proporción de pacientes, se identifica alteración de las constantes vitales o aparición de síntomas potencialmente alarmantes durante las horas previas a la PCR.

189. ANÁLISIS DEL VASOACTIVE INOTROPIC SCORE EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO EN ADULTOS: ¿PODEMOS SER MÁS PRECOCES?

Catalán Muñoz V, Rodríguez Vasquez PE, Aguirre Martínez S y Quesada Díaz MDM

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

Objetivos: Demostrar la validez del VISmax (Vasoactive Inotropic Score máximo) en pacientes adultos con shock cardiogénico (SC) sin cirugía cardíaca a las 6 y 12 horas para valorar la implantación de asistencias ventriculares (AV) o su posible traslado precoz a hospitales más especializados (con ECMO).

Métodos: Se realiza estudio descriptivo, unicéntrico y ambispectivo en una UCI de 28 camas [enero 2019-septiembre 2023]. Se incluyeron a pacientes entre 18 y 90 años diagnosticados de SC (tensión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos (> 30 min); necesidad de fármacos vasoactivos (FVA) y/o inotrópicos (I) para mantener dicha TAS y signos de congestión pulmonar o de bajo gasto cardíaco). Se excluyeron a pacientes con shock mixto, reanimación cardiopulmonar > 30min o comorbilidades de mal pronóstico. El VISmax se definió como la suma de noradrenalina (NA) × 1 + adrenalina (A) × 1 + dobutamina (D) × 0,01 + dopamina (Dp) × 0,01 + milrinona × 0,1 + levosimendán (L) × 0,5 + vasopresina × 100 (en µg/kg/min excepto la vasopresina en UI/min) midiéndose a las 6, 12, 24 y 48 h desde el inicio del SC. Se encontraron 62 pacientes que cumplieron criterios. Se estudió la relación con el test de Wilcoxon. Se expresaron los resultados con medianas y el rango intercuartílico en el caso de que la variable no se ajustase a la distribución normal; y con medias y desviación estándar en el caso de que sí.

Resultados: Las DVA e I que se utilizaron al inicio del SC fueron: NA (en el 85,5% de los pacientes con una dosis de media de 0,6 (± 0,4)); D (42%; media de 7,2 (± 4,9)); L (13% con la dosis de 0,1 en el 50% de los pacientes); A (3%); Dp (3%). Las medianas de los valores del VISmax fueron a las 12 h: 0,5 [0,2 - 0,8]; a las 24 h: 0,6 [0,3-1,1] y a las 48 h: 0,5 [0,3-0,9]. La relación fue significativa entre la mortalidad intra-UCI y el VISmax a las 24 h (p = 0,015) y a las 48 h (p = 0,013); y entre la mortalidad a los 30 d y el VISmax a las 24 h (p = 0,0006) y a las 48 h (0,001). Presentó tendencia significativa la relación entre la mortalidad a los 30 d y el VISmax a las 6h (p = 0,08) y a las 12 h (p = 0,09).

Conclusiones: Se concluye que hay relación significativa entre el VISmax y la mortalidad a las 24 y 48 h y tendencia a las 6 y 12 h. Se necesita ampliar el estudio para demostrar la relación significativa en las primeras horas y el punto de corte a partir del cual valorar otras terapias en contraposición al aumento de DVA e I aunque existe una tendencia hacia este punto.

190. RESULTADOS DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Ballesteros Saavedra V, Martín-Jordán García E, Sánchez Gutiérrez A, Blanco Aguilar V, Fernández Simón I, Rodríguez Pérez C, Domínguez de la Cruz I, de Menezes-Falcao Gomes-Marques A y Astola Hidalgo I

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Describir los resultados obtenidos tras el uso de trombectomía mecánica (TM) mediante sistema de aspiración Indigo® Penumbra en pacientes con indicación de tratamiento repermeabilizador, pero con contraindicación para fibrinólisis en tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de TEPA a los que se realizó TM entre enero y diciembre de 2023. Se recogieron: edad, género, antecedentes, gravedad al ingreso, éxito y complicaciones del procedimiento, evolución y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresaron como media, la dispersión en

intervalo de confianza del 95% (IC95) y las variables cualitativas como porcentajes. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS statistics v21.

Resultados: Ingresaron 23 pacientes diagnosticados de TEPA: 12 (52,2%) fueron tratados con heparina de bajo peso molecular, 9 (39,1%) con TM y 2 (8,7%) con fibrinolisis. En los trombetomizados la media de edad fue de 71,3 años (IC95% [59,8-82,9]). El 77,8% mujeres y el 22,2% hombres. El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) medio fue 4,3 (IC95% [3,7-4,9]) y el APACHE II medio de 15,9 (IC95% [10,9-20,9]). Se realizó TM a 5 (55,6%) con TEPA de alto riesgo y a 4 (44,4%) con riesgo intermedio-alto. Contraindicaciones absolutas para la fibrinolisis: 4 pacientes con cirugías recientes, 2 con accidentes cerebrovasculares, 1 con neoplasia cerebral, 1 con traumatismo craneoencefálico reciente y 1 en el que no se encontraba especificada en la historia clínica la causa. El 88,9% presentaron una o más complicaciones durante la TM: hipotensión en el 66,7% y arritmias en el 66,7%. Un paciente (11,1%) falleció en el procedimiento. En el 66,7% de los trombetomizados el resultado angiográfico fue exitoso, recuperando a las 24 horas del procedimiento la estabilidad hemodinámica, definida como dosis de noradrenalina < 0,5 µg/kg/min. La media de estancia en UCI fue de 3,2 días (IC95% [1,8-4,5]). La supervivencia hospitalaria de los trombetomizados fue del 66,7%. La mortalidad en UCI fue del 22,2% incluyendo al paciente fallecido intraprocedimiento.

Conclusiones: En el 66,7% de los pacientes trombetomizados se consiguió un resultado angiográfico exitoso, recuperando a las 24 horas del procedimiento la estabilidad hemodinámica. Se trata de un tratamiento que no está exento de riesgos, pues el 88,9% de los pacientes sufrieron complicaciones intraprocedimentales. El grado de comorbilidad fue alto (ICC 4,3) y la mortalidad hospitalaria fue del 33,3%.

191. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y ECOCARDIOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y SU RELACIÓN CON LA NECESIDAD DE FIBRINOLISIS O TROMBECTOMÍA MECÁNICA

González Fernández OA, Sainz Cabrejas J, de Abreu Ramírez AA, Muñoz-Mingarro Molina D, Marín Raez R, Martínez Martínez C, Panduro Meza MM, García Godes M, Soriano Cuesta C y de Pablo Sánchez R
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar las variables radiológicas o ecocardiográficas que más se relacionan con la necesidad de fibrinolisis o trombetomía mecánica de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar agudo (TEPA) en la UCI de un hospital de tercer nivel. Como objetivos secundarios planteamos describir las características demográficas, clínicas, hemodinámicas y evolutivas de dichos pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de TEP al ingreso en UCI mediante angioTC durante un periodo de 18 meses (julio 2022-noviembre 2023). De cada paciente se recogieron datos demográficos, hemodinámicos, radiológicos (ubicación del/los defectos de repleción, dilatación del tronco de la arteria pulmonar, cavidades derechas o conclusión radiológica de compromiso hemodinámico) y ecocardiográficos (TAPSE, onda S'). La relación de cada variable con la necesidad de reperfusión (fibrinolisis o trombetomía), se expresa en términos de valor predictivo positivo o negativo (VPP, VPN). El análisis estadístico se llevó a cabo mediante R 4,1 para Windows.

Resultados: Durante el periodo del estudio, se incluyeron 93 pacientes. La mediana de edad fue 63 años (RIC 53-73). El 57% de los pacientes eran varones. La estratificación de la gravedad, según las guías ESC fue de alto riesgo en el 26% de los pacientes, intermedio-alto en un 52% e intermedio-bajo en un 21%. Un 12% de los pacientes presentó parada cardiorrespiratoria secundaria y la mortalidad intra-UCI fue del 11%. Los VPP y VPN para las variables estudiadas se recogen en la tabla.

ESTUDIO	VARIABLE	VPP(%)	VPN(%)
AngioTC	Dilatación tronco Art. Pulmonar	42	70
	Conclusión radiológica: Existen datos de reperfusión hemodinámica	42	88
Ecocardiograma	TAPSE	53	88
	S'	58	87

Conclusiones: El VPP de cualquiera de las variables de forma aislada es globalmente bajo. Las variables ecocardiográficas y radiológicas estudiadas presentan de forma independiente un elevado VPN para la necesidad de reperfusión.

192. SOPORTE RECIBIDO TRAS INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA RECUPERADA

Barreno García D, Martín Castillo R, Eliche Mozas R, Sánchez García A, Zamboschi NA y Estechea Foncea MA

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

Objetivos: Analizar la relación entre el ritmo de parada, el tratamiento con vasoactivos y los días de ingreso de los pacientes que ingresaron en UMI tras parada cardiorrespiratoria recuperada.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los 23 pacientes con parada cardiorrespiratoria recuperada ingresados en la UMI del H. Virgen de la Victoria desde el 1 de junio al 11 de noviembre de 2023. Se clasificó el ritmo de parada en desfibrilable y no desfibrilable. Se dividió el tiempo de ingreso en UMI en menos de 48 h, entre 48 h y 7 días, entre 7 y 30 días, y más de 30 días.

Resultados: Del total de 23 pacientes con parada recuperada que ingresaron en nuestra unidad, el 91,3% (21) eran hombres y el 8,7% (2) eran mujeres. De ellos, el 34,78% tuvo un ingreso menor de 48 h; el 39,13% entre 48 horas y 7 días; el 21,74% entre 7 y 30 días; y el 4,35% más de 30 días. El 60,87% precisó soporte vasoactivo. El 69,57% de las paradas correspondieron a ritmos desfibrilables, de los cuales el 31,25% tuvieron un ingreso inferior a 48 h, 43,75% entre 48 h y 7 días, y el 25% entre 7 y 30 días. El 26,09% fueron ritmos no desfibrilables, de los cuales el 50% tuvieron un ingreso menor de 48h, el 16,67% entre 48h y 7 días, el 16,67% entre 7 y 30 días, y el 16,67% más de 30 días. En el 4,35% no se registró el ritmo de parada. En los casos de ritmos desfibrilables, el 62,50% precisó soporte vasoactivo. De ellos, el 20% tuvieron menos de 48h de ingreso; el 50% entre 48h y 7 días; y el 30% más de 30 días. Del 37,50% que no precisó soporte vasoactivo, el 50% tuvieron menos de 48h de ingreso; el 33,33% entre 48 horas y 7 días; y el 16,67% entre 7 y 30 días. En los casos de ritmos no desfibrilables, el 66,67% precisó soporte vasoactivo. De ellos, el 75% tuvieron menos de 48h de ingreso; y el 25% más de 30 días. Del 33,33% que no precisó soporte vasoactivo, el 50% tuvieron entre 3 y 7 días de ingreso, y el 50% entre 7 y 30 días.

Conclusiones: Tanto en ritmos desfibrilables como no desfibrilables precisaron soporte vasoactivo en porcentajes similares. Se obtuvo un mayor porcentaje de ingreso en UMI de pacientes con PCR recuperada con ritmo desfibrilable. Los pacientes con ritmos desfibrilables sin soporte vasoactivo presentaron una menor estancia en UMI. En el análisis de los pacientes que precisaron soporte vasoactivo, el 75% de los pacientes del grupo no desfibrilable precisó menos de 48h de ingreso, frente al 20% obtenido en el grupo de pacientes desfibrilables.

193. RITMOS DE PARADAS RECUPERADA MÁS FRECUENTE AL INGRESO EN CUIDADOS INTENSIVOS Y ASOCIACIÓN CON MORTALIDAD

Barreno García D, Martín Castillo R, Eliche Mozas R, Sánchez García A, Zamboschi NA y Estechea Foncea MA

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

Objetivos: Analizar la relación entre el ritmo de parada, el tiempo de recuperación de la misma y *exitus* de los pacientes que ingresaron en UMI tras parada cardiorrespiratoria recuperada.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los 23 pacientes con parada cardiorrespiratoria recuperada ingresados en la UMI del H. Virgen de la Victoria desde el 1 de junio al 11 de noviembre de 2023. Se clasificó el ritmo de parada en desfibrilable y no desfibrilable. Se dividió el tiempo de parada en menos de 15 minutos, entre 15 y 30 minutos, y más de 30 minutos. Se contabilizó como fase precoz del tiempo de ingreso, las primeras 12 horas de ingreso, fase intermedia desde las 12 horas hasta las 72 horas, y fase tardía a partir de 72 horas.

Resultados: Del total de 23 pacientes con parada recuperada que ingresaron en nuestra unidad, el 91,3% (21) eran hombres y el 8,7% (2) eran mujeres. De ellos, el porcentaje de *exitus* global fue 39,13%. El 69,57% de las paradas correspondieron a ritmos desfibrilables, el 26,09% a ritmos no

desfibrilables. En el 4,35% no se registró el ritmo de parada. En los casos de ritmos desfibrilables, el 31,25% fueron *exitus* (todos en fase tardía). Los que tuvieron tiempo de parada menor a 15 minutos, el 22,22% fueron *exitus*; entre 15 y 30 minutos, el 25%; y con tiempo de parada superior a 30 minutos, el 66,67%. En los casos de ritmos no desfibrilables, el 66,67% fueron *exitus*. Los que tuvieron parada menor a 15 minutos, el 33,33% fueron *exitus* (todos en fase tardía); entre 15 y 30 minutos, el 100% (todos en fase intermedia); y con tiempo de parada superior a 30 minutos, el 100% (50% en fase precoz y 50% en fase intermedia).

Conclusiones: El porcentaje de paradas recuperadas con ingreso en U.M.I fue superior para ritmos desfibrilables. El porcentaje de *exitus* fue superior para ritmos no desfibrilables. En ritmos desfibrilables todos los *exitus* ocurrieron en fase tardía. Tanto en ritmos desfibrilables como no desfibrilables, se observó mayor mortalidad asociada a mayor tiempo de parada.

194. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE RIESGO INTERMEDIO ALTO EN UNA UCI POLIVALENTE

Palomares Nova G, García Arjona R y García Olmedo J

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento fibrinolítico, así como las características epidemiológicas, de diagnóstico y la decisión terapéutica de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio alto en una UCI polivalente.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados por TEP con riesgo intermedio alto según la guía de práctica clínica de la ESC de 2019 entre los años 2021 y 2023 en la UCI del Hospital de Puerto Real. Se registran factores de riesgo, gravedad mediante las escalas APACHE II y PESIs, predictores clínicos, analíticos y de imagen, así como tratamiento, complicaciones y mortalidad. Se realiza estadística descriptiva y prueba t para comparar medias.

Resultados: Se registraron un total de 13 casos con una mediana de edad de 47 años (rango intercuartílico [RI] 38-70) siendo el 54% de ellos mujeres. Presentaban algún factor de riesgo cardiovascular el 70% de los casos, historia de cáncer el 39%, en tratamiento hormonal el 31% y enfermedad cardiovascular el 23%. La gravedad registrada al ingreso fue según escalas: mediana de APACHE II de 10 (RI 7-14) y de PESIs de 2 (RI 1-3); según clínica: taquicardia en el 60% de los pacientes e hipoxemia en el 54%; analíticamente: elevación de troponinas cardíacas en todos ellos; y mediante imagen: todos presentaban TEP extenso bilateral y disfunción de ventrículo derecho mediante ecocardiografía con una mediana de TAPSE de 14 (RI 12-15) y alta probabilidad de hipertensión pulmonar el 80%. Recibieron tratamiento fibrinolítico el 69% de los pacientes (a criterio del clínico responsable) y trombectomía el 23% (en un caso se administraron ambos tratamientos) encontrando mayor APACHE II, PESIs y FC en el grupo de fibrinólisis sin diferencias significativas. Se registraron únicamente 3 casos de sangrado menor sin repercusión clínica y autolimitados. A las 48 horas se registró nuevamente TAPSE con una mediana de 20 (RI 19-22) con un aumento mayor, aunque no significativo, en los pacientes que recibieron fibrinólisis respecto a los que no (6 frente a 4,5). La mediana de estancia en UCI fue de 3 días (RI 2-4) y tuvieron lugar 2 *exitus*, uno a causa de *shock* séptico respiratorio en paciente no fibrinolisado y el otro por progresión de enfermedad tumoral en paciente fibrinolisado.

Conclusiones: El TEP de riesgo intermedio alto es una presentación frecuente de esta patología para el tratamiento de la cual encontramos una laguna en la evidencia. En nuestra experiencia concluimos que el tratamiento fibrinolítico no comporta complicaciones en estos pacientes y puede presentar un potencial beneficio.

195. QUÉ OCURRE CON LOS PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO

Álvarez Peña M, González Álvarez AA, Ávila Sansegundo C, Gaitano García Á y Robles Marcos MS

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

Objetivos: Analizar las características de los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras la rotura de un aneurisma de aorta abdominal (AAA).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que engloba a los pacientes con AAA roto tratado quirúrgicamente en el Hospital Universitario de Badajoz (HUB) entre enero de 2020 y octubre de 2023. Recogemos datos demográficos, características clínicas y quirúrgicas, complicaciones, mortalidad y supervivencia.

Resultados: Se incluyen 48 pacientes con predominio de hombres (93,75%) con edad media de 72,05 años (DE \pm 7,53). El 66,67% padecía hipertensión, el 45,83% dislipemia, el 20,83% diabetes y 2/3 de los pacientes eran o habían sido fumadores; además el 31,25% presentaba historia previa de AAA. El tiempo entre el diagnóstico hasta la entrada en quirófano fue de 2,64 horas (DE \pm 1,88); la forma de presentación predominante el dolor abdominal (43,75%) y la localización más frecuente del aneurisma la infrarrenal (72,92%), optando en el 60% por reparación abierta. La duración media de la cirugía fue de 3,85 horas (DE \pm 1,48); con necesidad de transfusión en el 50% y soporte vasoactivo en el 83,3%. Al ingreso en UCI la puntuación media en la escala APACHE II fue de 18,85 (DE \pm 8,25), la estancia media de 7,24 días (DE \pm 11,02) y el promedio de días en ventilación mecánica de 5,73 (DE \pm 10,59). El 85% requirió apoyo vasoactivo y el 43% inotropo. Las complicaciones reseñadas fueron vasoplejia, fracaso renal, disfunción multiorgánica e hipertensión intraabdominal junto con la complicación del acceso quirúrgico y la trombosis arterial. La mortalidad de la cohorte fue del 58,33%: el 14,58% fallecieron en quirófano, el 29,17% lo hicieron precozmente en UCI, el 12,5% de forma tardía y el 2,08% en planta de hospitalización. De los 28 fallecidos un 71,43% precisó cirugía abierta mientras que entre los 20 supervivientes solo un 45%.

Conclusiones: La mortalidad intrahospitalaria del AAA roto en la bibliografía alcanza el 50%; aunque influyen múltiples factores, es crucial el tiempo que transcurre desde la rotura hasta la reparación, debiendo ser inferior a 90 minutos según las recomendaciones actuales. El servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar del HUB es de referencia en Extremadura, cuya extensión geográfica hace que existan hospitales en los que el desplazamiento al centro de referencia es superior a 120 minutos. Consideramos necesario establecer un protocolo en el que participen los distintos servicios implicados en el tratamiento de estos pacientes para facilitar el manejo perioperatorio y, por ende, mejorar la morbimortalidad.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

NEUROINTENSIVISMO III

16:45-18:15 - Sala 130 + 129

Moderadores: Francisca Pino Sánchez/
Aarón Blandino Ortiz

196. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE ISQUEMIA CEREBRAL DIFERIDA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Goncalves Goncalves GC, López García M, Barriuso López E, Fernández Crespo I, Jiménez Clemente J, Lorente Balanza JA y Tejerina Álvarez E

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar los factores asociados al desarrollo de isquemia cerebral diferida (ICD) en pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de HSA ingresados de forma consecutiva en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de octubre de 2023. El desenlace principal fue el desarrollo de isquemia cerebral diferida (definida como pacientes con vasoespasmo clínico e imagen de infarto establecido en el TAC craneal). Se realizó un análisis de regresión logística incluyendo aquellas variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el análisis univariante para determinar los

Figura Póster 196

Tabla 1. Características basales y desenlaces clínicos de pacientes con HSA		
	HSA Con ICD (n = 26)	HSA Sin ICD (n = 172)
Escalas de gravedad:		
- Hunt-Hess, n (%)		
• 1-3	16 (61,5)	127 (74)
• 4-5	10 (38,5)	45 (26)
- Fisher, n (%)		
• 1-2	4 (15)	61 (35)
• 3-4	22 (85)	111 (65)
Edad, media (DS)	57 (10)	57 (14)
Sexo, femenino, n (%)	15 (58)	95 (55)
SAPS II, media (DS)	33 (14)	30,5 (15)
GCS al ingreso		
- GCS > 8, n (%)	18 (69)	126 (73)
- GCS ≤ 8, n (%)	8 (31)	46 (27)
Intubados, n (%)	21 (81)	71 (41)
Duración de la VM (días), mediana (RI)	9 (4 - 18,5)	5 (2 - 14)
Duración de estancia en UCI (días), mediana (RI)	13,5 (10 - 25, 75)	5 (3 - 9)
Duración de estancia hospitalaria, días, mediana (RI)	27 (18,75 - 56, 75)	11 (8 - 19)
mRS al alta de UCI, n (%)		
- 0-2	5 (19)	91 (53)
- 3-5	18 (69)	50 (29)
Mortalidad, n (%)	3 (11,5)	31 (18)

factores que podrían estar asociados al desarrollo de dicha complicación. Se realizó una curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de la escala de Fisher para el desarrollo de ICD.

Resultados: Se describen las características basales de la población a estudio en la tabla. Se observó el desarrollo de ICD en 26 pacientes (13%). Los enfermos con ICD tuvieron peores resultados funcionales al alta de la UCI, mayor duración de la ventilación mecánica, mayor estancia en UCI y (tabla), pero sin diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad. Los factores asociados de forma independientemente al desarrollo de ICD fueron: el resangrado (*odds ratio* [OR] 4,84; intervalo confianza 95% [IC95%] 1,30-17,95) y las crisis convulsivas (OR 4,28; IC95% 1,17-15,62). La puntuación en la escala de Fisher tuvo un área bajo la curva del 0,54 (IC95% 0,44-0,65), con una sensibilidad del 84,6% y una especificidad del 36,6%.

Conclusiones: Los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática que desarrollan isquemia cerebral diferida tienen peores resultados funcionales, mayor duración de ventilación mecánica y de estancia hospitalaria comparado con aquellos que no desarrollan dicha complicación, pero sin diferencias en la mortalidad. Los factores asociados al desarrollo de isquemia cerebral diferida fueron el resangrado y las crisis convulsivas. La escala de Fisher no fue un buen predictor del desarrollo de isquemia cerebral diferida.

197. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA ESPONTÁNEA: DOS AÑOS EN UNA UNIDAD DE NEUROCRÍTICOS

Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez J, Curieses Andrés C, Velasco Villagarcía A, Medina Díez S, Renedo Sánchez-Girón G, Bustamante Munguira E, Posadas Pita G y Alcalde Susi R

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes diagnosticados de hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática que fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario desde diciembre de 2021 hasta diciembre de 2023. Analizar la incidencia del vasoespasmio arterial como complicación durante su estancia en UCI y si presenta relación con la presencia de hematoma asociado en el TC de ingreso.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de HSA aneurismática ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Se han incluido 24 pacientes y en todos ellos se realizó arte-

riografía en las primeras 24 horas desde el diagnóstico por parte de Neurointervencionismo de dicho hospital. En todos los sujetos incluidos en el estudio se inició al ingreso en UCI profilaxis del vasoespasmio arterial con nimodipino en perfusión intravenosa continua a dosis plenas (2 mg/h). Se realiza test χ^2 para analizar relación entre la presencia de hematoma asociado en el TC de ingreso y la aparición posterior de vasoespasmio.

Resultados: De los 24 pacientes, 5 fueron hombres (20,8%) y 19 mujeres (79,2%). La media de edad fue de 63 años, la media de días de ingreso en UCI fue de 20,3 días y fallecieron 3 (12,5%) de los pacientes durante su estancia en UCI. En cuanto a sus antecedentes, 4 eran fumadores (16,6%), 8 estaban diagnosticados de hipertensión arterial (33,3%) y 2 (8,3%) presentaban ambas características. El 83,3% recibieron una puntuación en la escala Fisher de IV al ingreso y en 10 pacientes (41,6%) se objetivó hematoma intraparenquimatoso o subdural asociado en el TC. La localización más frecuente del aneurisma responsable del sangrado fue la arteria comunicante anterior (20,8%). En 4 pacientes (16,6%) se diagnosticó la presencia de más de un aneurisma. Recibieron tratamiento intervencionista el 87,5% de los casos. Como complicación, presentaron vasoespasmio 7 de ellos (29,1%) y en todos ocurrió entre los días 7 y 14 de ingreso en UCI. En nuestra muestra, la aparición de vasoespasmio no presentó una relación estadísticamente significativa con la presencia de hematoma asociado.

Conclusiones: En este estudio, la HSA aneurismática fue más frecuente en mujeres. La hipertensión arterial y el tabaquismo son sus principales factores de riesgo y se daba alguno de ellos o ambos en el 58% de los pacientes. El vasoespasmio arterial es la complicación más frecuente de esta patología y a pesar de la prevención del mismo, se dio en un 29,1% de los casos. En nuestro estudio no se relacionó con la presencia de otro hematoma cerebral asociado.

198. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESTATUS EPILÉPTICO INGRESADOS EN UCI

Alcalá Gallardo CA, Vidal Mogort L, Borrás Palle S, Hernández Garces H, Crespo Gómez M, Giner Brocal E, Sigona Giangreco I, Zaragoza Crespo R, Sánchez Zafra S y Chavero García T

Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre, Valencia.

Objetivos: Describir las características clínicas, manejo y evolución de pacientes con estatus epiléptico (convulsivo y no convulsivo) trata-

dos en UCI y ver si hubo diferencias en la mortalidad con relación al tipo de estatus.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes ingresados en UCI del 2020 al 2023 con el diagnóstico de estatus epiléptico. Se analizaron características demográficas, antecedentes de epilepsia, presentación clínica, tratamiento, evolución clínica, complicaciones y situación al alta de UCI. En el análisis descriptivo se usaron frecuencias absolutas y (%) para variables cualitativas, y mediana [RIQ] para cuantitativas y en el análisis estadístico test no paramétricos para cuantitativas y χ^2 en cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes con edad de 72 (52-74) años, 66,7% hombres. 15 (83,3%) presentaron estatus convulsivo y 3 (16,7%) no convulsivo. La etiología más frecuente fue la enfermedad cerebral vascular 6 (40%). Se realizó EEG en todos los casos, el tiempo de realización del 1er EEG fue de 12 (9-24) horas, donde se objetivaron crisis en 11 (61,1%) y situación de estatus solo en 4 (22,2%). La duración del estatus fue de 6 (1-8,25) días. Se utilizaron benzodiazepinas y 3 fármacos antiepilépticos en todos los casos, siendo el primero el levetiracetam en 17 (94%) casos y se indujo coma barbitúrico en 3 (16,7%) casos. Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciones presentándose en 7 (38,9%) casos. La mortalidad global fue de 7 (38,9%) pacientes. Esta fue mayor en el grupo de los no convulsivos 3 (100%) vs. 4 (27%) en convulsivo ($p = 0,043$). En los fallecidos el tiempo hasta la ausencia de actividad epiléptica generalizada fue mayor [8 días (6-13) vs. 1 día (1-7)], $p = 0,02$ así como también su estancia en UCI [17 días (11-21) vs. 3 días (3-17)], $p = 0,045$.

Conclusiones: En nuestra serie la mayoría de los pacientes eran hombres con enfermedad cerebral vascular. En la mayoría de los casos el primer tratamiento consistió en una benzodiazepina y levetiracetam. Se objetivó mayor mortalidad en los no convulsivos y en los que el tiempo hasta la ausencia de actividad epiléptica fue mayor.

199. CRANIECTOMÍAS DESCOMPRESIVAS EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DURANTE UN PERIODO DE 9 AÑOS

González Ogallar FJ, Alonso Martínez P, Nieto García J, Muñoz de Morales Rodríguez A, Yordanov Zlatkov V y Ortuño Andérez F

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La hipertensión intracraneal (HTic) tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) produce un daño cerebral secundario que a veces el tratamiento médico no puede controlar. Para disminuir la presión intracraneal (PIC) en ocasiones es necesaria una craneotomía descompresiva (CD). Esta puede clasificarse en dos categorías: primaria o profiláctica (la que realiza el neurocirujano mientras está evacuando una masa ocupante de espacio) y secundaria (indicada por el intensivista cuando no se consigue controlar la PIC por otros métodos). La mayoría de los estudios analizan ambas juntas. Nuestra hipótesis radica en que existen diferencias clínico-epidemiológicas y radiológicas en los pacientes que tras un TCE se someten a una CD primaria de los que precisan una secundaria.

Métodos: Análisis de variables clínico-epidemiológicas y radiológicas al ingreso de una serie de casos prospectiva de pacientes de UCI que tras un TCE precisan una CD. Datos en media \pm desviación estándar o porcentaje. Test empleados: Kolmogórov-Smirnov, chi-cuadrado, t de Student, test de la mediana.

Resultados: Se realizaron 61 CD durante el periodo de estudio (Ene/14-Oct/23): 33 primarias y 28 secundarias. Los motivos de la CD secundaria fueron aumento del sangrado intracraneal (10 contusiones, 6 hematomas subdurales y 1 epidural preexistentes), *swelling* cerebral (16) y aparición de un nuevo hematoma epidural (1 caso). No se encontraron diferencias en la mortalidad, en el Injury Severity Score (ISS) o New Injury Severity Score (NISS), estancia hospitalaria o necesidad de ventilación mecánica. Los signos clínicos y radiológicos de HTic al ingreso fueron mayores en los sometidos a una CD primaria (Glasgow Coma Score $9,1 \pm 4$ vs. $6 \pm 3,5$; $p = 0,005$ alteraciones pupilares 17 (51,5) vs. 5 (22,7); $p = 0,033$, desviación de línea media 30 (90,9) vs. 11 (50); $p = 0,001$; colapso ventricular 21 (63,6) vs. 5 (22,7); $p = 0,003$ y colapso de cisternas perimesencefálicas 22 (66,6) vs. 5 (22,7); $p = 0,001$). No hubo diferencias entre las lesiones radiológicas encontradas en la tomografía computarizada (TC) al ingreso (epidural, subdural, contusión cerebral, hemorragia subaracnoidea...). Sí se observó diferencia entre el tamaño del hematoma subdural $13,3 \pm 6,5$ (mm) vs. $7,5 \pm 5,1$ (mm); $p = 0,001$.

Conclusiones: Las CD primarias se realizan en pacientes que tras un TCE presentan signos radiológicos o alteraciones pupilares al ingreso sugerentes de HTic independientemente de la lesión radiológica encontrada en la TC. No es posible detectar a los pacientes que tras una CD profiláctica van a presentar un mal control de la PIC.

200. GRADOS DE DEPENDENCIA TRAS HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (HSA) ANEURISMÁTICA. COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA Y ENDOVASCULAR

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

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar diferencias en el grado de dependencia de los pacientes que sufren una HSA aneurismática en relación con el tipo de tratamiento del aneurisma, quirúrgico o endovascular.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge los pacientes ingresados en la UCI de Ciudad Real en el periodo de abril de 2022 a junio de 2023 según los criterios del registro nacional REMOS. Se trata de un Hospital de 3er nivel, con una UCI de 21 a 24 camas, pero con necesidad de traslado a otro centro para tratamiento endovascular. Se describen y analizan las diferencias de dependencia al alta de UCI y a los 6 meses del evento, comparando el tipo de intervención (quirúrgica o endovascular), clasificando como favorable una puntuación de 0-2 en la escala de Rankin modificada y desfavorable una puntuación mayor a 2.

Resultados: Se incluyen 21 pacientes que desarrollan HSA aneurismática (74% Fisher IV), de los cuales 14 (66%) reciben tratamiento quirúrgico sobre el aneurisma y 7 (33%) reciben tratamiento endovascular tras traslado a otro centro. Al alta de UCI, 12 de los 14 intervenidos quirúrgicamente (85%) y 5 de los 7 con tratamiento endovascular (75%) presentaban una puntuación desfavorable (Rankin mod. 3 a 6) sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,45$). A los 6 meses del evento 7 de los 14 quirúrgicos (50%) y 3 de los 7 endovasculares (43%) presentaban una puntuación desfavorable en la escala de dependencia, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,5$).

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de dependencia según el tipo de intervención. El tratamiento quirúrgico de los aneurismas accesibles podría ser una buena opción para evitar traslado de centro hospitalario. No se aprecian diferencias significativas pero el número de pacientes registrado es bajo, por lo que continuaremos el registro para dar mayor significación estadística.

201. COMPLICACIONES DURANTE EL INGRESO EN UCI DE LAS HEMORRAGIAS SUBARACNOIDEAS ANEURISMÁTICAS. COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA Y ENDOVASCULAR

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Espinosa González C, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Marín Marín C, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV y Ortiz Díaz de Miguel R

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar complicaciones neurológicas acontecidas en los pacientes que sufren HSA aneurismática durante el ingreso en UCI en relación con el tipo de tratamiento del aneurisma, quirúrgico o endovascular.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge los pacientes ingresados en la UCI de Ciudad Real en el periodo desde abril de 2022 a junio de 2023 según los criterios del registro nacional REMOS. Se trata de un Hospital de 3er nivel, con una UCI de 21 a 24 camas, pero con necesidad de traslado a otro centro para tratamiento neurológico endovascular. Se describen y analizan complicaciones durante el ingreso: Infarto cerebral, desarrollo de hidrocefalia, desarrollo de hipertensión intracraneal (HTIC), vasoespasmo y grado de dependencia a los 6 meses.

Resultados: Se incluyen 22 pacientes que desarrollan HSA aneurismática (74% Fisher IV), de los cuales 14 (66%) reciben tratamiento quirúrgico sobre el aneurisma y 7 (33%) reciben tratamiento endovascular tras traslado a otro centro. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el desarrollo de vasoespasmo, HTIC y el grado de dependencia a los 6 meses (Rankin mod favorable 0-2). Vasoespasmo en 3 de 15 quirúrgicos y 2 de 5 endovasculares ($p = 0,52$), HTIC 5 de 15 quirúrgicos y 1 de 6 endovasculares ($p = 0,35$) y Rankin favorable a los 6 meses de 7 de 14 quirúrgicos y 4 de 7 endovasculares ($p = 0,5$). Cerca

de la significación estadística se presentan los eventos de hidrocefalia, con mayor prevalencia en el tratamiento endovascular 6 de 7 contra 6 de 15 de los quirúrgicos ($p = 0,059$). Como complicación con significación estadística se presenta el número de pacientes con infarto durante el ingreso, siendo mayor en los tratamientos quirúrgicos 10 de 15, en contraposición a 1 de 7 de los endovasculares.

Conclusiones: No se aprecian diferencias significativas en el desarrollo de vasoespasmos, hipertensión intracraneal y escala de dependencia. Rozando la significación estadística encontramos el desarrollo más elevado de hidrocefalia en pacientes intervenidos endovascularmente. Mayor número de infartos cerebrales en los pacientes intervenidos quirúrgicamente, aunque sin clara implicación en el grado de dependencia a los 6 meses del evento. El número de pacientes registrado es bajo, por lo que continuaremos el registro para dar mayor significación estadística.

202. MANEJO DEL CÓDIGO ICTUS POR INTENSIVISTAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias A, Cózar Benjumea M, Sánchez Ruiz P, Salgado Villén M y Ubeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar el manejo del código ictus por intensivistas, incluyendo los factores relacionados con el pronóstico de estos pacientes. Evaluar la utilidad de Teleictus en nuestro medio.

Métodos: Análisis de una cohorte prospectiva en la que se incluyeron los ictus agudos con activación de "código ictus" entre 2017 y el 30 de noviembre del 2023. Se registraron variables demográficas, comorbilidades, contacto con Teleictus, terapia de reperfusión, tiempos de asistencia, complicaciones, estancia en UCI y hospitalaria, mortalidad y secuelas. Análisis estadístico habitual. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 273 pacientes. Edad 67,9 ($\pm 13,6$). Tiempos (min): TC-aguja 44 [26; 65], puerta-aguja 70 [53,5; 94,7]. Teleictus 28,5%. Fibrinolisis 41,4%. Trombectomía 19,4%. Teleictus ($n = 78$) vs. No teleictus ($n = 195$). Trombectomía (37,2 vs. 12,3%, $p < 0,001$). Complic: sangrado (23,1 vs. 9,2%, $p = 0,006$). Tiempo ($p < 0,001$): TC-Aguja 70 [49; 91] vs. 37 [23,7; 52,7], puerta-aguja 90 [68; 129] vs. 62 [51; 87]. Rankin alta ≤ 2 : (37,3 vs. 53,6%, $p = 0,024$). Comparación años previos ($n = 157$) vs. 2023 ($n = 111$). Fibrinolisis 50,9 vs. 29,7%, $p < 0,001$. Tiempo TC-aguja 51 [29; 70,5] vs. 34,5 [25; 45], $p = 0,037$. Complic: VM 21 vs. 9,9%, $p = 0,024$. Estancia: UCI (1 [0; 3] vs. 1 [0; 2], $p = 0,034$), hospitalaria (9,5 [5; 15] vs. 6 [4; 10], $p < 0,001$). Rankin alta 3 [1; 5] vs. 1 [0; 4], $p = 0,004$. Rankin alta ($p = 0,012$): χ^2 (42,3 vs. 58,5%), > 2 (57,7 vs. 41,4%). Fallecidos ($n = 50$) vs. vivos ($n = 218$). Sexo: hombre 76 vs. 55,6%, $p = 0,015$. Edad 72,2 ($\pm 10,7$) vs. 67,1 ($\pm 14,1$), $p = 0,006$. Comorbilidad: ERC (16% vs. 5,5%, $p = 0,018$), neoplasia (24 vs. 7,3%, $p = 0,002$). Fibrinolisis (26 vs. 45,8%, $p = 0,02$). Complicaciones ($p < 0,001$): VM 62 vs. 5,9%, sangrado 34 vs. 8,7%. Estancia UCI (2,5 [1; 7] vs. 1 [0; 2], $p < 0,001$). NNT (fibrinolisis): 8. Regresión logística multivariante (mortalidad): Neoplasia (OR 6,6, IC95% [2,2-19,86], $p < 0,001$), Fibrinolisis (OR 0,3, IC95% [0,13-0,79], $p = 0,016$), ERC previa (OR 6,0, IC95% [1,8-19,6], $p = 0,003$), complicación VMI (OR 37,6, IC95% [15,6-99,7], $p < 0,001$).

Conclusiones: El liderazgo del Código Ictus asumido por el Servicio de Medicina Intensiva ha permitido reducir el tiempo hasta la fibrinolisis, las complicaciones, la estancia en UCI y hospitalaria y las secuelas neurológicas. Los casos con consulta a Teleictus se asociaron con retrasos en el tratamiento de reperfusión, mayores complicaciones y secuelas neurológicas. La necesidad de VM, la ERC previa y la neoplasia actuaron como factor de riesgo independiente de mortalidad, mientras que la fibrinolisis se comportó como factor protector.

203. USO DE ISOFLURANO COMO TRATAMIENTO DEL STATUS EPILEPTICUS SUPERREFRACTARIO

Errasti Morales J, Plans Galván O, Gil Castillejos D, Rosich Andreu S, Blázquez Alcaide V y Bodi Saera M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad del uso del isoflurano inhalado en UCI para el control del status epilepticus superrefractario (SESR).

Métodos: Revisión retrospectiva de 6 casos de SESR tratados con isoflurano inhalado en UCI (dispositivo AnaConDa-S) ante la ineffectividad de los fármacos sedantes y anticonvulsivantes habituales. Se consideró como control de las crisis comiciales la ausencia de crisis clínicas y/o

electroencefalográficas tras el inicio del isoflurano, sin recurrencia de las mismas tras la retirada del fármaco. Secundariamente, se valoraron variables como mortalidad, resultado funcional al alta de UCI y aparición de complicaciones atribuibles a isoflurano. Dada la referencia de artículos previos a la aparición de alteraciones en el patrón T2 de la resonancia magnética nuclear (RMN), estudiamos la aparición de estas lesiones en nuestros pacientes.

Resultados: En 4 de los 6 pacientes se consiguió el control del SESR tras el inicio del tratamiento con isoflurano. 4 de los 6 pacientes fallecieron por patologías graves concurrentes habiéndose controlado el SESR en 3 de los 4 fallecidos. El fallecimiento de 2 de los pacientes fue por causa atribuible al EESR no controlado (la mortalidad de SESR en diferentes series varía entre el 20-50%). Los 2 supervivientes en los que se controla el SESR fueron dados de alta de UCI en su estado funcional basal. Todos los casos precisaron vasopresores durante el tratamiento con isoflurano a una dosis similar a la requerida durante el uso de otros sedantes. 1 de los 6 pacientes desarrolló una neumonía asociada al ventilador a las 48 horas de iniciar isoflurano. No se observaron otros efectos adversos. En 5 de los 6 pacientes se realizó estudio de RMN, únicamente 3 de ellos posterior al uso de isoflurano. Ninguno de los 3 casos mostró lesiones de nueva aparición atribuibles al fármaco.

Conclusiones: Isoflurano parece ser un tratamiento de rescate efectivo para el control del SESR. En estos pacientes se observa una alteración hemodinámica con requerimiento de vasopresores sin otras complicaciones aparentes derivadas del uso del isoflurano. Estos datos invitan a pensar en el isoflurano como una alternativa segura y efectiva en el manejo del SESR.

204. HSA ANEURISMÁTICA Y FACTORES ASOCIADOS A BUEN PRONÓSTICO Y MEJOR CALIDAD DE VIDA A LA SALIDA DE UCI

Dopazo López B, Bello Villaverde B, Ruibal Couso M, Suanzes Hernández J, Sánchez de la Iglesia M, Manglano Clavero M, Simón Miguel L, Vidal Vides N y del Río García D

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: La HSA aneurismática es una patología prevalente en la UCI, con elevada mortalidad y morbilidad. El objetivo del estudio es determinar los factores que afectan no solo a la mortalidad, sino a la calidad de vida de los pacientes a su salida de UCI.

Métodos: Realizamos estudio observacional y prospectivo de pacientes con HSA aneurismática ingresados en nuestra UCI (38 camas, hospital de 3^{er} nivel) del 01/2013- 12/2022. Analizamos variables demográficas (edad, sexo), clínicas (síntomas y focalidad al ingreso), antecedentes (tóxicos, FRCV), tratamientos (VMI, vasopresores, endovascular o quirúrgico) y complicaciones y su relación con mejor GOS al alta de UCI. Se realizó análisis bivariable y multivariante con selección hacia atrás.

Resultados: Ingresaron 336 pacientes de edad media 58,1 años (15-90 a.). 105 procedían de otro hospital. Se realizó tratamiento endovascular en 216 y en 65 quirúrgico. 246 en la circulación anterior (106 ACoA). Presentaron mejor pronóstico con significación estadística: menor edad OR 0,95; presencia al ingreso de cefalea OR 8,8; náuseas OR 2,84; rigidez nuca OR 2,45; ausencia de pérdida conciencia OR 0,27; plejía OR 0,24 y pares craneales OR 0,39; mayor GCS inicial OR 1,39; menor APACHE II OR 0,79; H-H < 4 OR 0,05; WFNS < 4 OR 0,06; Fisher < 4 OR 0,15; menor GRAEB OR 0,81; localización anterior OR 1,9; tratamiento de exclusión del aneurisma OR 3,04; no otras complicaciones ni ttos (resangrado OR 0,14; vasoespasmos OR 0,29; hidrocefalia OR 0,19; convulsiones OR 0,1; Htic OR 0,05; Infección OR 0,06; complicación por tto OR 0,29; vasopresores OR 0,08; anticomiciales OR 0,25; hipertónico OR 0,08; VMI OR 0,03; descompresiva OR 0,22). En el análisis multivariante se mantuvieron significativos menor edad; menor APACHE II; Fisher < 4 ; No necesidad de VMI ni vasopresores y ausencia de Infección y complicaciones por tratamiento.

Conclusiones: La presencia al ingreso de cefalea, náuseas, vómitos y rigidez de nuca, mayor Glasgow y ausencia de focalidad neurológica, estuvieron asociadas a GOS mayor. Los pacientes menos graves al ingreso y menor sangrado y con aneurismas en circulación anterior, presentaron mejor situación clínica al alta. La ausencia de necesidad de VMI, tto vasopresor, anticomicial, hiperosmolar y descompresiva, se relacionó con mejor GOS, en probable relación con ausencia de complicaciones: vasoespasmos, Htic, hidrocefalia e infecciones. En el análisis multivariante, la menor edad, APACHE y FISHER y la ausencia de VMI, vasopresores y de complicaciones relacionadas con tratamiento e infecciones han presentado relación significativa con mejor situación al alta en UCI.

205. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD, 6 MESES TRAS EL ALTA DE UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA, EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA: ANÁLISIS 10 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübbe Vázquez CF¹, Díaz Suárez LDM¹, Cabrera Sánchez M¹, Hernández Viera MA¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Evaluar los factores asociados con la discapacidad y la mortalidad en pacientes con craniectomía descompresiva (CD).

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 1 diciembre de 2023 que requirieron CD. La CD se realizó por hipertensión intracraneal (HIC) refractaria al tratamiento médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craniectomía y complicaciones; GCS y respuesta motora, escala Rankin y escala *outcome* de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico y número de horas con presión intracraneal elevada antes de CD; hipo e hiperglucemia; aplicación de tratamiento hiperosmolar; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Los porcentajes se compararon con el test de χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó un análisis univariado de mortalidad y discapacidad en el momento del alta de la UCI y 6 meses después del alta de UCI. Se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 4.2.1 (R Development Core Team, 2022).

Resultados: Se analizaron 61 pacientes con CD. La mayoría fueron TCE: 26 (42,6%) con 9 (14,7%) pacientes con hemorragias subaracnoideas (HSA) traumáticas. Las HSA espontáneas con CD fueron 17 (27,8%). Las complicaciones más frecuentes fueron hidrocefalia 25 (41,7%) y necesidad de reintervención 18 (31,6%). Catorce pacientes fallecieron al alta de UCI (23,3%), 3 de ellos fueron HSA. De los 26 (42,6%) pacientes con TCE y CD, fallecieron 11 (42,3%), 7 (26,92) de ellos en UCI. La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 5 (4-5) y el GOS fue de 3 (2-3). Rankin a los 6 meses después de alta de UCI, fue de 5 (3-6) y el GOS fue de 3 (1-4). La discapacidad a 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con el número de plaquetas antes CD (tabla 1). En el análisis de mortalidad tras el alta de UCI ni a seis meses posalta, no obtuvimos factores asociados a mortalidad (tabla 2).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes solo con CD fue del 23,3% al alta de UCI del total de pacientes. Los pacientes con TCE con CD tuvieron una mortalidad del 26,92% al alta de UCI. EL Rankin y GOS reflejan una discapacidad moderadamente grave en nuestros pacientes con CD, al alta y 6 meses después del alta. La discapacidad al alta de UCI se asoció significativamente con el número de plaquetas antes de la CD.

206. COMPLICACIÓN INFECCIOSA RELACIONADA CON DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO (CIRDVE): FACTORES DE RIESGO Y EVOLUCIÓN

Bello Villaverde B, Ruibal Couso M, Arrojo Fuentes MR, Suanzes Hernández J, Dopazo López B, del Río García D, Fernández Hernández AFA, Sánchez de la Iglesia M, Simón Miguel L y Manglano Clavero M

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Figura 1 Póster 206

Diabetes Mellitus	7 (11.5)	1 (10.0)	6 (11.8)	1
Hipertensión arterial	13 (21.3)	3 (30.0)	10 (19.6)	0.432
Dislipemia	10 (16.4)	2 (20.0)	8 (15.7)	0.663
Tumor	4 (6.7)	1 (11.1)	3 (5.9)	0.488
HSA (espontáneas y traumáticas)	26 (42.6)	5 (50.0)	21 (41.2)	0.731
Hidrocefalia	25 (41.7)	2 (22.2)	23 (45.1)	0.281
Necesidad Reintervención por Complicaciones	18 (31.6)	1 (12.5)	17 (34.7)	0.414
Toantiagregantes	4 (6.7)	1 (10.0)	3 (6.0)	0.528
ACM Maligna	12 (19.7)	1 (10.0)	11 (21.6)	0.67
Subdural agudo	22 (36.7)	3 (33.3)	19 (37.2)	1
Obliteración 3er ventrículo o colapso sistemas de la base	21 (35.0)	2 (22.2)	19 (37.2)	0.473
Hematoma no evacuado	12 (20.0)	3 (33.3)	9 (17.6)	0.365
Contusión focal con edema y epansividad	28 (46.7)	5 (55.6)	23 (45.1)	0.721
Lesionevacuada	13 (21.7)	2 (22.2)	11 (21.6)	1
TCE	26 (42.6)	5 (50.0)	21 (42.0)	0.733
Ambas pupilas reactivas previo CD	42 (71.2)	7 (87.5)	35 (68.6)	0.417
Ninguna pupila reactiva previo CD	6 (10.2)	1 (12.5)	5 (9.8)	1
IOT previo Hospital	18 (29.5)	4 (40.0)	14 (27.4)	0.462
IOT Urgencias	24 (39.3)	2 (20.0)	22 (43.1)	0.29
IOT quirófano	12 (19.7)	3 (30.0)	9 (17.6)	0.397
Transfusión previa CD	10 (16.9)	1 (11.1)	9 (18.0)	1
Convulsiones previa CD	10 (16.9)	1 (11.1)	9 (18.0)	1
Midriasis bilateral areactiva previa CD	5 (8.5)	0	5 (10.0)	1
Ambas pupilas reactivas previa CD	42 (71.2)	7 (87.5)	35 (68.6)	0.417
Una pupila reactiva previa CD	8 (13.8)	0	8 (15.7)	0.577
Ninguna pupila reactiva previa CD	6 (10.2)	1 (12.5)	5 (9.8)	1
Transfusión previa CD	6 (10.2)	0	6 (12.0)	0.577
Exitus UCI	14 (23.3)	0	14 (27.4)	0.01
Exitus alta Hospital	8 (14.0)	0	8 (16.7)	0.332
Exitus 6 meses tras alta UCI	6 (11.8)	0	6 (13.9)	0.572
Exitus	22 (36.1)	0	22 (43.1)	0.01
Desplazamiento línea media TAC ingreso	6 (0 - 10)	2 (0 - 10)	6 (1 - 9)	0.678
GCS ingreso	8 (5 - 13)	10 (6 - 13)	8 (5 - 13)	0.732
GCS Ingreso UCI	3 (3 - 7)	4 (3 - 10)	3 (3 - 7)	0.264
Plaquetas antes CD x 10 ³	224 (169 - 264)	263 (249 - 291)	211 (164 - 254)	0.05
Rankin alta UCI	5 (4 - 5)	1 (1 - 1)	5 (4 - 6)	< .001
Rankin 6 meses tras alta UCI	5 (3 - 6)	1 (1 - 1)	5 (4 - 6)	< .001
GOS alta UCI	3 (2 - 3)	5 (4 - 5)	3 (2 - 3)	< .001
GOS 6 meses tras alta UCI	3 (1 - 4)	5 (5 - 5)	3 (1 - 3)	< .001

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaracnoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: Intubación orotraqueal; CD: craniectomía descompresiva

Tabla 2. Análisis univariado de mortalidad a las 6 meses alta UCI en pacientes con CD

	Todos N = 61	Vivos N = 39	Muertos N = 22	p
Edad (años)	47.3 ± 14.6	46.3 ± 14.4	49.1 ± 15.0	0.485
Sexo femenino	21 (34.4)	12 (30.8)	9 (40.9)	0.423
APACHE-II	21.4 ± 5.3	20.8 ± 5.5	22.5 ± 5.0	0.306
Diabetes Mellitus	7 (11.5)	4 (10.3)	3 (13.6)	0.695
Hipertensión arterial	13 (21.3)	8 (20.5)	5 (22.7)	1
Dislipemia	10 (16.4)	7 (17.9)	3 (13.6)	0.735
Tumor	4 (6.7)	2 (5.3)	2 (9.1)	0.619
HSA(espontáneas y traumáticas)	26 (42.6)	19 (48.7)	7 (31.8)	0.2
Tto con antiagregantes	4 (6.7)	2 (5.1)	2 (9.5)	0.606
ACM Maligna	12 (19.7)	6 (15.4)	6 (27.3)	0.322
Subdural agudo	22 (36.7)	14 (36.8)	8 (36.4)	0.97
Hidrocefalia	25 (41.7)	14 (36.8)	11 (50.0)	0.319
NecesidaddeReintervencionparaTtoComplicaciones	18 (31.6)	12 (33.3)	6 (28.6)	0.709
Obliteración 3º ventrículo o colapso cisternas de la base	21 (35.0)	14 (36.8)	7 (31.8)	0.694
Hematoma no evacuado	12 (20.0)	9 (23.7)	3 (13.6)	0.507
Contusión focal con edema y expansividad	28 (46.7)	19 (50.0)	9 (40.9)	0.496
Lesion evacuada	13 (21.7)	8 (21.1)	5 (22.7)	1
TCE	26 (42.6)	15 (39.5)	11 (50.0)	0.428
Ambas pupila reactiva previo CD	42 (71.2)	29 (78.4)	13 (59.1)	0.114
Ninguna pupila reactiva previo CD	6 (10.2)	3 (8.1)	3 (13.6)	0.661
IOT previo Hospital	18 (29.5)	11 (28.2)	7 (31.8)	0.766
IOT Urgencias	24 (39.3)	14 (35.9)	10 (45.5)	0.463
IOT quirófano	12 (19.7)	9 (23.1)	3 (13.6)	0.509
Transfusión previo CD	10 (16.9)	7 (18.4)	3 (14.3)	0.45
Convulsiones previo CD	10 (16.9)	6 (15.8)	4 (19.1)	0.733
Midriasis bilateral areactiva previo CD	5 (8.5)	3 (7.9)	2 (9.5)	1
Ambas pupilas reactivas previo CD	42 (71.2)	29 (78.4)	13 (59.1)	0.114
Una pupila reactiva previo CD	8 (13.8)	4 (11.1)	4 (18.2)	0.462
Ninguna pupila reactiva previo CD	6 (10.2)	3 (8.1)	3 (13.6)	0.661
Lesion extracraneal	6 (10.2)	2 (5.3)	4 (19.1)	0.173
Exitus UCI	14 (23.3)	0	14 (63.6)	< .001
Exitus Hospital	8 (14.0)	0	8 (36.4)	< .001
Exitus 6 meses tras alta de UCI	6 (11.8)	0	6 (27.3)	0.004
Desplazamiento línea media TAC ingreso	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	7 (1 - 9)	0.804
GCS Ingreso	8 (5 - 13)	9 (5 - 14)	7 (5 - 12)	0.348
GCS ingreso UCI	3 (3 - 7)	3 (3 - 7)	3 (3 - 5)	0.47
Plaquetas antes CD x 10 ³	224 (169 - 264)	224 (182 - 264)	220 (164 - 262)	0.92
Rankin alta UCI	5 (4 - 5)	4 (2 - 5)	6 (5 - 6)	< .001
Rankin 6 meses tras alta UCI	5 (3 - 6)	4 (1 - 5)	6 (6 - 6)	< .001
GOS alta UCI	3 (2 - 3)	3 (3 - 4)	1 (1 - 2)	< .001
GOS 6 meses tras alta UCI	3 (1 - 4)	4 (3 - 5)	1 (1 - 1)	< .001

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%).HSA: hemorragia subaranoidea; ACM: arteria cerebral media;TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: Intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva

Objetivos: UCI polivalente en hospital de 3^{er} nivel. Realizamos análisis de factores asociados a diagnóstico de CIRDVE. En este se busca establecer como afecta la infección del SNC a la evolución de estos pacientes y también que factores influyen en su desarrollo.

Métodos: Son 122 pacientes con HSA espontánea y DVE ingresados entre 2013-2022: mujeres 81, edad media 61,9 (IQR 34-84), 85,2% con aneurisma y 43,4% CIRDVE (15 cultivos positivos: 7 para GP, 8 para BGN en los que se hizo tto dirigido; los demás se trataron con meropenem y linezolid empíricamente, en total un 40,2%). Se analizaron variables demográficas (edad y sexo); antec. personales (HTA, tabaco, alcohol, drogas, DM, antiagregación y anticoagulación); síntomas al ingreso (cefalea, náuseas, vómitos, rigidez nuca, pérdida conciencia, convulsión, focalidad motora); escalas de gravedad (Apache II, GCS, Hunt- Hess, WFNS), cantidad de sangrado (Fisher, Graeb), presencia de aneurisma y

su exclusión; complicaciones (resangrado, DIC, hidrocefalia; Htic), realización de cirugía craneal; necesidad y días de VMI; tratamiento médico aplicado (vasopresores, hiperosmolar), uso de profilaxis y lugar de colocación de DVE; días de DVE, n° catéteres usados, n° manipulaciones realizadas y uso de UK intratecal. Se realizó estudio observacional, prospectivo, con análisis bivariante y multivariante y selección hacia atrás.

Resultados: En el análisis bivariante encontramos sig. estadística con mayor estancia en UCI [OR 1,27 (IC95% 0,96-1,02)], mayor GRAEB [OR 1,11 (1,01-1,23)], peor GCS al ingreso [OR 0,92 (0,84-1,00)], necesidad de VMI [OR 4 (1,26-12,74)] y durante más días [OR 1,19 (1,11-1,27)], presencia de aneurisma [OR 17 (2,18-132,46)], tto vasopresor [OR 2,42 (1,16-5,05)]. Al alta de UCI presentaban peor GOS [OR 0,14 (0,04-0,42)] y GCS [OR 0,82 (0,70-0,95)]. No se objetivó relación con el uso de profi-

laxis, lugar de colocación ni nº de DVE usadas; pero sí con días de catéter, nº de manipulaciones realizadas y UK intratecal. En la regresión logística confirma mayor estancia en UCI [OR 1,14 (1,05-1,25)] y la asociación con días de catéter [OR 1,27 (1,11-1,45)].

Conclusiones: Los resultados del estudio objetivan: 1. Los pacientes con CIRDVE tuvieron más sangrado, peor situación neurológica al ingreso y al alta, necesitaron VMI con mayor frecuencia y de mayor duración y se prolongó su estancia en UCI. 2. La mayoría de pacientes con infección no tienen aislamiento (87,8%) y se realizó tto empírico con meropenem y linezolid en un 40,2%. 3. El tiempo que se mantiene el DVE fue la variable con más peso estadístico para el desarrollo de infección en nuestros pacientes.

207. UTILIDAD DE LA ESCALA STATUS EPILEPTICUS SEVERITY SCORE (STESS) COMO PREDICTORA DE REFRACTARIEDAD Y MORBIMORTALIDAD EN EL ESTATUS EPILÉPTICO

Mataix Manero M, Díaz Barranco M, Mataix Piñero JM y Jaime Sánchez FÁ

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Primario: valorar la relación entre la escala STESS con el nivel de refractariedad y morbilidad del estatus epiléptico. Secundarios: describir las características de la población estudiada. Relacionar la refractariedad con la etiología del estatus.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo, se incluyeron pacientes con estatus epiléptico (EE) ingresados en UCI del Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante desde enero 2022 hasta noviembre 2023. Se incluyen: mayores de 18 años con diagnóstico EE realizado clínicamente o a través de electroencefalografía. Excluidos: los que no recibieron benzodiacepinas. Las etiologías fueron agrupadas en estructurales (ictus isquémico y hemorrágico, traumatismo craneoencefálico, lesión ocupante de espacio cerebral, síndrome de encefalopatía posterior reversible, hemorragia subaracnoidea (HSA), hidrocefalia y enfermedades desmielinizantes) o no estructurales (causa desconocida, epilepsia previa, tóxicos, alteraciones metabólicas, encefalitis o encefalopatía posanóxica). Análisis estadístico realizado con SPSS®, prueba de Kruskal-Wallis y χ^2 . Valor alfa = 0,05.

Resultados: Se registran 49 pacientes (57,1% hombres y 42,9% mujeres), con una mediana de edad de 58 años (47-66). Mediana de estancia en UCI 16 días (6-26). Causa estructural en el 57,1%. Las etiologías más frecuentes fueron ictus hemorrágico agudo (12,2%) y HSA (12,2%), seguido de ictus isquémico agudo (10,2%), antecedentes de epilepsia (10,2%) y origen desconocido (10,2%). El 61,2% presentaron estatus no convulsivo (EENC). Respecto a la refractariedad, el 51% presentó estatus refractario (EER) y el 38,8% superrefractario (EESR). La mediana de puntuación de la escala STESS fue de 4 puntos (3-4,5). Del total, el 16,3% falleció, el 23,1% presentó algún tipo de discapacidad y el 30,6% presentó buena recuperación. No se encontró relación entre la puntuación de la escala STESS y la refractariedad del estatus ($p = 0,14$) ni entre la etiología y la refractariedad del estatus ($p = 0,32$). Sí que encontramos relación entre la puntuación de la escala STESS y la morbilidad ($p < 0,0001$).

Conclusiones: El estatus es más prevalente en hombres de mediana edad con ingresos prolongados en UCI, siendo la causa más habitual la estructural. No pudimos relacionar la puntuación de la escala STESS con la refractariedad pero sí con la morbilidad. No hallamos relación entre la etiología y la refractariedad. La validez externa es limitada por el reducido tamaño muestral, es necesario realizar estudios de cohortes de mayor duración.

208. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL CAULE: ¿VALORACIÓN FUNCIONAL EN ENTREDICHO?

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

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

Objetivos: Valorar los efectos de la craniectomía descompresiva en la reducción de la presión intracraneal, así como en la mortalidad y valoración funcional de estos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de León a los que se les realizó craniectomía descompresiva como tratamiento

de la HTIC refractaria (asumida como presión intracraneal > 20 mmHg a pesar de medidas de primer y segundo nivel), en el periodo 2019-2022. Se recogieron, entre otras, variables demográficas, etiología, nivel de consciencia al ingreso mediante el Glasgow Coma Scale (GCS), monitorización neurológica, número de episodios de HTIC hasta la cirugía, terapia osmótica empleada y tipo de craniectomía descompresiva. Tras la cirugía se cuantificó el número de osmóticos requeridos para mantener la presión intracraneal en rango. La valoración funcional se analizó mediante el *modified Rankin Score* (mRS) al alta y al año.

Resultados: Se realizaron un total de 42 craniectomías descompresivas, la mayoría hombres (55,8%), con una edad media de 53,8 años (rango: 14-71 años). La etiología más frecuente fue traumática (42,9%), seguido de la isquémica (28,6%). Al momento del ingreso el 69% presentó un GCS menor de 8. Entre los traumatismos craneoencefálicos la mayoría fueron lesiones focales unilaterales (72,2%). La mayoría de las craniectomías fueron frontoparietales o frontoparietotemporales unilaterales (66,7%), de predominio hemisférico derecho (75%), con un único caso de craniectomía bifrontal de etiología traumática. El 85,7% de los casos presentó 1-2 episodios de HTIC previos a la cirugía, con un tiempo medio desde la HTIC hasta la intervención de 14,4 horas y un 66,7% de las craniectomías realizadas en las primeras 24 horas. Tras la cirugía, no realizaron más episodios de HTIC (y, por tanto, no requirieron terapia osmolar), el 71,4%. La mortalidad en UCI fue del 23,8%, y al alta el 100% de los pacientes presentaba un mRS ≤ 4 . Al año, la tasa de mortalidad total (incluida la intra-UCI) fue 35,7%, y el 40,4% del total de pacientes presentaba un mRS menor o igual a 3 (53,1% si consideramos solo los pacientes vivos a los 12 meses).

Conclusiones: La craniectomía descompresiva es una herramienta eficaz en el tratamiento de la HTIC aunque, a pesar de su realización precoz, asocia una elevada tasa de morbilidad al alta en UCI (similar a las series de casos disponibles en la bibliografía). Sin embargo, a largo plazo (1 año al menos), los resultados parecen ser prometedores; necesitando de más estudios que valoren esta premisa.

209. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA (HSA) EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Barbero Garrote S, García García M, Blanco Schweizer P, Olmos Linares AM, Canas Pérez I, Colmenero Calleja C, Ticona Espinoza T, Enriquez Giraudo P y Herrán Monge R

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y de tratamiento de pacientes con HSA que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Analizar las complicaciones y resultado neurológico, y su relación con el grado de gravedad.

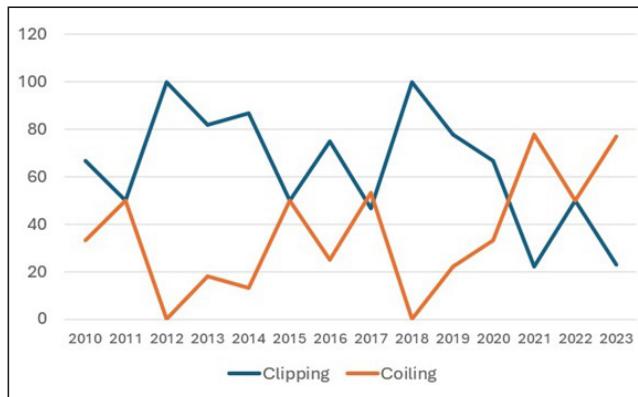
Métodos: Análisis observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con diagnóstico de HSA en UCI de un hospital terciario entre 2010 y 2023. Variables recogidas como mediana (IQR) y porcentaje (%). Se aplica χ^2 o test exacto de Fisher. Estadísticamente significativo p valor < 0,05.

Resultados: N = 210 (58 (50;67) años; 55,2% varones). Patrón aneurismático: 79,5%. Localización principal: arteria comunicante anterior (23,3%). Afectación de circulación anterior: 72,9%. Patrón no aneurismático: perimesencefálico (17,1%), MAV (0,5%). WFNS > 3: 31,4%. Fisher > 2: 78,6%. 22,9% de HSA aneurismática no recibió tratamiento de exclusión (causa más frecuente: mal grado clínico (8,4%)). La cirugía (C) (39,5%) fue más frecuente que el tratamiento endovascular (E) (22,9%), con estrategia ultra *early* en 46,2%. Se observa incremento temporal de E frente a C (fig. 1). Complicación más frecuente: vasoespasmos. 41,8% presentaron vasoespasmos sonográficos, de los que desarrollaron vasoespasmos clínicos el 52,39%. Fisher > 2 se asoció con más incidencia de vasoespasmos (47,5 vs. 22,7% Fisher < 2; $p < 0,01$) y DCI (25,8 vs. 9,1% Fisher < 2; $p < 0,05$). Mortalidad hospitalaria: 28,1%. Estancia hospitalaria: 16,5 (7;31) días. Mortalidad al año: 31,4%. Rankin ≤ 2 al año: 43%. Asociación entre resultados y grado clínico en la tabla.

Conclusiones: En la cohorte, se observa un incremento temporal de tratamiento endovascular respecto al quirúrgico de HSA aneurismática. Fisher alto se asoció con más incidencia de vasoespasmos y DCI. Mal grado clínico se asoció con más incidencia de hidrocefalia

aguda y DCI; y peor resultado neurológico y supervivencia. Mortalidad similar a otras series.

	WFNS 1-3 (N = 136)	WFNS 4-5 (N = 72)	p
Vasoespasmio	57 (42,5%)	28 (41,2%)	0,85
Hidrocefalia crónica	13 (9,4%)	13 (19,4%)	0,05
Hidrocefalia aguda	39 (28,9%)	42 (60%)	< 0,01
Crisis	21 (15,6%)	13 (18,8%)	0,55
Epilepsia	8 (6%)	4 (5,9%)	0,97
DCI	23 (17,4%)	21 (31,3%)	< 0,05
Nueva hemorragia	8 (6,3%)	6 (9,2%)	0,46
Rankin ≤ 2			
Alta	75 (56,8%)	3 (4,3%)	< 0,01
1 año	86 (69,9%)	4 (6,7%)	< 0,01
Mortalidad			
Intrahospitalaria	17 (14%)	42 (60,9%)	< 0,01
1 año	23 (37,7%)	43 (72,9%)	< 0,01



210. MORBIMORTALIDAD Y VASOESPASMO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, Montaña Diez P, Valiente Raya P, Valdés Franci E, Rubio de la Garza G, Postigo Hernández C y García González I

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El vasoespasmio se considera la complicación responsable del 20% de la morbimortalidad en las HSA. Estudiar los factores asociados al vasoespasmio para optimizar la prevención, el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA entre julio 2012 y diciembre del 2023. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, al no ajustarse a una distribución normal. Descriptivo. Análisis bivariados, U de Mann-Whitney y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 254 pacientes. El 61,8% fueron mujeres. El 53,9% presentaron Fisher IV. El 76,8% fueron aneurismas, 2 pacientes presentaban fistula y otros 3 fueron MAVs. En el 50,8% de los casos se realizó tratamiento endovascular de la lesión, de ellos solo el 12,2% preciso DVE. En 242 se realizó la arteriografía en las primeras 24 horas. Hubo diferencia en la demora en la realización de la técnica entre supervivientes y fallecidos $p = 0,002$. La incidencia de vasoespasmio fue del 13,4%, y de resangrado 8,7%. La mortalidad durante el ingreso hospitalario fue del 22,4%. El vasoespasmio se presentó en 34 pacientes. Los pacientes con GCS de ingreso < 8 tienen una OR de 5,78 (IC95% 1,39-23,9, $p = 0,015$), respecto a GCS moderado, siendo un factor de riesgo para mortalidad La presencia de hematoma intraparenquimatosa con OR de 3,74 (IC 1,084-12,934) así como la HIV OR 3,63 (IC 1,26-10,4), presentan mayor mortalidad.

Conclusiones: Nuestra población no difiere de la literatura. La presencia de lesiones asociadas determina un peor pronóstico, siendo relevantes las presencias de sangre intraparenquimatosa y/o intraventricular. El GCS < 8 se asocia a menor supervivencia. En cuanto a mortalidad la realización inmediata de la arteriografía puede no ser tan beneficiosa como su retraso a las 24 h.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

TRAUMATISMOS I

16:45-18:15 - Sala 133

Moderadores: Gabriel Jiménez Jiménez/
Arturo Zabalegui Pérez

211. TRAUMATISMO DE PÁNCREAS, UNA ENTIDAD INFRECUENTE A TENER EN CUENTA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

García Moreno P, Hernández Hernández MÁ, Silva García C, Huertas Marin MDC, Tello Sánchez M, del Moral de Diego A y Cherchi Pepe M
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Conocer la incidencia y manejo de los pacientes con traumatismo de páncreas en nuestro medio.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes politraumatizados que sufrieron traumatismo de páncreas y que requirieron ingreso en UCI en los últimos 15 años. Se recogieron datos demográficos, clínicos, pruebas diagnósticas, tratamiento y evolución.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con traumatismo de páncreas. La edad media fue de $38,3 \pm 18$, 64% hombres y 36% mujeres. En el 86% de los casos se produjo un traumatismo abdominal cerrado, siendo la causa principal del mismo los accidentes de tráfico (58%) y en el 14% un traumatismo abdominal abierto, tratándose en todos los casos de herida por arma blanca. En el 21% de los casos el traumatismo fue exclusivamente abdominal, en el resto el traumatismo fue múltiple, siendo el traumatismo torácico el más frecuentemente asociado (80%). La prueba diagnóstica más utilizada fue el TC (79%). En el 14% de los casos se llegó al diagnóstico tras la realización de una laparotomía exploradora y en el 7% de los casos se diagnosticó a través de ecografía. Los hallazgos más frecuentes fueron la rotura pancreática, el edema, el hematoma y la contusión. El tratamiento fue conservador en el 57% de los casos y quirúrgico en el 43%, siendo la sutura simple la técnica más utilizada, seguida del drenaje. En un caso se realizó anastomosis del conductor de Wirsung y derivación biliar. Los niveles de amilasa se determinaron en el 50% de los casos siendo el valor máximo 1480. Las complicaciones derivadas del traumatismo de páncreas fueron infrecuentes, describiéndose en un único caso un pseudoquiste y la mortalidad fue del 21%, siendo el fracaso multiorgánico la causa más frecuente.

Conclusiones: El traumatismo de páncreas es una entidad poco frecuente pero con elevada morbimortalidad asociada que en las fases iniciales puede pasar inadvertido por lo que es importante la sospecha clínica. Con respecto al tratamiento, la integridad del conducto pancreático determinará la actitud terapéutica, siendo preferible el manejo conservador frente al manejo más invasivo. El pronóstico vendrá determinado fundamentalmente por el grado de afectación de la glándula y sobre todo por el resto de lesiones asociadas al traumatismo de páncreas.

212. TCE GRAVE Y CIRUGÍA DESCOMPRESIVA. ¿OPERAR O NO OPERAR?

Fernández Cuervo A, Centeno Sotillo A, Bermejo Rubio H y Diez Izquierdo C
Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

Objetivos: Analizar las características de nuestros pacientes con TCE grave, basándonos en GCS < 8, necesidad de cirugía urgente, toma de decisiones en función del estado pupilar y correlación con la evolución del paciente durante su estancia en nuestra UCI de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo, de nuestra cohorte de pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel con servicio de neurotrauma. Se analiza edad, sexo, GCS < 8 puntos, gravedad del trauma ISS, tipo de traumatismo, alteración pupilar al ingreso, cirugía urgente, neuromonitorización, días de ingreso, días de VM, mortalidad, CGS al alta de UCI. Base de datos nacional RETRAUCI. Análisis estadístico spss.

Resultados: Total de pacientes con politraumatismo ingresados en nuestra unidad durante el periodo comprendido entre 1 enero 2020 y 31 diciembre 2022: 238. De los cuales 89 presentaron un GCS < 8 puntos al inicio (GCS 5 media). De este subgrupo de pacientes: 81% de los casos fueron hombres, con edad media 46 años (mínimo 12, máximo 86 años), la mortalidad fue del 32%, ISS medio 25 (mínimo 8, máximo 54), MAIS cabeza, cuello 3,8 media, 48 pacientes no presentaron alteraciones pupilares, 24 midriasis unilateral y 14 casos midriasis bilateral; 64% precisó neuromonitorización PIC intraparenquimatosa. Se realizaron 28 neurocirugías urgente (evacuadoras). Se realizaron 19 cirugías descompresivas (10 casos no presentaron alteraciones pupilares al ingreso, 8 presentaban midriasis unilateral, 1 midriasis bilateral). Los días de estancia media 19 días, 14 días de ventilación mecánica (mínimo 1, máximo 46); En cuanto a resultados de las cirugías, 14/17 cirugías descompresivas, fueron dados de alta con GCS > 8 y 35/41 de los no operados. Del total de *exitus*, 3 habían precisado craneotomía descompresiva, 1 de ellos fallecido por *shock* séptico.

Conclusiones: La enfermedad traumática grave requiere un manejo médico y quirúrgico si precisa de manera emergente. El tiempo con HTIC y las alteraciones pupilares son cruciales para la toma de decisiones. En nuestra cohorte de pacientes, los pacientes que fueron tratados con craneotomía descompresiva no se acompañó de una mortalidad más significativa y el GCS al alta de UCI fue mayor del esperado en correlación con el GCS de entrada. Hacen falta más estudios que valoren el estado funcional, no solo GCS al alta de UCI en pacientes con TCE grave y una cohorte de pacientes mayor, para apoyar la toma de decisiones terapéuticas.

213. PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y DEPENDENCIA FUNCIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Barbero Garrote S, Herrán Monge R, Ticona Espinoza T, Merino García P, García García M, Blanco Schweizer P, Enríquez Giraudo P, Canas Pérez I y Colmenero Calleja C

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas y resultados de los pacientes ingresados por TCE en una UCI. Identificar variables asociadas de forma independiente con mortalidad o dependencia funcional (Rankin > 3) y crear un modelo predictivo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con TCE ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel (2019, 2021 y 2022). Resultados como mediana (RIQ), o frecuencia (%). Análisis bivalente mediante test no paramétricos y creación de modelo predictivo con regresión logística. Valor p estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: N = 121. Variables de interés de los pacientes ingresados por TCE en función de mRankin (tabla 1). Variables incluidas en el modelo predictivo (tabla 2). Área bajo la curva (ABC) del modelo predictivo: 0,9 (fig. 1).

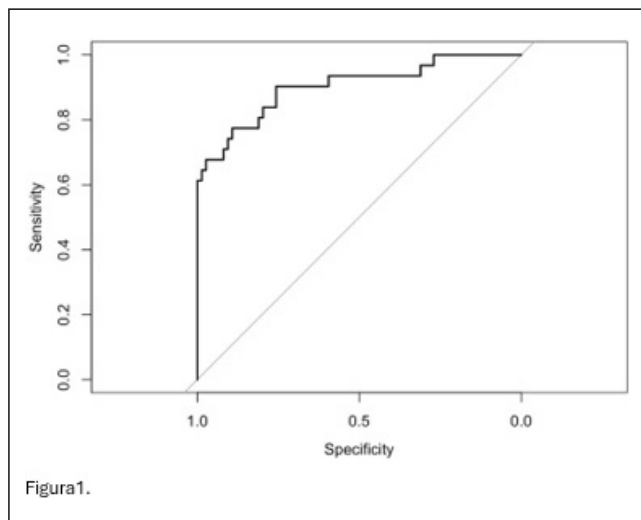


Figura1.

	mRankin ≤ 3 N = 86	mRankin > 3 N = 35	p
Edad	49 (32;68)	73 (53;80)	< 0,05
Sexo (varón)	66 (76,7%)	26 (74,3%)	0,57
Mecanismo			
Caída accidental	14 (16,3%)	18 (51,4%)	< 0,05
Precipitación	19 (22,1%)	9 (25,7%)	
Otros	53 (61,6%)	7 (19,9%)	
Gravedad TCE			
Leve	59 (68,9%)	5 (14,3%)	< 0,05
Moderado	11 (12,8%)	7 (20%)	
Grave	16 (18,16%)	23 (65,7%)	
GCS (ing)	15 (11,25;15)	7 (3;12,5)	< 0,05
APACHE II	13 (9;17)	24 (20;30)	< 0,05
SOFA	1 (0;3)	5 (3;9)	< 0,05
ISS	17 (10;25)	25 (25;34)	< 0,05
Glucemia	136,5 (113;152)	177 (142;210)	< 0,05
Creatinina	0,83 (0,7;0,98)	0,89 (0,7;1,3)	0,1
Lactato	1,7 (1,2;2,5)	2,5 (1,5;3,5)	0,01
Cirugía urg	3 (3,5%)	5 (14,3%)	< 0,05
VM	32 (37,2%)	32 (91,4%)	< 0,05
VM (d)	6 (1;14)	5 (2;13)	0,8
PIC	9 (10,5%)	12 (34,3%)	< 0,05
HIC	7 (8,1%)	18 (51,4%)	< 0,05
Craniectomía	4 (4,7%)	4 (11,4%)	0,32
Estancia UCI (d)	4 (2;7,75)	8 (3;16,50)	0,04
Estancia hospitalaria (d)	9 (6;19)	12 (4;27)	0,3
LTSV	0 (0)	21 (60%)	< 0,05
Mortalidad UCI	0 (0)	18 (51,4%)	< 0,05
Mortalidad hospitalaria	0 (0)	23 (65,7%)	< 0,05

	OR	IC95%	p
Edad	1,04	1,01-1,08	< 0,05
Glucemia	1,01	1,00-1,02	0,2
GCS ing	0,77	0,65-0,89	< 0,05
Lactato	1,39	0,89-2,32	0,2
Creatinina	0,41	0,02-6,59	0,5
ISS	1,11	1,04-1,18	< 0,05

Conclusiones: En la cohorte, 32% presentan TCE grave, alto uso de recursos y mortalidad hospitalaria alta (19%), realizando LTSV en 17% por mal pronóstico. Se identificaron como variables asociadas de forma independiente con mortalidad/dependencia funcional: edad, GCS e Injury Severity Score. El modelo predictivo tiene alta capacidad discriminativa.

214. IMPACTO DEL DELTA DEL ÍNDICE DE SHOCK EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

Correas López MT, Morales Varas GD, Alonso Ciria E, Moreno Ciudad P, Pais Sánchez-Malingre MV, Romeu Prieto JM, González Alemán O, Morán Gallego FJ y Sánchez Casado M

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

Objetivos: Evaluar el impacto del delta (Δ) de índice de *shock* (IS) en la evolución de los pacientes con trauma grave.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes ingresados en una Unidad de Trauma y Neurocríticos entre enero del 2020 y octubre del 2023. Se analizó el Δ IS como la diferencia del IS en la atención prehospitalario y el de la llegada al hospital, se comparó en relación de si hubo aumento o no del mismo. Se incluyeron variables demográficas, del tipo y gravedad del trauma, utilización de recursos, complicaciones y resultados. Las variables continuas se describen en medianas y rango intercuartílicos (RIQ) y se compararon con el test U de Mann-Whitney o t de Student (según la normalidad); las variables categóricas se expresan en recuento y porcentaje y se contrastan con el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher (según la normalidad). Se utilizó un nivel de significancia del 5% (bilateral).

Resultados: Se analizaron 569 pacientes, de los cuales 156 (27%) se incluyeron en el estudio. La mediana de edad fue de 52,5 (38-70,5) años, siendo el sexo masculino el más frecuente (78%), sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El 95% de las lesiones fueron contusas frente a un 4,5% de lesiones penetrantes. En su

mayoría fueron traumatismo cerrado (95%), y no hubo diferencias en el mecanismo lesional. No hubo diferencias en relación a las lesiones anatómicas e índices de gravedad, salvo el Revised Trauma Score (RTS) que fue menor en el grupo con $\Delta IS > 0,1$ (7,84 [6,9-7,84] vs. 7,1 [5,96-7,84]; $p = 0,048$) puntos. La mediana de IS fue mayor en el grupo con $\Delta IS > 0,1$ (0,82 [0,7- 1,03] vs. 0,63 [0,53-0,73]; $p < 0,1$ (25 vs. 8%; $p = 0,021$).

Conclusiones: Los pacientes con un $\Delta IS > 0,1$ requirieron más activación de PHM y precisaron una mayor necesidad de transfusión de hemocomponentes. La mortalidad en UCI de los pacientes con $\Delta IS > 0,1$ fue mayor en el grupo de pacientes que a su llegada a urgencia presentaban un IS menor de 0,9, por lo que puede ser una herramienta útil en este grupo de pacientes.

215. USO DE DEXMEDETOMIDINA PARA SEDACIÓN EN PACIENTES CON TRAUMA GRAVE

Curieses Andrés CM, Bueno González AM, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez JE, Velasco Villagarcía A, Francisco Amador A y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Tras los resultados del ensayo SPICEIII y la alerta de seguridad de la AEM, del uso de la dexmedetomidina (DEX) en determinado grupo de pacientes, nos proponemos: 1º. Describir el uso de DEX como sedante en la cohorte de pacientes ingresados con trauma grave; 2º. Evaluar los efectos secundarios y los factores pronósticos asociados al uso de DEX.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de una base de datos local, de los pacientes incluidos en el registro nacional RETRAUCI de Oct-2022 a Oct-2023. Se realiza estudio comparativo de los pacientes tratados con DEX respecto a otros sedantes, durante su ingreso en UCI. Análisis estadístico con software STATA 13.0.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes. Edad media 58,3 años (DE: 19), ISS medio: 18 (DE: 9). EL 31% fueron accidentes de tráfico y el 26% caídas accidentales, con trauma torácico (55%) y TCE (51%) como áreas anatómicas más frecuentemente lesionadas. La mortalidad fue del 19% (n: 16), 38 pacientes (45%) precisaron IOT y ventilación mecánica invasiva (VMI). La estancia media en UCI fue de 6 días (min: 1, max: 39), 5 días de VMI y una estancia media hospitalaria de 14 días. Recibieron sedación con DEX el 15% de los pacientes (n: 12) y hasta el 11% (n: 9) precisaron asociar propofol para alcanzar el objetivo de sedación. Las indicaciones de DEX fueron, agitación en proceso de destete (n: 7), sospecha de abstinencia a hábito enólico (n: 3) y agitación en contexto de lesión axonal difusa (LAD, n: 2). En el 50% de los pacientes (n: 6) se inició DEX en VMI, con una duración media de tratamiento de 4,3 días (mín: 2, máx.: 6), dosis media de 0,77 $\mu\text{g}/\text{Kg}/\text{h}$ y RASS medio de -1. El día medio de inicio del tratamiento con DEX fue el día 5 de ingreso (mín: 1, máx.: 20). Los pacientes en los que se inició DEX eran más jóvenes, comparado con los que recibieron otros sedantes (47 años vs. 60,5 años, $p = 0,025$). En relación al pronóstico, la estancia media de los pacientes que recibieron DEX fue más prolongada (12,7 días vs. 4,7 días $p = 0,007$) y tuvieron TAs más baja durante el tratamiento (102 vs. 118 mmHg; $p = 0,008$), no hubo diferencias en días de VMI, ni en mortalidad.

Conclusiones: En pacientes con trauma grave, el uso de DEX se asoció a estancias más prolongadas, aunque posiblemente esté relacionado al inicio tardío del tratamiento en la fase de destete de la VMI. Un alto porcentaje de pacientes precisaron asociar otros sedantes para alcanzar el objetivo de sedación. La hipotensión fue más frecuente en el grupo de DEX. Este estudio nos confirma la importancia de seleccionar al candidato adecuado, con un adecuado *checklist* de seguridad.

216. SOBRETANSFUSIÓN EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO: ¿SOLO EN HEMORRAGIA MASIVA?

Marcos Morales A, Barea Mendoza JA, García Fuentes C, Valiente Fernández M, Álvaro Valiente E, Mudarra Reche C, Gutiérrez Gutiérrez J, Delgado Moya FDP, Bermejo Aznárez S y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal fue describir la incidencia de sobretransfusión en pacientes con trauma grave, definida como una hemo-

globina ≥ 12 g/dL medida a las 24 horas. Los objetivos secundarios fueron analizar el impacto pronóstico de la sobretransfusión.

Métodos: Estudio observacional analítico realizado a partir de un registro prospectivo de pacientes con trauma en una UCI especializada de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con trauma ingresados en esta UCI en el periodo comprendido entre 2012 y 2022, que habían recibido transfusión de concentrados de hematíes (CH) en las primeras 24 horas del ingreso, y en función de la cantidad transfundida fueron divididos en dos grupos: entre 1 y 9 CH y ≥ 10 CH. Se obtuvieron como variables demográficas la edad, el sexo, como variables clínicas el tipo de trauma y el mecanismo lesional, la situación hemodinámica prehospitalaria y su llegada, el Injury Severity Score (ISS), y la necesidad de arteriografía o cirugía abdominal urgente. Asimismo, se recogió el valor de la hemoglobina en las analíticas a las 0 y 24 horas, y variables de desenlace como los días de estancia, la disfunción orgánica y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 473 pacientes transfundidos por hemorragia traumática, de los cuales 125 (26%) cumplieron la definición de transfusión masiva (≥ 10 CH en 24 horas). La mediana de edad fue de 40 años, el 70% fueron varones. El grupo que recibió transfusión de ≥ 10 CH presentó una mayor frecuencia de trauma penetrante (23 vs. 15%), mayor ISS (mediana de 41 vs. 30), mayor inestabilidad hemodinámica con 90 vs. 46% de pacientes en *shock*, una media de volumen prehospitalario de cristaloides administrado de 1.620 vs. 980 mL, y mayor necesidad de procedimientos de control de sangrado (arteriografía en 24 vs. 11%, cirugía abdominal urgente en 42 vs. 13%). La incidencia de sobretransfusión (Hb ≥ 12 g/dL a las 24 horas) fue de 25% en el grupo de ≥ 10 CH y de 15% en el grupo de 1-9 CH. La sobretransfusión se asoció con la disfunción multiorgánica (25 vs. 14,7%, $p = 0,037$) y con el distrés respiratorio agudo (24 vs. 10%, $p = 0,01$), esta última diferencia manteniéndose en el análisis multivariante ajustado por edad, gravedad del trauma torácico y situación hemodinámica (OR 2,33, IC95% 1,21-4,45). No hubo diferencias en mortalidad.

Conclusiones: La sobretransfusión en el *shock* hemorrágico traumático y sus complicaciones derivadas ocurren tanto en pacientes receptores de transfusión masiva como en los que fueron transfundidos con menos CH. Deberá estudiarse la necesidad de ser más conservador en la cantidad de hemoderivados a transfundir en estos pacientes inestables.

217. DESASOSIEGO MORAL EN PROFESIONALES QUE PROVEEN CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

Corral Lardiés C

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

Objetivos: Establecer el nivel de desasosiego moral de los profesionales que habitualmente ofrecen cuidados a los pacientes con enfermedad traumática.

Métodos: Durante la realización de las "II Jornadas de Trauma Grave: abordaje integral" se realizó una encuesta utilizando la herramienta Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals en su versión en español (MMD-HP-SPA) para evaluar el nivel de desasosiego moral con un rango que oscila entre 0 y 432. Se evaluaron aspectos demográficos, relacionados con la profesión, experiencia, salario y situación contractual. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes; la comparación del grado de desasosiego entre los grupos se determinó mediante la mediana y rango intercuartílico y se comparó con la prueba de Kruskal Wallis.

Resultados: Hubo un total de 196 respuestas. La mediana de edad fue de 38 (30-46) años y mayoritariamente eran mujeres (73%). La mediana de MMD-HP-SPA fue de 106,5 (68-153). El nivel de desasosiego fue mayor en mujeres que en hombres (116 [79-160] vs. 68 [48-115]; $p = 0,002$), en los cirujanos (163,5 [99-182]; $p = 0,027$) y en quienes realizaban más de 6 turnos de noche al mes (141 [93-150]; $p = 0,002$). El resto de resultados se resumen en la tabla 1. Los profesionales que alguna vez consideraron abandonar su puesto de trabajo presentaron mayor desasosiego moral 127 [92-171]; $p = 0,040$). En la tabla 2 se resume el disconfort de los profesionales al tener que transmitir información en diferentes contextos clínicos.

Conclusiones: Los profesionales que proveen cuidados a pacientes con enfermedad traumática presentan un alto nivel de desasosiego moral. Su presencia puede afectar la calidad asistencial, por lo que su abordaje es fundamental para asegurar el cuidado de quien cuida y a quien se cuida.

Tabla 1

	Participantes n=196 (%)	MMD-HP-SPA, mediana (RIQ)	p=
Edad, años mediana (RIQ)	38 (30-46)		
menor de 30 años	43/194 (22,16)	107 (92-142)	
30 a 50 años	117/194 (60,31)	120 (65-163)	
mayor de 50 años	34/194 (17,53)	80,5 (44-111)	0.074
Género			
Hombre	48/196 (24,49)	68 (48-115)	
Mujer	143/196 (72,96)	116 (79-160)	
No binario	2/196 (1,02)	197,5 (194-201)	
No responde	3/196 (1,53)	198 (2-204)	0.002
Profesión			
Médico/a	101/185 (54,59)	109 (68-150)	
Enfermero/a	78/185 (42,16)	115 (70-163)	
Técnico/a sanitario	6/185 (3,24)	60,5 (0-116)	0.266
Noches que realiza al mes, mediana (RIQ)	6 (5-6)		
menor de 4 noches	7/187 (3,74)	68 (53-119)	
entre 4 y 6 noches	153/187 (81,82)	113 (75-163)	
más de 6 noches	27/187 (14,44)	141 (93-150)	0.002
Participación de proyectos			
Le proponen y participa en proyectos.	132/172 (76,74)	115,5 (73,5-159,5)	
Le proponen y no participa en proyectos.	2/172 (1,16)	77,5 (2-153)	
No le proponen y no participa en proyectos.	38/172 (22,09)	94,5 (61-142)	0.376

Ámbito de trabajo			
UCI y Anestesia	100/190 (52,63)	117,5 (68-163)	
Cirugía	6/190 (3,16)	163,5 (99-182)	
Urgencias	29/190 (15,26)	127 (82-154)	
Extrahospitalaria	55/190 (28,95)	94 (64-128)	0.027
Años de experiencia			
< 4-5 (en formación)	51/179 (28,49)	100 (61-154)	
5-10 años	42/179 (23,46)	61 (99,5-171)	
10-20 años	33/179 (18,44)	133 (81-154)	
> 20 años	53/179 (29,61)	99 (173-142)	0.644
Pacientes con trauma atendidos al año			
< 50	78/159 (49,06)	113 (65-153)	
50-150	59/159 (37,11)	108 (68-171)	
50-300	10/159 (6,29)	140,5 (92-191)	
> 300	12/159 (7,55)	73,5 (63,5)	0.284
Tipo de contrato			
Eventual	40/171 (23,39)	93 (60,5-155)	
Interino	66/171 (38,60)	135 (70-171)	
Plaza fija	65/171 (38,01)	99 (69-134)	0.073
Salario bruto anual			
< 30.000 €	43/168 (25,6)	99 (57-169)	
30.000-50.000 €	87/168 (51,79)	119 (74-163)	
> de 50.000 €	38/168 (22,62)	76 (64-142)	0.189

Figura 3 Póster 217

Cuánto disconfort le produciría transmitir la información clínica a pacientes y/o familias en las siguientes situaciones (tabla 2):

	0	1	2	3	4	5
Varón de 35 años con TCE, anisocoria no reactiva y GCS 3.	2/196 (1,02)	1/196 (0,51)	12/196 (6,12)	24/196 (12,24)	60/196 (30,61)	97/196 (49,49)
Varón de 60 años, cirrótico en lista de trasplante hepático, con encefalopatía hepática que precisa IOT.	12/196 (6,12)	20/196 (10,20)	53/196 (27,04)	63/196 (32,14)	35/196 (18,37)	12/196 (6,12)
Mujer de 70 años shock séptico por infección respiratoria con FMO.	5/196 (2,55)	15/196 (7,65)	52/196 (26,53)	65/196 (33,16)	48/196 (24,49)	11/196 (5,61)
Mujer de 40 años con trauma raquimedular y lesión medular completa a nivel de C4	1/196 (0,51)	1/196 (0,51)	6/196 (3,06)	23/196 (11,73)	54/196 (27,55)	111/196 (56,63)
Mujer de 80 años con Ictus isquémico izquierdo que presenta hemiplejía y afasia global.	11/196 (5,61)	30/196 (35,20)	69/196 (35,20)	56/196 (28,57)	25/196 (12,76)	5/196 (2,55)
Varón 45 años, accidente laboral, amputación accidental transhumeral derecha.	1/196 (0,51)	4/196 (2,04)	15/196 (7,65)	43/196 (21,94)	86/196 (43,88)	47/196 (23,98)
Mujer 35 años embarazada de su segundo hijo con trauma abdominal cerrado y óbito fetal.	1/195 (0,51)	1/195 (0,51)	2/195 (1,03)	18/195 (9,23)	48/195 (24,62)	125/195 (64,10)

218. INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE EN EL PACIENTE QUEMADO

Reina Martínez FJ, Tineo Martínez B, Delgado Barroso A, López de Tejada Galisteo Á y Cuenca Apolo DX

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

Objetivos: Determinar la prevalencia de insuficiencia respiratoria hipoxémica en el paciente quemado y los factores asociados a su aparición.

Métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo de pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel por quemadura entre 2021 y 2023. Se recogen variables demográficas, comorbilidades mediante el índice Charlson, relacionadas con la quemadura (mecanismo, superficie corporal quemada (SCQ), fluidoterapia administrada en primeras 24 y 48 horas, afectación de vía aérea y síndrome de inhalación), aparición de hipoxemia grave (PaO2/FiO2 < 200) en los primeros 14 días y su etiología (síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA), sobrecarga hídrica, infección respiratoria (NAVM), la mortalidad hospitalaria y la estancia en UCI y hospitalaria. Se calculan medias y desviación estándar de las variables cuantitativas, proporción de las cualitativas. Para los contrastes de hipótesis se emplean la prueba t de Student y chi-cuadrado. Se usa el paquete SPSS (v. 25).

Resultados: Se registran un total de 70 pacientes, de edad media 45 años (DE 16), varones (54%) con bajo índice de comorbilidad de Charlson (1, DE 1) y SCQ media de 39% (DE 21%). 35 pacientes (50%) presentaron insuficiencia respiratoria hipoxémica en los primeros 14 días, con inicio de clínica al 6º día de media (DE 11). El 80% presentaban sobrecarga hídrica clínica (OR 132, IC95% [15, 238]) y 82,4% NAVM previo al deterioro respiratorio (OR 12,9, IC95% [4, 41]). El 57% cumplían criterios de SDRA. Se observó asociación de aparición de hipoxemia con mayor SCQ (34 vs. 45%, p = 0,03); y con mayor puntuación en la escala ABSI abreviada (8 vs. 9, p = 0,019). La fluidoterapia administrada en las primeras 24 h también se asoció a este hecho (10.338 vs. 14.740 ml, p < 0,01). La afectación de vía aérea o inhalación no se asociaron a mayor riesgo de hipoxemia. En relación a la evolución, el 68% de los pacientes requirieron bloqueo neuromuscular, y 11 sujetos (31,4%) decúbito prono, con una mejoría de PaO2/FiO2 media de 108 (DE 69). El 40,6% requirieron traqueostomía, y asociaron mayor estancia en UCI (33 vs. 14, p = 0,05) y días de ventilación mecánica (23 vs. 7, p < 0,01). La mortalidad fue mayor pero no significativa respecto a los pacientes que no sufrieron hipoxemia (37 vs. 17%, OR 2,8 [0,93, 8,78]).

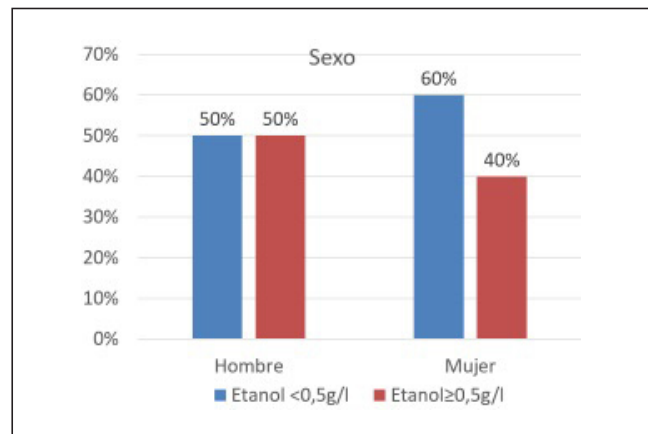
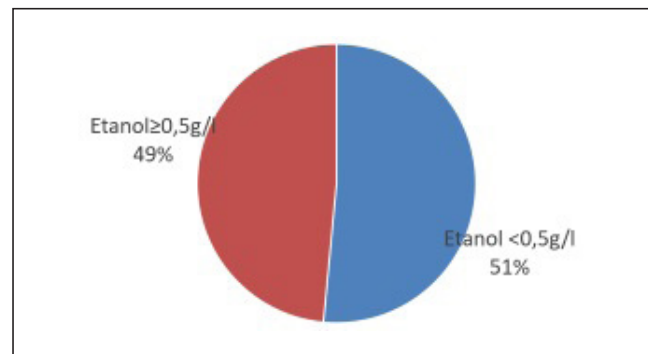
Conclusiones: En nuestro centro la incidencia de insuficiencia respiratoria hipoxémica moderada-grave en los primeros 14 días es elevada (50%). Los factores asociados a su desarrollo son la NAVM, sobrecarga hídrica, ABSI elevado y mayor fluidoterapia en las primeras 24 horas. Su aparición determina una mayor mortalidad y estancia en UCI.

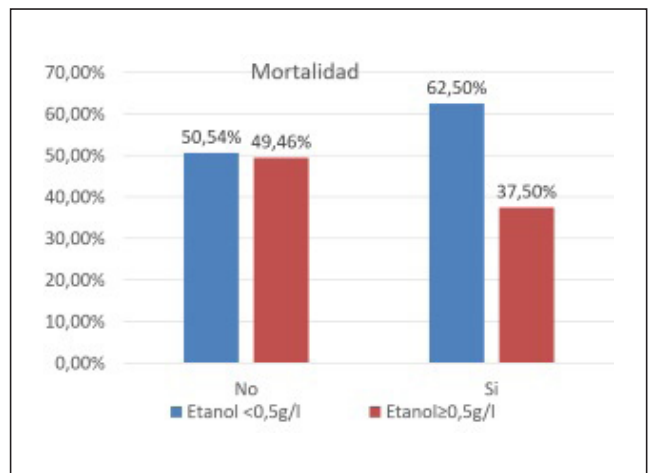
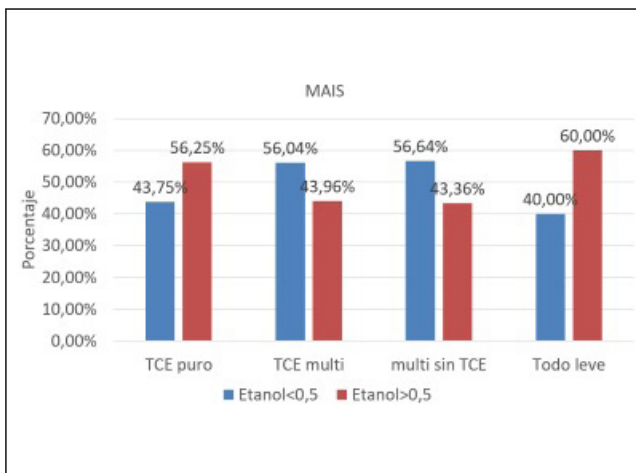
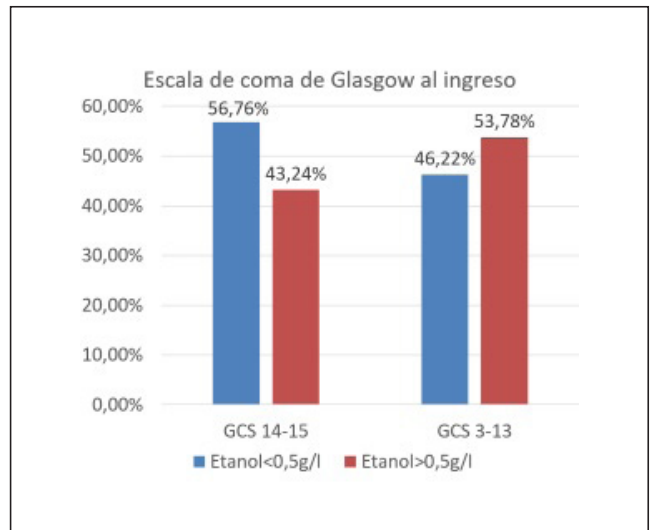
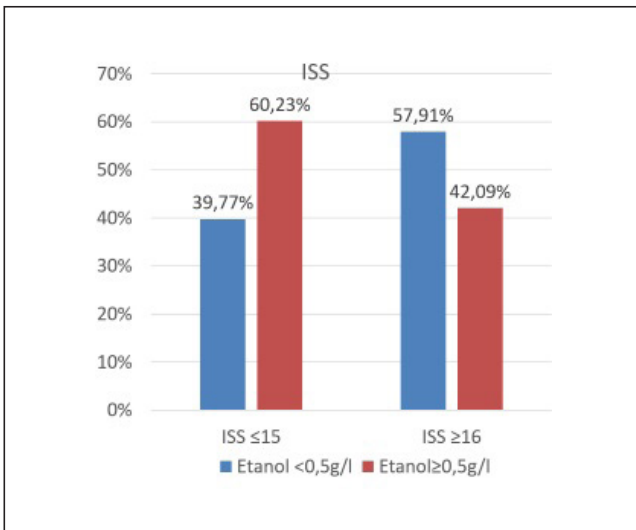
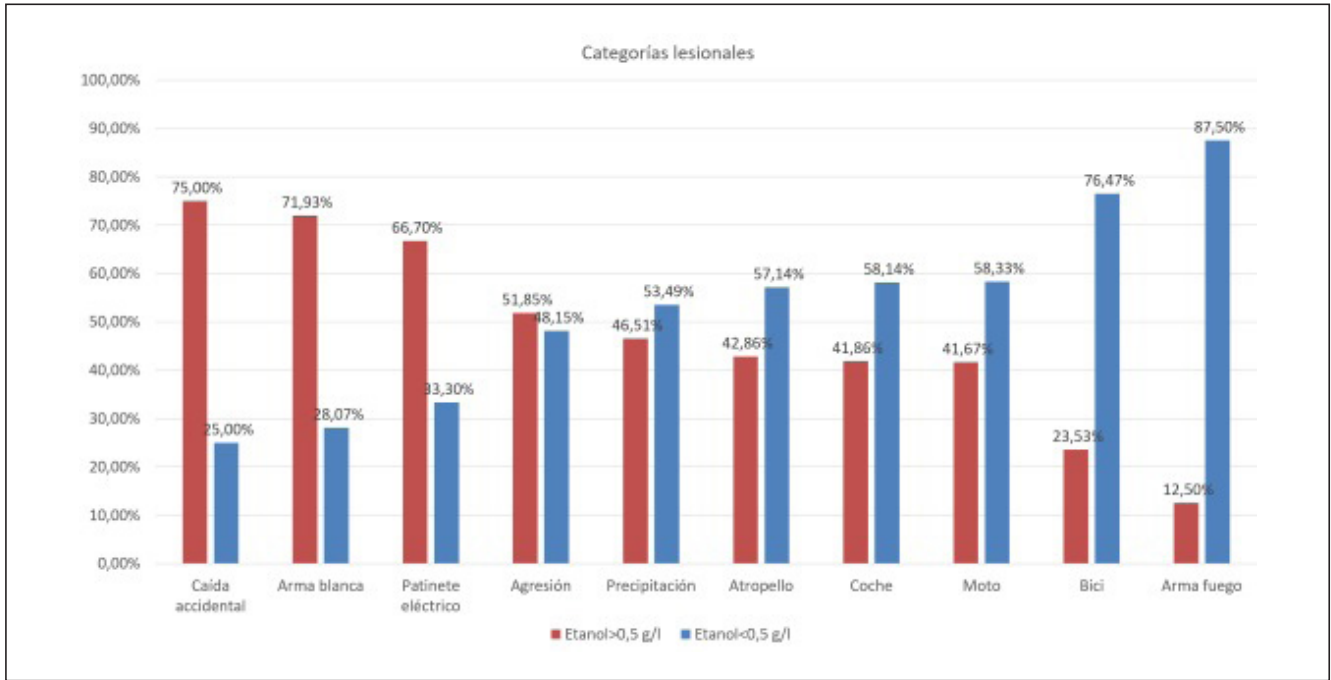
219. ETANOL ELEVADO EN TRAUMA. QUÉ PODEMOS ESPERAR

Ginestal Calvo J, Marcos Morales A, Barea Mendoza JA, García Fuentes C, Blanco Carrasco L, Galiano Carrilero C, Solano Lorente E, Calvo Boyero F, Cueto-Felgueroso Ojeda C y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Identificar si algunas características clínicas o demográficas de los pacientes con trauma están vinculadas al etanol en sangre para aumentar la comprensión de la influencia de este fármaco.





Métodos: Estudio observacional retrospectivo con pacientes de una UCI de trauma entre 2014 y 2022. El criterio de inclusión fue la medición de etanol en sangre al ingreso, sin criterios de exclusión. Se dividió a la muestra en dos grupos: etanolemia positiva en valores $\geq 0,1$ g/l y negativa en valores $< 0,1$ g/l. Se recogieron variables como edad, sexo, mecanismo lesional, escala de coma de Glasgow (GCS) inicial, Abbreviated Injury Scale (AIS) e Injury Severity Score (ISS), así como mortalidad y días de estancia en UCI. Las variables cuantitativas se presentaron mediante mediana o media según su distribución. Las cualitativas se expresaron con frecuencia y número absoluto. Se utilizó el *software* SPSS v26 para el análisis.

Resultados: Se incluyeron 499 pacientes, con una mediana de edad de 38 años y varones en un 84%. Un 48,5% presentaron etanol positivo. No hubo diferencias significativas de etanol en cuanto a edad o sexo. Se asoció con mayor frecuencia a los siguientes mecanismos lesionales: caída accidental (75 vs. 25%), heridas por arma blanca (72 vs. 28%), patinete eléctrico (67 vs. 33%) y agresiones (52 vs. 48%), siendo más infrecuente en los accidentes de bicicleta (23 vs. 77%) o heridas por arma de fuego (12 vs. 88%). El 60% de los pacientes con ISS ≥ 16 presentaron etanolemia negativa, mientras que solo en el 42% fue positiva ($p < 0,001$). La etanolemia positiva fue más frecuente en TCE puro sin otras áreas lesionadas (56 vs. 44%) así como en aquellos pacientes con trauma menos grave (definido como la ausencia de valor AIS ≥ 2 en todas las áreas corporales), 60 vs. 40%. En cuanto al nivel de conciencia el etanol positivo se asoció más frecuentemente con un nivel de GCS ≤ 13 puntos (54 vs. 43%, $p = 0,019$). La etanolemia positiva se asoció a una menor estancia en UCI (mediana 2,2 vs. 3,1 días, $p = 0,008$), sin diferencias significativas en mortalidad ($p = 0,147$).

Conclusiones: La etanolemia en el trauma se asocia a mecanismos lesionales concretos, esto podría permitir poner en marcha estrategias preventivas en esta población. Infiere profundamente en el nivel de GCS, lo que podría dificultar el triaje de los pacientes y subrayaría la necesidad de una alerta constante de los equipos de atención inicial.

220. ANÁLISIS DE MORTALIDAD EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Tineo Martínez B¹, Reina Martínez FJ¹, Delgado A¹, López de Tejada Á¹, Espinosa Rueda MI¹ y Cuenca Apolo DX²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

²Hospital de Rehabilitación y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y clínicas, y el desarrollo de complicaciones en pacientes grandes quemados ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos, identificando factores que puedan influir en el aumento de mortalidad en dichos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, de pacientes con quemaduras graves ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel, durante un periodo de tres años. Se recogieron antecedentes (índice de comorbilidad de Charlson) y variables clínicas, como la superficie corporal quemada, reanimación con fluidoterapia en las primeras 24 horas y primeras 48 horas (Fórmula de Parkland), escalas de gravedad como SOFA y ABSI, días de ventilación mecánica y la presencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica, así como la estancia media en UCI y hospitalaria, identificando aquellos pacientes que fallecieron y la causa de *exitus* (asociado a hipoxemia o sepsis).

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, de los cuales 23 fallecieron (27,1%). La edad media fue de 57,9 \pm 13 en el grupo de fallecidos y 41,59 \pm 14,9 de los que sobrevivieron ($p < 0,001$). En el grupo de fallecidos la media de índice de Charlson fue 1,5 \pm 1,4 vs. 0,67 \pm 1,38 en vivos ($p 0,023$). Las escalas de gravedad mostraron valores más elevados en el grupo de *exitus*: SOFA de 8,26 \pm 2,5 vs. vivos 4,23 \pm 2,2 ($p 0,01$), ABSI de 10,6 \pm 1,92 vs. 7,62 \pm 2,51 en vivos ($p 0,001$), así como una significación estadística ($p 0,001$) al analizar la superficie corporal quemada (*Exitus* 50,5 \pm 18,33, vs. vivos 32,86 \pm 19,35). Del mismo modo, una reanimación con fluidoterapia más agresiva (ajustada por la fórmula de Parkland) en las 24 primeras horas se asoció a mayor mortalidad (*exitus* 16.400 ml \pm 6.600 vs. vivos 10.700 \pm 5.900, $p 0,002$), no encontrándose diferencia significativa entre ambos grupos en la reanimación en las primeras 48 horas. El mecanismo de quemadura más frecuente en ambos grupos fue por deflagración (60% de los casos). Predominó el *exitus* por *shock* séptico ($n 15$, 68,1%). No hubo significación estadística ($p < 0,05$) en cuanto al análisis de los días de ventilación mecánica ni neumonía relacionada con ella en este estudio en relación con la mortalidad.

Conclusiones: En nuestra experiencia, los antecedentes, así como la superficie corporal quemada, escalas de gravedad al ingreso y la reanimación con fluidoterapia inicial, tienen un papel importante en el desenlace del gran quemado. Las quemaduras graves continúan siendo una importante causa de mortalidad en UCI, ya sea por las consecuencias del propio traumatismo térmico, como las posibles complicaciones graves durante su ingreso.

221. IMPACTO DE LOS CONFUSORES DEL GCS EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON TCE

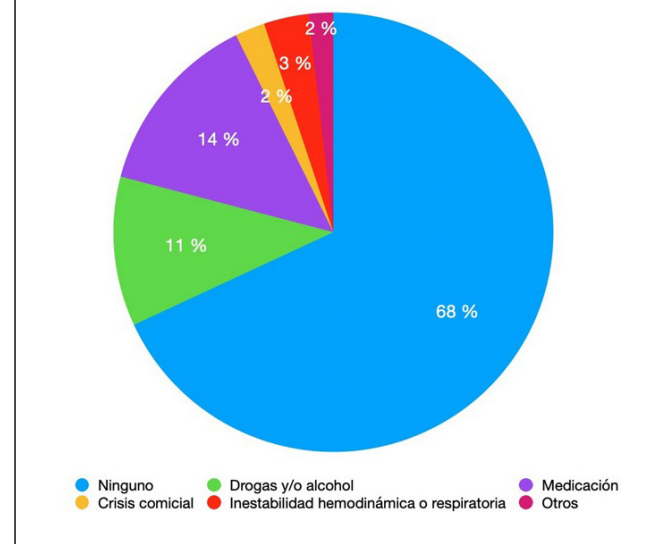
Moreno Ciudad P, Morales Varas G, Correas López T, Alonso Ciria E, País Sánchez-Malingre V, Romeu Prieto JM, Morán Gallego FJ, Sánchez Casado M y López del Toro I

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

Objetivos: Analizar la influencia de confusores del Glasgow Coma Scale (GCS) sobre la mortalidad y los resultados funcionales de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).

Métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes ingresados en UCI, entre enero de 2020 y octubre de 2023. Se analizaron los pacientes con TCE (trauma y AIS de cabeza ≥ 1). Los confusores valorados fueron medicación, tóxicos, comicialidad, inestabilidad hemodinámica y respiratoria. Se analizaron variables demográficas, gravedad del trauma, uso de recursos, complicaciones y resultados. Descripción de variables continuas en medianas y rango intercuartílicos (RIQ). Se compararon con el test U de Mann-Whitney o t de Student; las variables categóricas se expresan en recuento y porcentaje. Se contrastaron con χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se fijó un nivel de significancia del 5% (bilateral).

Gráfico 1. Factores de confusión



Resultados: Del total de 569 pacientes ingresados por enfermedad traumática, 272 presentaron TCE y se analizaron. Un 32% (87/272) presentaron situaciones que artefactaban la evaluación clínica del GCS (fig. 1). El 74% eran varones y la mediana de edad fue menor en quienes presentaban confusores del GCS (47 [32-64] vs. 58 [47-73]; $p < 0,05$). El 98% fueron trauma cerrado. Los pacientes con confusores del GCS presentaron un GCS más bajo a su llegada al hospital (9 [3-13] vs. 14 [8-15]; $p < 0,05$); de igual forma que el componente motor (5 [1-6] vs. 6 [5-6]; $p < 0,05$), con una mayor disminución del GCS (54 vs. 12%; $p < 0,05$) entre el de la escena y el del hospital. La lesión anatómica estimada por Abbreviated Injury Scale (AIS) de cabeza no varió entre los grupos, tampoco las lesiones extracraneales estimadas por Injury Severity Score (ISS) y AIS extracraneales, a excepción del trauma ortopédico que fue más frecuente en el grupo de confusores del GCS (26 vs. 13%; $p < 0,05$). Las alteraciones pupilares, presencia de lesiones extraaxiales, daño axonal difuso y lesión cerebrovascular traumática fue similar en ambos grupos. Los pacientes con confusores del GCS presentaron más necesidad de VMI (65 vs.

44%; $p < 0,05$) y neuromonitorización invasiva (32 vs. 15%; $p < 0,05$). No hubo diferencias en la mortalidad en UCI ni en los resultados funcionales a los 6 meses estimados por Extended Glasgow Outcome Scale (GOSE).

Conclusiones: Los confusores del GCS en pacientes con TCE son frecuentes y pueden influir en la evaluación clínica del GCS, otras herramientas que evalúan la gravedad del TCE no se ven afectadas, al igual que resultados funcionales y mortalidad, por lo que, deberíamos tenerlo en cuenta al momento de decidir el enfoque terapéutico.

222. UTILIDAD DE LA VIDEOGRABACIÓN COMO HERRAMIENTA EN LA VALORACIÓN INICIAL EN LA ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA GRAVE

Mudarra Reche C, Bermejo Aznarez S, Palomino Sánchez I, García Iglesias M, Sánchez Pozo M, Martínez Rodríguez MC, López López C, Barea Mendoza JA, Murillo Pérez MDA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar mediante videograbación la atención inicial al paciente con trauma grave para evaluar la precisión, establecer áreas de mejora, y valorar las desviaciones de los protocolos de manejo de la enfermedad traumática.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad traumática procedentes del medio prehospitalario mediante registro de videograbación prospectiva durante un periodo de un año. Se recogieron variables relacionadas con el preaviso, preparación del equipo, transferencia, liderazgo y organización, valoración primaria y secundaria. Los datos se expresan en variables cuantitativas como media (DE), mediana (IQR) y variables cualitativas como número (porcentaje).

Resultados: Se analizan un total de 218 pacientes siendo el 93,1% de los ingresos durante ese periodo, con una edad de $42,6 \pm 17,6$ años, 81,2% de varones, ISS de $21,9 \pm 15,1$, siendo el mecanismo más habitual accidentes de tráfico 49,5% y precipitación en el 23,4%. El preaviso es adecuado en 55%, el tiempo medio de transferencia $5,6 \pm 2,9$ minutos con tiempos de atención de $39,4 \pm 15,5$ minutos. Los roles están definidos 93,1% con liderazgo definido en 97,2% y organización en el 59%. En el reconocimiento primario, la indicación de la intubación se realiza en el 42% (de los que no vienen intubados y tienen criterios), control cervical adecuado en el 81,3%, uso de la capnografía en el 47,2%. Se coloca el cinturón pélvico en 74%. Esta indicado la activación del protocolo de hemorragia masiva en el 90%, administración de hemoderivados 95,5%, con uso de calentador en el 78,5% y uso de fármacos vasoactivos en el 98%. Se realiza exploración mediante FAST 71,2% con indicación de cirugía 8,7% del total de los pacientes. En la exploración neurológica, se valora los signos de HTEC 74% siendo necesario iniciar tratamiento en el 61,5%. El control de la exposición se lleva a cabo en 72,7% con y adecuado registro de la temperatura 60,2%.

Conclusiones: La videograbación es una herramienta útil para la valoración en la atención inicial al paciente con trauma, permitiendo detectar la adherencia al protocolo y áreas de mejora. En nuestra serie, es necesario mejorar la organización asistencial, estandarizar el uso de la capnografía, uso de calentador en la infusión de hemoderivados, adecuada movilización e inmovilización, tiempos de exposición y control de temperatura.

223. EVALUACIÓN DE LA TRANSFERENCIA MEDIANTE VIDEOGRABACIÓN EN LA ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

Mudarra Reche C, Bermejo Aznarez S, Barea Mendoza JA, Palomino Sánchez I, García Iglesias M, Sánchez Pozo M, Martínez Rodríguez MC, Sánchez Castillo A, Murillo Pérez MDA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar mediante videograbación la transferencia en la atención inicial al trauma valorando la organización, la comunicación del equipo, la evaluación inicial y la movilización del paciente con enfermedad traumática.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad traumática procedentes del medio prehospitalario mediante registro de videograbación prospectiva durante un periodo de un año. Se recogieron variables relacionadas con transferencia como son la evaluación inicial, comunicación del equipo, transferencia de información y la movilización adecuada. Los datos se expresan en variables cuantitativas como media (DE), mediana (IQR) y variables cualitativas como número (porcentaje).

Resultados: Se analizan un total de 218 pacientes siendo el 93,1% de los ingresos durante ese periodo, con una edad de $42,6 \pm 17,6$ años, 81,2% de varones, ISS de $21,9 \pm 15,1$, siendo el mecanismo más habitual accidentes de tráfico 49,5% y precipitación en el 23,4%. El preaviso es adecuado en 55% con un tiempo medio de transferencia $5,6 \pm 2,9$ minutos. La información médica al líder se realiza en el 76%, a enfermería en el 54,1%. La evaluación inicial mediante ABCD está presente 69,3%, se coloca de manera adecuada la monitorización el 72% y cambio de dispositivos de inmovilización en el 80,4%. La organización de la transferencia está presente 59%, con liderazgo 67,3% y mantenimiento de roles de atención inicial 59,9%. La coordinación es adecuada 61,8% con una buena comunicación en el 59,9% con excesiva presencia de ruido en el 52,1% y con exceso de personal en el 43,3%.

Conclusiones: Durante la transferencia del paciente traumático, se debe reforzar la transmisión de información a todo el equipo de atención manteniendo la organización según las prioridades. La adecuada comunicación, con disminución del ruido y la presencia de solo el personal interviniente, son áreas de mejora prioritarias en la atención inicial.

224. VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN DE UN EQUIPO DE TRAUMA MEDIANTE VIDEOGRABACIÓN DURANTE LA ATENCIÓN INICIAL

Mudarra Reche C, Barea Mendoza JA, Palomino Sánchez I, López López C, Sánchez Pozo M, Martínez Rodríguez MC, García Iglesias M, Bermejo Aznarez S, Murillo Pérez MDA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar mediante videograbación la comunicación de un equipo de trauma durante la atención inicial empleando la herramienta APRC TA que permita establecer áreas de mejora y puntos fuertes de una comunicación efectiva.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad traumática procedentes del medio prehospitalario mediante registro de videograbación prospectiva durante un periodo de un año. Se evalúan las diferentes partes de la comunicación mediante dinámica, mantenimiento del turno, la negociación del espacio, manejo del ruido, el soporte y escucha. Para ello, se utiliza la herramienta APRC-TA con un rango de puntuación entre 23-92, considerándose comunicación efectiva cuando es superior al 57%. Los datos se expresan en variables cuantitativas como media (DE).

Resultados: Se analizan un total de 218 pacientes siendo el 93,1% de las grabaciones, con una edad de $42,6 \pm 17,6$ años, 81,2% de varones, ISS de $21,9 \pm 15,1$. La utilización de la herramienta de APRC- TA evalúa los siguientes puntos (tabla).

Conclusiones: La herramienta de APRC team permite evaluar las competencias en la comunicación de un equipo de trauma, encontrándose los resultados dentro del rango considerado de comunicación efectiva con detección de áreas de mejora como es la organización, la superposición del espacio de los miembros del equipo y el manejo del ruido ambiental.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

VENTILACIÓN MECÁNICA I

16:45-18:15 - Sala 128

Moderadores: Jordi Riera del Brío/
Sara Manrique Moreno

225. RELACIÓN ENTRE EL MOMENTO DE LA INTUBACIÓN OTORRAQUEAL Y MORTALIDAD EN NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Hernández Garcés H, Belenguer Muncharaz A y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

Figura Póster 224

DINÁMICA DEL EQUIPO	9,7 ± 2,7	MANTENER EL TURNO	10,8 ± 2,2
Control emocional del equipo	2,5 ± 0,8	Capacidad para que hablen los miembros del equipo sin interrupción	2,7 ± 0,8
Capacidad para colaborar	2,6 ± 0,7	Capacidad para seguir las indicaciones de control	2,6 ± 0,7
Nivel de organización	2,2 ± 0,8	Capacidad para no discutir el uno a otro	3 ± 0,4
Promedio	2,3 ± 0,8	Promedio	2,6 ± 0,7

NEGOCIACIÓN DEL ESPACIO	9,6 ± 3	MANEJO DEL RUIDO	9,8 ± 2,8
La capacidad del equipo para ceder al otro	2,4 ± 0,8	Capacidad de manejar el ruido ambiental	2,1 ± 1
La capacidad del equipo para no superponerse	2,3 ± 0,9	Capacidad de manejar el ruido de cada miembro	2,7 ± 0,7
La capacidad del equipo para entrar o salir para atender al paciente	2,6 ± 0,8	Capacidad de manejar el ruido interpersonal	2,6 ± 0,7
Promedio	2,3 ± 0,8	Promedio	2,3 ± 0,8

SOPORTE AL EQUIPO	8,3 ± 1,5	ESCUCHANDO AL EQUIPO	9,6 ± 3,2
Capacidad de ofrecer asistencia a otros miembros	2,6 ± 0,8	Capacidad de prestar atención a otros miembros	2,3 ± 0,9
La capacidad del equipo para evitar estar a la defensiva	3 ± 0,3	La capacidad del equipo de entenderse entre sí	2,4 ± 0,8
La capacidad general del equipo para apoyar el uno a otro era. . .	2,7 ± 0,6	La capacidad del equipo para responder a otros miembros	2,5 ± 0,8
		Promedio	2,3 ± 0,8

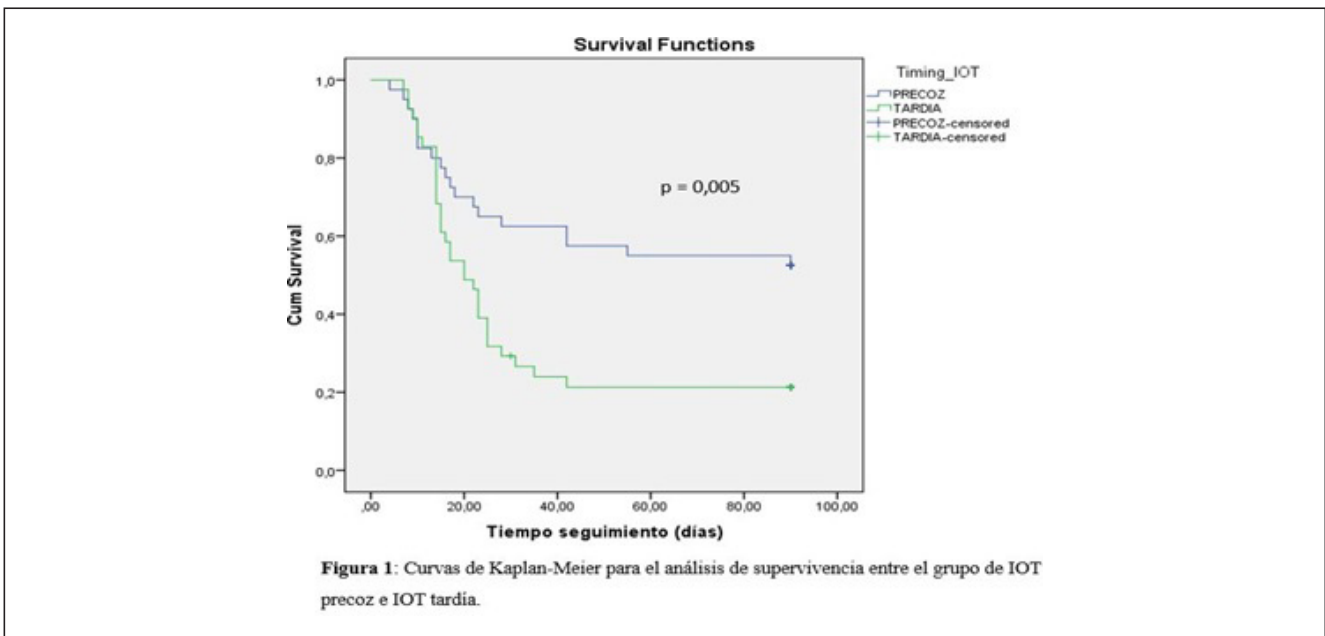
Resultado APRC team Total: 57,7 ± 12,2.

Objetivos: Estudiar si la mortalidad de los pacientes con neumonía (NAC) COVID-19 intubados tardíamente es superior a la de aquellos intubados precozmente.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico final de NAC COVID-19, ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva desde marzo 2020 hasta agosto 2021. Se excluyeron pacientes con orden de no intubación y los que no recibieron soporte ventilatorio. Se consideró intubación tardía la que

se llevó a cabo > 48 horas de iniciado el soporte con ventilación mecánica no invasiva (VNI). Se utilizó la puntuación de propensión para equilibrar ambos grupos, con emparejamiento 1:1 y sin reemplazo. Con la muestra pareada se incluyó en un análisis de regresión logística. La relación causal se expresó mediante *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza 95% (IC95%). Se realizó un análisis de supervivencia con el tiempo desde el inicio de la VNI hasta el día de la muerte o seguimiento a los 6 meses. Se construyó curvas de Kaplan-Meier con contraste de hipóte-

Figura Póster 225



sis con el método de *log-rank*. Se consideró p estadísticamente significativa < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, de los que 40 (49%) fueron intubados precozmente y 41 (51%) tardíamente. El emparejamiento equilibró las diferencias previas de SatO₂/FiO₂, PaO₂/FiO₂ e iROX (tabla 2). A pesar de esto, la FiO₂ requerida al ingreso fue superior en el grupo de IOT precoz [1 (0,8-1) vs. 0,8 (0,8-0,9); p = 0,028]. Se mantuvieron las diferencias en el tiempo hospitalización-ingreso en UCI, superior en IOT tardía [0 (0-3) vs. 2 (1-3); p = 0,043]. El grupo de IOT tardía recibió Vt más altos tras inicio de VMI [8,6 (8,4-9,6) vs. 9,5 (9,1-9,8); p = 0,015], y recibieron decúbito prono en un porcentaje mayor [21 (63) vs. 28 (84); p = 0,023]. Por último, presentaron tasa de barotrauma superior durante el soporte con VNI [1 (3) vs. 6 (18); p = 0,031]. La mortalidad en UCI fue superior en el grupo de IOT tardía [(17 (51) vs. 26 (81); p = 0,018)]. El análisis de regresión logística reveló que la IOT tardía se asoció con un aumento del riesgo de mortalidad en UCI; con una *odds ratio* de 3,1 (IC95% 1,08-8,86). Las curvas de Kaplan-Meier de mortali-

dad evidencian una mayor mortalidad en el grupo de IOT tardía de forma significativa (51 vs. 81%; p = 0,005).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes intubados tardíamente es superior.

226. IMPACTO DE LA MECHANICAL POWER EN PACIENTES VENTILADOS SEGÚN SU GRADO DE HIPOXEMIA

Andrade López LE, Rodríguez A, Murillo N, Plans O, Samper M, Claverias L, Magret M, Bodi M y Manrique S

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Analizar si las horas de ventilación mecánica invasiva (VMI) con una *mechanical power* (MP) > 18 J/min influye en el *outcome* de los pacientes críticamente enfermos en función de su grado de hipoxemia.

Figura 1 Póster 226

Tabla 1: Características de la población general

Variable	No hipoxemia (N=446)	Hipoxemia leve (N=936)	Hipoxemia moderada (N=1,048)	Hipoxemia Severa (N=193)	Valor P
Características generales y severidad de la enfermedad					
Masculino, N (%)	289 (65)	632 (68)	752 (72)	153 (79)	< 0.001
Edad (años) mediana (p25-75)	62 (50-72)	63 (52-72)	64 (54-72)	63 (52-72)	0.03
IMC, mediana (p25-75)	26 (23-28)	26 (24-29)	28 (25-31)	28 (25-31)	0.5
SOFA, mediana (p25-75)	5 (3-6)	5 (4-7)	6 (4-7)	6 (4-8)	0,003
APACHE II, mediana (p25-75)	21 (15-25)	21 (15-25)	21 (15-26)	21 (16-28)	0.3
Motivo de admisión, N (%)	Médica 243 (54) Quirúrgica 203 (46)	Médica 567 (61) Quirúrgica 369 (39)	Médica 886 (85) Quirúrgica 162 (15)	Médica 172 (89) Quirúrgica 21 (11)	< 0.001
Tipo de admisión, N (%)	Urgente 414 (93) Programado 32 (7)	Urgente 880 (94) Programado 56 (6)	Urgente 1021 (97) Programado 27 (3)	Urgente 188 (97) Programado 5 (3)	< 0.001
Comorbilidades					
Hipertensión, N (%)	115 (26)	270 (29)	340 (32)	57 (30)	0.06
Diabetes, N (%)	46 (10)	122 (13)	183 (17)	35 (18)	< 0.001
Insuficiencia Cardíaca Crónica, N (%)	17 (4)	39 (4)	51 (5)	12 (6)	0.5
Enfermedad Pulmonar Crónica, N (%)	17 (4)	45 (5)	73 (7)	14 (7)	0.04
Asma, N (%)	7 (2)	12 (2)	15 (1)	3 (2)	0.97
Enfermedad renal crónica, N (%)	19 (4)	44 (5)	61 (6)	7 (4)	0.4
Complicaciones y outcomes					
UCI LOS* (días), mediana (p25-75)	10 (6-20)	10 (6-21)	14 (7-29)	13 (7-30)	< 0.001
UCI mortalidad, N (%)	109 (24)	233 (25)	323 (31)	68 (35)	< 0.001
VMI días*, mediana (p25-p75)	5 (2-11)	5 (3-12)	8 (4-20)	9 (4-21)	< 0.001
Traqueostomizados, N (%)	84 (19)	187 (20)	237 (23)	44 (23)	0.3
Reintubación, N(%)	47 (11)	76 (8)	79 (8)	11 (6)	0.2
Variables del respirador					
Horas con MP > 18 J/min, mediana (p25-p75)	14 (3-62)	20 (5-69)	64 (20-200)	80 (24-228)	< 0.001
Horas con Vt > 8 ml/Kg PI, mediana (p25-p75)	46 (17-125)	56 (17-149)	71 (22-146)	60 (20-155)	< 0.001
MP (J/min), mediana (p25-p75)	14 (11-17)	15 (12-18)	18 (15-24)	20 (16-26)	0,008
Vt/KgPI (ml/Kg), mediana (p25-p75)	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (7-9)	8 (7-9)	0.02

Figura 2 Póster 226

Tabla 2: Análisis multivariados de mortalidad

Variables	Sin hipoxemia (N=446)		Hipoxemia Leve (N=936)		Hipoxemia Moderada (N=1,048)		Hipoxemia Severa (N=193)	
	AUC 0.7 (0.6-0.8)		AUC 0.7 (0.6-0.8)		AUC 0.7 (0.6-0.9)		AUC 0.6 (0.5-0.8)	
	OR	Valor P	OR	Valor P	OR	Valor P	OR	Valor P
Edad	1,03 (1,02-1,05)	<0,001	1,01 (0,99-1,02)	0,3	1,02 (1,01-1,03)	0,001	1,01 (0,9-1,03)	0,6
SOFA	1,2 (1,1-1,3)	<0,001	1,21 (1,13-1,30)	<0,001	1,2 (1,1-1,2)	<0,001	1,1 (0,9-1,2)	0,1
APACHE	1,02 (0,99-1,1)	0,2	1,05 (1,02-1,07)	<0,001	1,02 (1,0-1,04)	0,1	1,00 (0,9-1,1)	0,9
Tipo de paciente: quirúrgico	0,64 (0,38-1,05)	0,1	0,67 (0,47-0,95)	0,03			1,1 (0,4-2,9)	0,9
Tipo de admisión: Urgente	5,1 (1,3-37,3)	0,05						
HTA			1,6 (1,1-2,4)	0,02	1,3 (0,9-1,8)	0,1	1,04 (0,4-2,3)	0,9
DM			1,04 (0,6-1,7)	0,9	1,3 (0,9-2)	0,2	2 (0,8-5)	0,1
Cardiopatía crónica					0,8 (0,4-1,4)	0,4		
EPOC			2,8 (1,4-5,5)	0,004	2,2 (1,3-4)	0,01	4 (0,7-29,9)	0,1
Horas con MP >18J/min	1,00 (1,00-1,01)	0,02	1,00 (1,00-1,00)	0,2	1,00 (1,00-1,00)	0,2	1,0 (1,0-1,0)	0,5
Horas con VT >8ml/KgPI	1,00 (1,00-1,00)	0,6					1,0 (1,0-1,0)	0,7

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una UCI polivalente de 28 camas de un Hospital Terciario (2015-2022). Se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI \geq 18 años con VMI $>$ 24 h. Se recogieron las variables demográficas y número de horas con MP $>$ 18 J/min y con volumen tidal (Vt) $>$ 8 ml/kg de peso ideal (PI). Como *outcomes* se recogieron los días de VMI, días de estancia en UCI (ICU LOS) y mortalidad. Los datos se obtuvieron del sistema de información clínica (SIC) en tiempo real cada 2 minutos. Se dividió a la población según el grado de hipoxemia (sin hipoxemia: SpO₂/FiO₂ $>$ 300, hipoxemia leve: SpO₂/FiO₂ = 300-200, hipoxemia moderada: SpO₂/FiO₂ = 200-100, e hipoxemia grave: SpO₂/FiO₂ $<$ 100). Se analizaron los efectos del número de horas con una MP $>$ 18 J/min en los diferentes subgrupos de hipoxemia. Para ello se utilizaron análisis univariados y multivariados de mortalidad, y una regresión lineal para los días de VMI y ICU LOS. Para el análisis estadístico se usó R y se estableció como significativo un valor de $p <$ 0,05.

Resultados: 2.623 fueron incluidos. 446 pacientes (17%) sin hipoxemia, 936 (36%) hipoxemia leve, 1.048 (40%) hipoxemia moderada, y 193 (7%) hipoxemia severa. Los pacientes con mayor hipoxemia fueron los que tuvieron más horas con una MP $>$ 18 J/min, y con un Vt $>$ 8 ml/kg PI ($p <$ 0,001) (tabla 1). En el análisis univariado se observó mayor mortalidad cuantas más horas con MP $>$ 18 J/min en los grupos de no hipoxemia, hipoxemia leve e hipoxemia moderada, sin mostrar relación significativa en el grupo de hipoxemia grave. En el análisis multivariable, estos resultados solo se mantienen en el grupo de pacientes sin hipoxemia (tabla 2). El número de horas con una MP $>$ 18 J/min explicaría el 60% de la variabilidad de los días de VMI, y el 70% de los días de estancia en UCI en todos los grupos.

Conclusiones: El número de horas con una MP $>$ 18 J/min se asocia de manera significativa con la mortalidad únicamente en el grupo de pacientes sin hipoxemia y con un aumento de los días de VMI y de estancia en UCI en todos los subgrupos de hipoxemia.

Financiado por: Instituto de Salud Carlos III (ISCIII): "FIS PI20/01674".

227. PREDICTORES DE FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POSEXTUBACIÓN

López Gómez L, Higón Cañigral Á, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, Maiquez Sánchez L, Carrasco González E, Martínez Quintana E, Rozua López A, Valdés Socorro DA y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar el uso de la ventilación no invasiva (VNI) en el paciente con IRA posextubación, así como los factores predictivos para fracaso de la VNI y su relación con el pronóstico.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva, de una serie de pacientes que de forma consecutiva ingresan en UCI entre 1997 y 2022, que presentan IRA posextubación. Se incluyeron enfermos tratados con VNI. Se definió fracaso como la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se muestran como media \pm desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante la prueba de χ^2 de Pearson, exacta de Fisher y Mann-Whitney. Regresión logística para determinar variables independientes.

Resultados: Se analizaron un total de 638 pacientes. Edad media $67,3 \pm 15,6$ y 59,6% (n = 380) eran hombres. Los motivos de intubación más frecuente fueron 57,7% causas médicas y 32,8% posoperatorio urgente. Los días de VM invasiva antes de extubación fueron 5 (RIC 3-10). Las variables respiratorias al inicio de VNI fueron FR $31,8 \pm 4,1$, PaO₂/FiO₂ $169,8 \pm 25$, pH arterial $7,39 \pm 0,1$ y a la hora, FR $29 \pm 4,4$, PaO₂/FiO₂ $185,2 \pm 32,6$ y pH arterial $7,36 \pm 0,1$. La escala HACOR a la hora VNI fue 3 (RIC 2-4). El modo ventilatorio fue BIPAP en 99,8%. La interfaz fue orofacial en 97% (n = 619). El 25,5% (163 pacientes) presentaron fracaso VNI. La duración de VNI fue 29 horas (RIC 20-55,2). El 29,2% presentaron complicaciones relacionadas con VNI. La mortalidad en UCI fue del 12,4% (n = 79) y la hospitalaria del 18,2% (n = 116). La

estancia en UCI fue 12 días (RIC 7-21) y en hospital 25 (RIC 16-39). De los pacientes fallecidos en el hospital, presentaron fracaso de VNI el 73,3% (n = 85) y el 26,7% (n = 31) de los éxitos (p < 0,001). Los factores independientes de fracaso de la VNI fueron SOFA máximo durante VNI (OR 1,76, IC95% 1,55-1,75 p < 0,001) y HACOR a la hora (OR 1,76, IC95% 1,55-1,98 p < 0,001).

Conclusiones: La VNI es efectiva en el tratamiento de la IRA posextubación. El fracaso de la misma se relaciona con la mortalidad y los factores predictivos son la mayor afectación multiorgánica y la escala HACOR a la hora.

228. COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EDEMA AGUDO DE PULMÓN CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

López Gómez L, Tornero Yezpe P, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Carrasco González E, Higón Cañigral Á, Asterio Valdés Socorro D y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar la efectividad de la ventilación no invasiva (VNI) en el paciente con edema agudo de pulmón (EAP) según si presentaban fracción de eyección (FEVI) conservada o deprimida.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de pacientes que, de forma consecutiva, ingresan en UCI entre 1997 y 2022, con diagnóstico de EAP y tratados con VNI. Se excluyeron los que no se hizo ecocardiografía en primeras 24 horas, valvulopatías y shock cardiogénico. Los grupos analizados fueron pacientes con FEVI conservada (> 50%) y deprimida. Se definió fracaso VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Los variables se muestran como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables mediante la prueba de Ji² de Pearson o exacta de Fisher. Se realizó análisis de propensión con el ajuste de 10 variables.

Resultados: Se analizaron 971 pacientes. El 17,2% (n = 167) tenían FEVI conservada. En la tabla se muestran las comparaciones de las variables según si presentaban FEVI conservada o deprimida.

	mRankin ≥ 3 N = 86	mRankin > 3 N = 35	p
Edad	49 (32;68)	73 (53;80)	< 0,05
Sexo (varón)	66 (76,3%)	26 (74,3%)	0,57
Mecanismo			
Caida accidental	14 (16,3%)	18 (51,4%)	< 0,05
Precipitación	19 (22,1%)	9 (25,7%)	
Otros	53 (61,6%)	7 (19,9%)	
Gravedad TCE			
Leve	59 (68,9%)	5 (14,3%)	< 0,05
Moderado	11 (12,8%)	7 (20%)	
Grave	16 (18,16%)	23 (65,7%)	
GCS (ing)	15 (11,25;15)	7 (3;12,5)	< 0,05
APACHE II	13 (9;17)	24 (20;30)	< 0,05
SOFA	1 (0;3)	5 (3;9)	< 0,05
ISS	17 (10;25)	25 (25;34)	< 0,05
Glucemia	136,5 (113;152)	177 (142;210)	< 0,05
Creatinina	0,83 (0,7;0,98)	0,89 (0,7;1,3)	0,1
Lactato	1,7 (1,2;2,5)	2,5 (1,5;3,5)	0,01
Cirugía urg	3 (3,5%)	5 (14,3%)	< 0,05
VM	32 (37,2%)	32 (91,4%)	< 0,05
VM (d)	6 (1;14)	5 (2;13)	0,8
PIC	9 (10,5%)	12 (34,3%)	< 0,05
HIC	7 (8,1%)	18 (51,4%)	< 0,05
Craniectomía	4 (4,7%)	4 (11,4%)	0,32
Estancia UCI (d)	4 (2;7,75)	8 (3;16,50)	0,04
Estancia hospitalaria (d)	9 (6;19)	12 (4;27)	0,3
LTSV	0 (0)	21 (60%)	< 0,05
Mortalidad UCI	0 (0)	18 (51,4%)	< 0,05
Mortalidad hospitalaria	0 (0)	23 (65,7%)	< 0,05
Fracaso VNI, n (%)	13 (7,8)	100 (12,4)	0,088
Complicaciones VNI, n (%)	23 (13,8)	155 (19,3)	0,094
Duración VNI, horas	12 (6-16)	12 (6-22)	0,394
Estancia UCI, días	3 (2-5)	3 (2-6)	0,326
Estancia hospital, días	11 (8-17)	12 (8-19)	0,205

Conclusiones: Tanto el fracaso de la VNI como la mortalidad hospitalaria no se relacionan con la FEVI del paciente con edema agudo de pulmón en el momento del ingreso en UCI.

229. EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA AGUDIZADA. COMPARACIÓN ENTRE EPOC Y OTRAS CAUSAS HIPERCÁPNICAS

Tornero Yezpe P, López Gómez L, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Carrasco González E, Higón Cañigral Á, Fernández Gambin H y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar la efectividad de la ventilación no invasiva (VNI) en pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCa) debida a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y otras etiologías hipercápnicas.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Fueron incluidos todos los pacientes ingresados entre 1996 a 2022, con diagnóstico de IRCa que recibieron VNI. Los pacientes fueron divididos en EPOC y otras etiologías. Se excluyeron los pacientes con síndrome de obesidad-hipoventilación y la insuficiencia respiratoria posextubación. El fracaso de la VNI se definió como la necesidad de intubación orotraqueal o muerte en UCI. Las variables se expresan como medias ± desviación estándar, mediana (rango intercuartilico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante Ji² de Pearson, t de Student, Mann-Whitney. Se realiza análisis de propensión apareado ajustando por variables de confusión.

Resultados: Se analizaron 942 pacientes, 81,5% presentaban EPOC. La causa más frecuente de IRCa no EPOC fueron las enfermedades restrictivas (79,9%) y las neuromusculares (8,6%). La comparación entre las principales variables analizadas se muestra en la tabla. Mediante propensión se analizaron 147 pacientes de cada grupo. La OR ajustada de fracaso de la VNI en los pacientes con otros procesos crónicos fue de 3,07 (IC95%: 1,60-5,87) y una OR de 2,51 (IC95%: 1,47-4,28) para mortalidad hospitalaria.

	EPOC (n = 768)	IRCa no-EPOC (n = 174)	p
Edad	70,6 ± 9,9	69,8 ± 15,6	0,395
Género, hombre, n (%)	659 (85,8)	59 (33,9)	< 0,001
Índice Charlson	3 [3-2]	2 [3-2]	< 0,001
Orden no intubación, n(%)	211 (27,5)	96 (55,2)	< 0,001
pH inicial	7,23 ± 0,09	7,26 ± 0,11	< 0,001
FR inicial	31,1 ± 7,4	32,0 ± 7,4	0,148
PaCO2 inicial	82,3 ± 24,0	74,7 ± 28,8	< 0,001
PaO2/FiO2 inicial	173,5 ± 37,4	156,2 ± 38,9	< 0,001
Fracaso VNI, n (%)	80 (10,4)	45 (25,9)	< 0,001
Complicaciones VNI, n (%)	308 (40,1)	75 (43,1)	0,467
Estancia hospitalaria	12 [9-18]	12 [8-18]	0,191
Muerte en hospital, n (%)	135 (17,6)	64 (36,8)	< 0,001

Conclusiones: Los pacientes con EPOC presentan un mejor pronóstico, menos complicaciones, fracaso de VNI y mortalidad hospitalaria, que los pacientes con IRCa de otras etiologías.

230. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA Y SHOCK TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Carrasco González E¹, López Gómez L¹, Higón Cañigral Á¹, Torrano Ferrández A¹, Tornero Yezpe P¹, Martínez Martín G¹, Maiquez Sánchez L¹, Bayoumy Delis P², Fernández Gambin H¹ y Carrillo Alcaraz A¹

¹Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia. ²Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Evaluar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) tratados con ventilación no invasiva (VNI), según el estado hemodinámico al ingreso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de pacientes con IRAH y tratados con VNI, entre los años 1996 y 2022. Se excluyeron pacientes posextubados, insuficiencia cardiaca aguda y antecedentes de insuficiencia respiratoria crónica. Se definió fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Shock fue definido como la necesidad de fármacos vasoactivos para mantener una presión arterial media > 60 mmHg. Los resultados se expresan como número y porcentaje, mediana (rango intercuartilico) y como media ± desviación estándar. Las comparaciones entre variables se realizaron mediante prueba Ji² y t de Student.

Resultados: Fueron analizados 1.869 pacientes, 543 (29,1%) presentaron shock. Las principales características de los pacientes se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los pacientes con IRA hipoxémica tratados con VNI con shock inicial, presentan una mayor gravedad y peor evolución clínica que los pacientes sin shock.

	No shock	Shock	p
Edad	60,2 ± 16,9	65,4 ± 16,6	< 0,001
Hombres, n (%)	801 (60,4)	302 (55,6)	0,056
Índice de Charlson	1 (0-2)	2 (0-3)	< 0,001
Orden de no IOT, n (%)	144 (10,9)	166 (30,6)	< 0,001
SAPS II	37,1 ± 12,6	52,2 ± 15,9	< 0,001
SOFA máximo durante VNI	5,4 ± 2,9	10,2 ± 3,3	< 0,001
Etiología, n (%)			
Neumonía	793 (59,8)	188 (34,6)	< 0,001
SDRA	162 (12,2)	137 (25,2)	
Otras causas	371 (28)	218 (40,1)	
Modo ventilatorio inicial, n (%)			
CPAP	386 (29,1)	31 (5,7)	< 0,001
BIPAP	940 (79,9)	512 (94,3)	
Frecuencia respiratoria inicial	33,3 ± 6,4	34,8 ± 5,1	< 0,001
Lactato inicial	1,4 ± 0,8	4,1 ± 1,3	< 0,001
PaO ₂ /FiO ₂ inicial	136,5 ± 35,5	141,1 ± 35,3	0,013
pH arterial inicial	7,40 ± 0,09	7,34 ± 0,11	< 0,001
Duración VNI, horas	36 (20-66)	24 (12-48)	< 0,001
Fracaso VNI, n (%)	488 (36,8)	367 (67,6)	< 0,001
Complicaciones VNI, n (%)	417 (31,4)	196 (36,1)	0,052
Mortalidad hospital, n (%)	337 (25,5)	298 (55)	< 0,001

231. RELACIÓN ENTRE EL MOMENTO DE LA INTUBACIÓN OROTRAQUEAL Y MORTALIDAD EN NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Hernández Garcés H, Belenguer Muncharaz A, Salazar Molina AE, Giner Brocal E, Alcalá Gallardo CA y Zaragoza Crespo R

Hospital Universitario Dr. Peset Alexandre, Valencia.

Objetivos: Estudiar si la mortalidad de los pacientes con neumonía (NAC) COVID-19 intubados tardíamente es superior a la de aquellos intubados precozmente.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico final de NAC COVID-19, ingresados en un Servicio de Medicina Intensiva desde marzo 2020 hasta agosto 2021. Se excluyeron pacientes con orden de no intubación y los que no recibieron soporte ventilatorio. Se consideró intubación tardía la que se llevó a cabo > 48 horas de iniciado el soporte con ventilación mecánica no invasiva (VNI). Se utilizó la puntuación de propensión para equilibrar ambos grupos (precoz y tardía), con emparejamiento 1:1, sin reemplazo y calibrador del logit 0,2. Con la muestra pareada se incluyó en un análisis

Figura Póster 231

Tabla 1: Comparación IOT precoz vs tardía previo y tras emparejamiento

	Previo al emparejamiento		p	Después del emparejamiento		p
	Precoz	Tardía		Precoz	Tardía	
Edad (años)	64 (59-70)	68 (60-73)	0,2	65 (60-70)	66 (61-70)	0,83
Sexo (masculino)	22 (55)	31 (76)	0,063	20 (60)	23 (72)	0,12
Obesidad	23 (57)	21 (51)	0,26	19 (57)	18 (54)	0,18
HTA	20 (50)	22 (54)	0,81	17 (51)	18 (54)	0,84
DM	14 (35)	9 (22)	0,09	9 (27)	7 (21)	0,2
EPOC	2 (5)	4 (10)	0,7	2 (6)	3 (9)	0,46
SAOS	5 (12)	5 (12)	0,95	4 (12)	4 (12)	0,95
Cardiopatía	1 (2)	5 (12)	0,22	1 (3)	4 (12)	0,29
Índice Charlson	2 (1-3)	2 (1-3)	0,78	2 (1-3)	2 (1-3)	0,64
Cronología						
Síntomas-UCI (días)	7 (5-9)	8 (7-10)	0,095	7 (6-9)	8 (7-10)	0,27
Hosp.-UCI (días)	0 (0-3)	2 (1-3)	0,028	0 (0-3)	2 (1-3)	0,043
Gravedad al ingreso						
SOFA	4 (4-5)	4 (4-5)	0,6	4 (4-5)	4 (4-5)	0,76
Constantes vitales al ingreso						
TAM (mmHg)	93 (88-102)	93 (89-103)	0,8	93 (87-101)	92 (86-100)	0,91
FC (lpm)	88 (80-110)	82 (80-96)	0,88	86 (80-107)	83 (80-95)	0,16
FR (rpm)	30 (26-36)	30 (24-35)	0,3	30 (25-36)	30 (25-35)	0,65
Datos gasométricos al ingreso						
PaO ₂ (mmHg)	66 (51-77)	64 (57-72)	0,8	66 (50-78)	64 (55-70)	0,81
PaCO ₂ (mmHg)	34 (32-40)	36 (33-39)	0,82	34 (32-39)	36 (33-38)	0,84
HCO ₃ (mmol/L)	24 (22-26)	25 (24-27)	0,06	25 (22-26)	25 (24-26)	0,11
Láctico (mmol/L)	1 (0,98-1,63)	1 (1-1,7)	0,89	1 (0,96-1,61)	1 (1-1,6)	0,92
Parámetros de oxigenación al ingreso						
SatO ₂ (%)	93 (89-95)	92 (90-96)	0,7	93 (89-95)	92 (90-95)	0,76
FiO ₂	1 (0,8-1)	0,8 (0,7-0,9)	0,005	1 (0,8-1)	0,8 (0,8-0,9)	0,028
SatO ₂ /FiO ₂	97 (92-115)	123 (96-139)	0,013	109 (96-114)	118 (97-133)	0,41
PaO ₂ /FiO ₂	72 (59-88)	87 (66-106)	0,012	75 (65-88)	82 (71-104)	0,39
HACOR	6 (6-8)	6 (6-7)	0,51	6 (6-8)	6 (6-8)	0,65
iROX	3,4 (2,7-4,4)	4,1 (3,2-5,8)	0,029	3,4 (2,8-4,5)	3,9 (3,3-5,3)	0,37
Manejo ventilatorio tras IOT						
Vt (ml/kg)	9,1 (8,6-9,9)	9,7 (8,6-10,1)	0,084	8,6 (8,4-9,6)	9,5 (9,1-9,8)	0,015
FR inicial (rpm)	20 (18-20)	20 (18-22)	0,92	20 (18-22)	20 (18-22)	0,94
FiO ₂ inicial	1 (0,8-1)	1 (0,82-1)	0,673	1 (0,8-1)	1 (0,81-1)	0,86
PEEP inicial (cmH ₂ O)	13 (12-14)	12 (12-15)	0,745	12 (11-14)	12 (12-15)	0,81
Decúbito prono	26 (66)	31 (82)	0,136	21 (63)	28 (84)	0,023
Estancias y mortalidad						
UCI (días)	14 (10-25)	14 (11-21)	0,91	13 (10-22)	13 (10-20)	0,41
Hospitalaria (días)	22 (15-39)	20 (14-29)	0,458	21 (14-36)	18 (14-28)	0,36
Mortalidad UCI	19 (48)	32 (78)	0,004	17 (51)	26 (81)	0,018

Datos expresados como número de casos y porcentaje y, mediana y rango intercuartílico.

DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FC: frecuencia cardiaca; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; FR frecuencia respiratoria; HACOR: frecuencia cardiaca, acido/base, consciencia, oxigenación, frecuencia respiratoria; HCO₃: bicarbonato; Hosp-UCI: tiempo desde el ingreso en el hospital hasta el ingreso en UCI; HTA: hipertensión arterial; IOT: intubación orotraqueal; iROX: índice de ratio de saturación de oxígeno; PaCO₂: presión parcial arterial de dióxido de carbono; PaO₂/FiO₂: relación presión parcial arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno; PEEP: presión positiva al final de la espiración; rpm: respiraciones por minuto; SatO₂/FiO₂: relación saturación arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno; Síntomas-UCI: tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso en UCI; TAM: tensión arterial media; UCI: unidad de cuidados intensivos; VNI: ventilación mecánica no invasiva; Vt: volumen tidal

de regresión logística. La relación causal se expresó mediante la utilización de *odds ratio* (OR) e intervalo de confianza 95% (IC95%). Se realizó un análisis de supervivencia con el tiempo desde el inicio de la VNI hasta el día de la muerte, el alta hospitalaria, y seguimiento a los 6 meses. Se muestra mediante la realización de curvas de Kaplan-Meier, mientras que el contraste de hipótesis se realizó con el método de *log-rank*. Se consideró *p* estadísticamente significativa $< 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, de los que 40 (49%) fueron intubados precozmente y 41 (51%) tardíamente. El emparejamiento equilibró las diferencias previas de SatO₂/FiO₂, PaO₂/FiO₂ e iROX (tabla 1). A pesar de esto, la FiO₂ requerida al ingreso fue superior en el grupo de IOT precoz [1 (0,8-1) vs. 0,8 (0,8-0,9); *p* = 0,028] y se mantuvieron las diferencias en el tiempo hospitalización-ingreso en UCI, superior en IOT tardía [0 (0-3) vs. 2 (1-3); *p* = 0,043]. A su vez, el grupo de IOT tardía recibió Vt más altos tras inicio de VMI [8,6 (8,4-9,6) vs. 9,5 (9,1-9,8); *p* = 0,015], y decúbito prono en un porcentaje mayor [21 (63) vs. 28 (84); *p* = 0,023]. También presentaron una tasa de barotrauma superior durante el soporte con VNI [1 (3) vs. 6 (18); *p* = 0,031]. La mortalidad en UCI fue superior en el grupo de IOT tardía [(17 (51) vs. 26 (81); *p* = 0,018)]. El análisis de regresión logística reveló que la IOT tardía se asoció con un aumento del riesgo de mortalidad en UCI; con una OT de 3,1 (IC95% 1,08-8,86).

Conclusiones: La mortalidad es superior en los pacientes intubados más tarde de 48 horas de soporte con VNI.

232. PREVALENCIA, COOCURRENCIA Y PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN SUPERVIVIENTES DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA COVID-19

Navarra-Ventura G¹, Godoy-González M², Gomà G², Jodar M², de Haro C², Roca O², Blanch L², López-Aguilar J² y Fernández-Gonzalo S²

¹Universidad de las Illes Balears, Illes Balears, ²Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona.

Objetivos: Examinar la prevalencia, coocurrencia y persistencia de síntomas de depresión y trastorno de estrés posttraumático (TEPT), y sus factores predictivos, en supervivientes de la enfermedad crítica COVID-19.

Métodos: Estudio observacional prospectivo unicéntrico en adultos supervivientes de COVID-19 con ≥ 24 h de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los pacientes fueron evaluados uno y 12 meses después del alta de la UCI mediante la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS-D) y mediante la Escala de Trauma de Davidson (DTS). Se analizaron las diferencias en depresión (HADS-D) y TEPT (DTS) aislados y comórbidos entre pacientes con y sin ventilación mecánica invasiva (VMI) y los predictores de la aparición y persistencia de cualquiera de estos trastornos mentales uno y 12 meses después del alta de la UCI.

Resultados: Ochenta y nueve pacientes (42 con VMI) completaron el seguimiento a 1 mes y 71 (34 con VMI) completaron el seguimiento a 12 meses. Un mes después del alta de la UCI, el 29,2% de los pacientes presentaba depresión y el 36% TEPT; al cabo de un año, las cifras respectivas eran del 32,4% y el 31%. La coocurrencia de depresión y TEPT representó aproximadamente la mitad de todos los casos sintomáticos tanto a corto como a largo plazo. El TEPT aislado fue más frecuente en pacientes con VMI uno y 12 meses después del alta (*p* $\leq 0,014$). La necesidad de VMI durante el ingreso en la UCI se asoció a la aparición al mes (OR = 6,098, *p* = 0,005) y a la persistencia a los 12 meses (OR = 3,271, *p* = 0,030) de cualquiera de estos trastornos mentales.

Conclusiones: La depresión y el TEPT comórbidos fueron altamente prevalentes en nuestra muestra de supervivientes de la enfermedad crítica COVID-19. La necesidad de VMI durante el ingreso en la UCI predijo la aparición a corto plazo y la persistencia a largo plazo de trastornos mentales, en particular de síntomas de TEPT. El papel específico de la disnea en la asociación entre la necesidad de VMI y los trastornos mentales tras la UCI merece una mayor investigación.

Este trabajo ha contado con el apoyo del FONDO-COVID-19 para la ejecución de los proyectos de investigación de la enfermedad SARS-CoV-2 y COVID-19 gestionados por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en coordinación con la Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación y el CTE-COVID-19, bajo la Subvención número COV20/00595; Fundació La Marató de TV3, bajo la Subvención número 202118 (413/C/2021); CIBER -Consorcio Centro de Investigación Biomédica en Red- CB06/06/1097, ISCIII, Ministerio de Ciencia e Innovación y Unión Europea-Fondo Europeo de Desarrollo Regional; Programa CERCA/

Generalitat de Catalunya; y Fundació Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí-I3PT.

233. COMPARACIÓN ENTRE MASCARILLA OROFACIAL VS. FACIAL-TOTAL EN EL TRATAMIENTO CON VENTILACIÓN NO INVASIVA DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA

Torrano Ferrández M, Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Torrano Ferrández A, López Gómez L, Martínez Martín G, Maiquez Sánchez L, Tornero Yezpez P, Ruiz Rodríguez A y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar el desarrollo de complicaciones con el uso de mascarilla orofacial y facial-total en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) tratada con ventilación no invasiva (VNI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI desde 2001 a 2022, que recibieron VNI para el tratamiento inicial de la IRA hipoxémica. Fueron excluidos aquellos pacientes con patología respiratoria crónica. La elección del tipo de interfaz dependía del médico que atendía al paciente. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Comparación entre variables mediante *ji*² de Pearson y *t* de Student.

Resultados: Fueron analizados 3.335 pacientes. El 82,4% recibió mascarilla orofacial y el 17,6% con facial-total. En la tabla se muestran las comparaciones de ambos grupos según el tipo de mascarilla utilizada.

	Orofacial (n = 2748)	Facial-Total (n = 587)	<i>p</i>
Edad	67 \pm 16	60 \pm 14	< 0,001
Hombres, n (%)	1513 (55,1)	408 (69,5)	< 0,001
Índice Charlson	1 (0-2)	1 (0-2)	< 0,001
Etiología de IRA, n (%)			
Neumonía	453 (16,5)	464 (79)	
Síndrome distrés respiratorio agudo	202 (7,4)	27 (4,6)	
Insuficiencia cardiaca aguda	1020 (37,1)	8 (1,4)	< 0,001
IRA posextubación	557 (20,3)	26 (4,49)	
Otras causas	516 (18,8)	62 (10,6)	
Modo			
BiPAP	2572 (93,6)	251 (42,8)	< 0,001
CPAP	176 (6,4)	336 (57,2)	
EPAP máxima	7,9 \pm 1,5	11,5 \pm 2,1	< 0,001
Horas VNI	24 (9-35)	58 (32-95)	< 0,001
Fracaso VNI, n (%)	844 (30,7)	188 (32)	0,532
Complicaciones VNI, n (%)	669 (24,3)	148 (25,2)	0,657
Lesión cutánea	521 (19)	10 (1,7)	< 0,001
Claustrofobia	201 (7,3)	130 (22,1)	< 0,001
Irritación ocular	157 (5,7)	14 (2,4)	< 0,001
Barotrauma	24 (0,9)	47 (8)	< 0,001
Estancia hospitalaria	9 (6-12)	11 (8-16)	0,030
Muerte en Hospital, n (%)	8 (30,8)	13 (13,3)	0,848

Conclusiones: Las complicaciones relacionadas con la VNI son frecuentes con los dos tipos de interfaz, sin embargo, el tipo de lesión varía entre la interfaz utilizada. El uso de la mascarilla total facial permite una duración más prolongada y mayores presiones que la orofacial, lo que explica el mayor número de claustrofobia y barotrauma.

234. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA VENTILACIÓN NO INVASIVA

Torrano Ferrández A¹, Martínez Martín G¹, Tornero Yezpez P¹, López Gómez L¹, Bayoumy Delis P², Fernández Gambin H¹, Rozua López A¹, Pellicer Sánchez N¹, Valdés Socorro DA¹ y Carrillo Alcaraz A¹

¹Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia. ²Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: Analizar las complicaciones relacionadas con el uso de la ventilación no invasiva (VNI) y los factores de riesgo para su desarrollo.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre base de datos prospectiva, de pacientes ingresados en UCI desde 1996 hasta 2022 que recibieron VNI por insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresan como medias \pm desviación típica o mediana (rango in-

tercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones entre variables se realizaron mediante las pruebas J^2 de Pearson o exacta de Fisher, t de Student. Análisis multivariante mediante regresión logística, presentando *odds ratio* (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Fueron analizados 6.178 pacientes, de los que 1.887 (30,5%) presentaron complicaciones relacionadas con la VNI, siendo la más frecuente la lesión cutánea (1.376 casos, 22,3%), seguida de claustrofobia (620 casos, 10%) e irritación ocular (508 casos, 8,2%). Barotrauma lo presentaron 109 (1,8%) pacientes e intolerancia total 88 (1,4%). Las complicaciones estuvieron presentes en el 36,5% de los pacientes durante los años 1996-2004, 30% durante 2005-2013 y 26,6% entre 2014-2022 ($p < 0,001$). La duración de la VNI en pacientes con complicaciones fue de 55 horas de mediana y 24 horas en los que no presentaron complicaciones. Los factores predictivos independientes para complicación fueron: hombre (OR 0,86, IC95% 0,75-0,98), índice de Charlson (OR 1,04, IC95% 1,01-1,07), horas de VNI (OR 1,03, IC95% 1,03-1,04), volumen medio de fuga por interfaz (OR 0,96, IC95% 0,95-0,97), uso de CPAP (OR 0,32, IC95% 0,24-0,43), *shock* al inicio VNI (OR 1,27, IC95% 1,04-1,56), índice SOFA durante VNI (OR 1,11, IC95% 1,09-1,56), Orden de no intubación (OR 1,32, IC95% 1,12-1,56) y uso alto flujo combinado (OR 0,69, IC95% 0,54-0,88). La presencia de complicaciones fue más frecuente en los pacientes con fracaso de la VNI (39,1% frente a 22,4%, $p < 0,001$) y en los que mueren en hospital (39,2% frente a 18,9% en los que fueron dados de alta vivos; $p < 0,001$).

Conclusiones: Las complicaciones relacionadas con la VNI son frecuentes, con un predominio de las que son de menor gravedad. Múltiples factores se relacionan con el desarrollo de complicaciones.

235. ¿INFLUYE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN EL FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA AGUDIZADA?

Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Ruiz Rodríguez A, Valdés Socorro DA, Pellicer Sánchez N, Fernández Gambin H, Bayoumy Delis P y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Determinar si el índice de masa corporal (IMC) influye en el fracaso de la ventilación no invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada (IRCA).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes que ingresan en UCI con IRCA que precisan VNI durante los años 1996-2022. Se excluyen pacientes con síndrome de obesidad hipoventilación y los previamente intubados. Según IMC se agruparon en: bajo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$), peso normal (18,5-24,9), sobrepeso (25,29,9) y obesidad (> 30). Se define fracaso de VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como media \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartil), números y porcentaje. Las comparaciones se realizaron mediante la prueba J^2 de tendencia lineal y ANOVA.

Resultados: Se analizaron 1077 pacientes. La etiología más frecuente fue EPOC en 71,3% y asma crónica en 12,5%. La causa de descompensación fue infección respiratoria en el 71,5% de casos. Todos los pacientes fueron tratados con VNI modo BiPAP y mascarilla facial. Las variables clínicas y evolutivas más importantes en los grupos analizados se muestran en la tabla.

Conclusiones: El IMC no influye en el pronóstico de los pacientes con IRCA que son tratados con VNI.

236. ¿ES EFECTIVA LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO?

Tornero Yezpe P, López Gómez L, Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Martínez Quintana ME, Torrano Ferrández M, Fernández Gambin H, Rozua López A, Pellicer Sánchez N y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) que son tratados con ventilación no invasiva (VNI).

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI por SDRA entre los años 1997 a 2022 y que son tratados con VNI. Se excluyeron pacientes con fracaso respiratorio posextubación. El fracaso de la VNI se definió como necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizan mediante prueba J^2 de Pearson, t de Student y Mann-Whitney. Además, se realizó análisis de regresión logística.

Resultados: Se analizaron 1.073 pacientes, siendo la forma de presentación más frecuente de SDRA el origen pulmonar (72,3%). La etiología séptica estuvo presente en 92,1% de los enfermos, siendo el foco responsable del cuadro clínico el pulmonar (74,7%) y el abdominal (7,7%). Hubo una mayoría de hombres (64,9%) y edad media de $59,3 \pm 16,4$. El 24,8% eran inmunodeprimidos y el 13% tenían orden de no intubación. El SAPS II fue de $40,1 \pm 15$. El tratamiento inicial fue modo BiPAP (66,3%) alternándose con oxígeno de alto flujo en el 42,9%. La mascarilla oronasal fue la más utilizada (54,9%) seguida de la total (44,2%). Los parámetros ventilatorios mostraron una mejoría a la hora del inicio de la VNI, (PaO₂/FiO₂ al inicio $125,6 \pm 31,2$ y PaO₂/FiO₂ a la hora $151,9 \pm 36,9$) [$p < 0,001$]. El 36,8% tuvieron complicaciones con mediana de duración 45 horas. El fracaso de la VNI se objetivó en el 53,5%. Entre los pacientes en los que fracasó la VNI la mortalidad fue del 62,7% ($p < 0,001$). Los factores predictivos independientes para fracaso de la VNI fueron el valor de la escala HACOR a la hora de VNI (OR:1,208), SAPS II (OR: 1,032), enfermedad respiratoria crónica (OR: 0,472) y presencia de complicaciones de la VNI (OR:1,479).

Conclusiones: La VNI es efectiva en el manejo de los pacientes con SDRA, observándose una baja tasa de complicaciones y fracaso de la técnica. En nuestra muestra de pacientes se encontró una relación directa entre fracaso de la VNI y mortalidad.

237. VENTILACIÓN NO INVASIVA PARA FACILITAR EL DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Higón Cañigral Á, Maiquez Sánchez L, Ruiz Rodríguez A, Fernández Gambin H, Valdés Socorro DA, Tornero Yezpe P, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, López Gómez L y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Describir la evolución que presentan los pacientes en los que se utiliza la ventilación no invasiva (VNI) para facilitación del destete del ventilador mecánico cuando no cumplen criterios de extubación.

Tabla Póster 235

	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	p
Edad	67 \pm 11	67 \pm 13	70 \pm 12	69 \pm 13	0,13
Hombres, n (%)	16 (61,5)	56 (57,1)	404 (71,8)	272 (69,7)	0,105
Índice Charlson	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (2-3)	2 (2-3)	< 0,001
EPOC	16 (61,5)	64 (63,5)	424 (75,3)	280 (71,8)	0,368
Orden no intubación, n (%)	8 (30,8)	25 (25,5)	171 (30,4)	124 (31,8)	0,354
pH inicial	7,32 \pm 0,15	7,26 \pm 0,12	7,23 \pm 0,10	7,24 \pm 0,10	< 0,001
PaO ₂ /FiO ₂ inicial	156 \pm 27	168 \pm 33	172 \pm 39	173 \pm 40	< 0,001
Frecuencia respiratoria	37 \pm 4	34 \pm 6	32 \pm 8	32 \pm 8	< 0,001
PaCO ₂ inicial	61 \pm 28	68 \pm 28	80 \pm 25	79 \pm 25	0,17
HACOR 1 hora VNI	5 (4-9)	4 (2-7)	5 (3-7)	5 (3-7)	0,051
Fracaso VNI, n (%)	8 (30,8)	8 (8,2)	72 (12,8)	50 (12,8)	0,54
Complicaciones VNI, n (%)	14 (53,8)	43 (43,8)	229 (40,7)	156 (40)	0,237
Estancia hospitalaria	9 (6-12)	11 (8-16)	12 (8-17)	12 (9-20)	0,03
Muerte en hospital, n (%)	8 (30,8)	13 (13,3)	113 (20,1)	78 (20)	0,848

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva. Pacientes ingresados en UCI entre los años 2000 a 2022, en los que tras tres intentos fallidos de prueba en oxígeno en T, se decide extubación e inicio de VNI. Se define fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Comparación entre variables mediante J^2 de Pearson, y t de Student para datos independientes y apareados. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 108 pacientes con una edad media de 68 ± 16 años y 70 (64,8%) eran hombres. El 71,3% ingresaron por motivos médicos y el resto posquirúrgicos. El 53,7% presentaban patología respiratoria crónica. Todos los pacientes recibieron terapia con BiPAP y mascarilla facial. En el momento de la extubación, la frecuencia respiratoria era 30 ± 4 y la PaO_2/FiO_2 de 171 ± 26 , a la hora de VNI era de 28 ± 5 y 185 ± 34 , respectivamente (ambas $p < 0,001$). La VNI fracasó en 29 (26,9%) pacientes. La mediana de la escala HACOR a la hora de VNI fue de 4 (2,5). La mediana de duración de la terapia fue de 37,5 (24,59) horas. Presentaron complicaciones relacionadas con la VNI el 36,1% de los pacientes. Las variables relacionadas independientemente con el fracaso fueron: SOFA durante la VNI (OR 1,90; IC95% 1,36-2,64) ($p < 0,001$) y la escala HACOR a la hora VNI (OR 2,09; IC95% 1,36-3,23) ($p < 0,001$). La mortalidad hospitalaria fue del 38% (41 pacientes). De los pacientes con éxito en la VNI, 4,5% fallecieron en el hospital y de los fracasos fallecieron el 63,4% ($p < 0,001$).

Conclusiones: La utilización de la VNI para facilitar el destete de la ventilación invasiva presenta una tasa de éxito elevada. Las variables que predicen de manera independiente el fracaso de la terapia no invasiva son la escala SOFA durante la VNI y la escala HACOR a la hora. El fracaso de la VNI conlleva una elevada mortalidad.

238. USO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL PACIENTE EPOC CON EXACERBACIÓN GRAVE EN PRESENCIA O NO DE ACIDOSIS RESPIRATORIA

Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Martínez Martín G, Torrano Ferrández M, Maiquez Sánchez L, Fernández Gambín H, López Gómez L, Rozua López A, Carrillo Alcaraz A y Torrano Ferrández A

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

Objetivos: Analizar la utilización de la ventilación no invasiva (VNI) en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con exacerbación aguda con pH normal comparándola con pacientes con acidosis respiratoria.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI entre los años 1996 al 2022 por exacerbación de EPOC y tratados con VNI. Los enfermos fueron tratados con VNI modo BiPAP y mascarilla facial. Además, todos presentaban FR mayor 25 rpm y utilización de musculatura accesoria respiratoria con necesidad de FiO_2 mayor del 40% para mantener una $SpO_2 > 88\%$. Los pacientes se diferenciaron si presentaban al inicio de la terapia un pH normal (7,35-7,45) o acidosis respiratoria ($< 7,35$). Se define fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas, media \pm desviación estándar o mediana (rango intercuartílico). Las comparaciones de variables mediante ji^2 o t de Student.

Resultados: Se analizaron 768 pacientes, 709 (92,3%) con acidosis respiratoria y 59 (7,7%) con pH normal. Las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas se muestran en la tabla.

	Acidosis respiratoria	Sin acidosis respiratoria	p
Edad	70,5 \pm 10,1	72,2 \pm 8,6	0,211
Hombre, n (%)	608 (85,8)	51 (86,4)	0,855
Índice Charlson	3 (2,3)	2 (2,3)	0,044
Orden no intubación, n(%)	190 (26,8)	21 (35,6)	0,146
pH inicial	7,21 \pm 0,08	7,36 \pm 0,04	< 0,001
FR inicial	31,7	35 \pm 5	< 0,001
PaCO ₂	85 \pm 22	46 \pm 10	
PaO ₂ /FiO ₂	173 \pm 37	175 \pm 38	0,733
Fracaso VNI, n (%)	72 (10,2)	8 (13,6)	0,411
Fracaso Tardío, n (%)	102 (15,4)	14 (25,9)	0,043
Complicaciones VNI, n (%)	283 (39,9)	20 (33,9)	0,363
Estancia hospitalaria	12 (9,18)	15 (10,21)	0,032
Muerte en Hospital, n (%)	119 (16,8)	16 (27,1)	0,045

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI por EPOC exacerbado y presentan un pH al inicio menor de 7,35 tienen menos mortalidad y estancia hospitalaria que aquellos que no presentan acidosis al ingreso.

239. EFECTIVIDAD DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POSEXTUBACIÓN

Torrano Ferrández M, Maiquez Sánchez L, López Gómez L, Fernández Gambín H, Rozua López A, Pellicer Sánchez N, Valdés Socorro DA, Higón Cañigral Á, Martínez Martín G y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar el fracaso de la ventilación no invasiva (VNI) en la prevención del fracaso respiratorio en pacientes extubados, su relación con el pronóstico y los factores predictivos independientes para fracaso.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI desde 2004 a 2022 y que recibieron VNI tras la extubación. Se definió fracaso de la VNI como la necesidad de intubación o muerte en UCI. La VNI posextubación se realizaba durante 24 horas y si desarrollaba IRA hasta la resolución de la misma o fracaso de la VNI. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y evolutivas. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Comparación entre variables mediante J^2 de Pearson, y t de Student para datos independientes y apareados. Análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Fueron analizados 234 pacientes con una edad media $68 \pm 12,5$ años y el 69,2% eran hombres. El motivo de intubación previa fue de causa médica en 149 (63,7%) pacientes y la mediana de días con ventilación invasiva previa fue de 6 (3, 11). El 99,1% recibió tratamiento con BiPAP y el 87,6% con mascarilla facial. La PaO_2/FiO_2 mejoró a la hora de inicio de la VNI desde $190,5 \pm 29,7$ a $210,4 \pm 42,9$ ($p < 0,001$). IRA posextubación lo desarrollaron 47 (20,1%) pacientes. Se objetivó fracaso de VNI en 23 pacientes (9,8%) y 38 (16,2%) presentaron complicaciones relacionadas con la terapia. Los factores predictivos independientes para el fracaso de VNI fueron SOFA máximo durante el soporte no invasivo (OR 1,490; IC95% 1,183-1,877) y HACOR a la hora de VNI (OR 1,667, IC95% 1,267-2,195). La mortalidad global fue de un 12,4% (29 pacientes). De los pacientes con éxito en la VNI, 7,1% fallecieron en el hospital y de los fracasos fallecieron el 60,9% ($p < 0,001$).

Conclusiones: La VNI preventiva evita el desarrollo de IRA posextubación. Únicamente dos factores se relacionan con el fracaso, el índice SOFA y la escala HACOR a la hora de la VNI. El fracaso de la VNI se relaciona con un peor pronóstico.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

NEFROLOGÍA/DEPURACIÓN EXTRARRENAL II

16:45-18:15 - Sala 127

Moderadores: Manuel García-Montesinos de la Peña/
Zaira Molina Collado

240. COMPLICACIONES ELECTROLÍTICAS Y RENALES EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA. UNA DÉCADA DE APRENDIZAJE

Beltrán Hernández DR, Oñoro A, Rubio V, Pintado MC, Jiménez M, Molina D, Lujan J, Martínez C y Nevado E

Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: Las complicaciones renales como el fracaso renal y las alteraciones electrolíticas son complicaciones frecuentes en el posoperatorio tras cirugía citorreductora (CRS) y quimioterapia intraperitoneal

hipertérmica (HIPEC). Son muchos los factores que juegan un papel en su presentación, añadiendo una tasa de morbilidad no desdeñable. Determinar la frecuencia de presentación alteraciones electrolíticas y fracaso renal agudo (FRA) en los pacientes que ingresan a UCI tras el posoperatorio de la cirugía de citorreducción e HIPEC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo durante 10 años y 11 meses. Se tomaron a todos los pacientes ingresados en la UCI en el posoperatorio de CRS (citoreducción) y terapia HIPEC. Los datos registrados fueron edad, sexo, tipo de cáncer, gravedad al ingreso en la UCI (puntuaciones APACHE II y SOFA), bioquímica completa, necesidad de TDER, mortalidad en la UCI y duración de la estancia. Definimos como FRA el aumento de la creatinina sérica (Cr) de $\geq 0,3$ mg/dl en las 48 h posteriores a la cirugía. A nivel como alteraciones electrolíticas a todas aquellas por fuera del rango de laboratorio. La poliuria se definió como una producción de orina superior a 3 l/día. Las variables cualitativas se describen como número y porcentajes, las variables cuantitativas con distribución normal como media \pm DE, las variables cuantitativas con distribución no normal como mediana (rango intercuartílico).

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes. 61 (49,2%) eran varones. La edad media era de $59,32 \pm 9,10,54$ años. 104 (83,9%) tenían un cáncer digestivo y 20 ginecológico. Las puntuaciones medias APACHE II y SOFA al ingreso en la UCI fueron de $8,89 \pm 2$ (1-3), respectivamente, con un índice de Charlson de 6 (6,00-7,00). 119 (96%) pacientes presentaron algún tipo de complicación iónica, todas asintomáticas: HipoNa 28 (22,8%), HiperNa 4 (3,2%), HipoK 51 (41,1%), HiperK 3 (2,4%), HipoMg 31 (25,0%), HiperMg 10 (10,0%), HipoP 29 (23,4%), HipoCa 107 (86,3%) y HiperCa 1 (0,8%). Solo 6 presentaron FRA (4,9%) y solo 1 (0,8%) requirió de TDER. La poliuria se presentó en 106 (85,4%). La estancia media en la UCI fue de 5 (4-5) días. La mortalidad en la UCI fue de 0,8%.

Conclusiones: Los pacientes que se someten a citorreducción e HIPEC pueden experimentar complicaciones hidroelectrolíticas frecuentemente en el posoperatorio temprano en su mayoría asintomáticas. La tasa de fracaso renal agudo es baja. El seguimiento en UCI de estos pacientes es recomendable.

241. ANÁLISIS DEL ACLARAMIENTO DE MOLÉCULAS DE PEQUEÑO Y MEDIANO PESO MOLECULAR EN LA HEMODIAFILTRACIÓN VENOVENOSA CONTINUA

Barrueco Francioni JE¹, Adell García P¹, Salgado M² y Herrera Gutiérrez ME¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Analizar la saturación del efluente con moléculas de pequeño y mediano peso molecular en pacientes con hemodiafiltración veno-venosa continua.

Métodos: Estudio tipo serie de casos prospectiva, con pacientes que recibieron técnicas de depuración renal en modalidad hemodiafiltración veno-venosa continua durante su ingreso en UCI desde julio de 2023 hasta octubre de 2023. Como parte de un seguimiento clínico de la técnica, se extrajeron muestras de sangre prefiltrado y de suero posfiltrado para analizar la concentración de urea y beta-microglobulina presentes en ambas, comparándolas entre ellas para poder calcular el porcentaje de saturación del efluente para cada una. Se describen las variables cualitativas como porcentaje y frecuencia, las variables continuas como mediana y rango intercuartílico. Para la comparación del porcentaje de saturación del efluente se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon considerando significativos valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Se han analizado en total 26 pacientes. El motivo del inicio del tratamiento fue lesión renal aguda "KDIGO III, con Cr > 4 , independientemente del ritmo de diuresis" en el 46,2% (12), anuria en el 26,9% (7), alteración grave del medio interno en el 11,5% (3), situación de anasarca con mal manejo de volumen en el 7,7% (2) y reagudización de ERC en otro 7,7% (2). El total de mujeres un 26,9% (7) y de hombres fue de un 73,1% (19). La edad media fue de 59 (50-66) años. Las características de las técnicas de depuración fueron: membranas ST150 de Baxter® en 92,3% (24) y membranas AV600S de Fresenius® en 7,7% (2). Respecto a la anticoagulación 38,5% (10) no tenía anticoagulación del sistema y el 65,5% (17) restante 6 con HBPM, 9 con citrato y 1 con epoprostenol. Para las terapias con citrato se realizaron en tu totalidad con Regiocit de Baxter® con Qs 100-120 mL/min y un Qpre de 1.367 mL/h (1.300-1.440). Para el resto el Qs fue de 250 mL/min, el Qpost 1.000 mL/h (262-1.150), el Qd 1.000 mL/h (1.000-1425) y el Quf 100 mL/h (80-150). Los porcentajes de saturación del efluente para la urea

fue de 91,9% (87,3-93,5) y para la beta-2-microglobulina de 57,6% (49,2-60,1) con una diferencia significativa entre ellas (p $< 0,001$).

Conclusiones: La caída en el aclaramiento de moléculas de mediano tamaño cuando se prescribe hemodiafiltración (convección + difusión) como mecanismo de depuración es significativo, lo que debe ser tenido en consideración al determinar la dosis prescrita si la eliminación de estas moléculas forma parte de nuestro objetivo terapéutico.

242. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA QUE INGRESAN EN UCI

Alonso Iglesias A, Sánchez Ruiz P, Cózar Benjumea M y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad en pacientes con ERC ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Punta de Europa.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva, realizado en una UCI de 15 camas entre 2019 y 2023. Variables demográficas, comorbilidades, escalas de gravedad, tratamiento recibido, ventilación mecánica (VM), factores de riesgo, infecciones en UCI, antibioterapia, estancia en UCI, estancia hospitalaria, estadio ERC, hemodiálisis (HDI) y filtrado glomerular (FG). Análisis estadístico habitual. Significación estadística con p $< 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 229 pacientes. Se comparó fallecidos (n = 94) vs. vivos (n = 135). Al ingreso: SAPS II (48,4 [32,8; 59] vs. 35,4 [24; 44], p $< 0,001$), APACHE II (19,3 [13; 25] vs. 13,8 [9;17], p $< 0,001$), GCS (11,5 [8; 15] vs. 13,9 [15; 15], p $< 0,001$). Tipo de ingreso (p = 0,003): cirugía programada 3,2 vs. 3,7%, cirugía urgente 15,9 vs. 5,9%, coronario 11,7 vs. 28,1%, médico no coronario 68,1 vs. 62,2%. Factores de riesgo: ATB 48 h previas 48,9 vs. 22,9%, p $< 0,001$. NPT 34,0 vs. 14,8%, p $< 0,001$. CVC 88,3 vs. 54,1%, p $< 0,001$. TDE 30,9 vs. 15,6%, p = 0,009. VM 63,8 vs. 16,3%, p $< 0,001$. SU 94,6 vs. 74,8%, p $< 0,001$. Traqueo 7,4 vs. 0%, p = 0,002. Comorbilidades: cirrosis 7,5 vs. 0%, p = 0,002. EPOC 21,3 vs. 7,4%, p = 0,004. Primera infección intra-UCI (p = 0,004): Bacteriemia 2^a 5,3 vs. 2,9, BRC/foco desconocido 15,9 vs. 3,7%, infección abdominal 4,3 vs. 2,2%, ITU-SU 2,1 vs. 0,7%, NAVM 2,1 vs. 0%. Tiempo VM (5,2 [0; 7] vs. 0,7 [0; 0], p $< 0,001$). Tiempo catéter arterial (3,6 [0; 5] vs. 0,8 [0; 0], p $< 0,001$). Tiempo SU (8,1 [1; 11] vs. 4,2 [1; 6], p $< 0,001$). Tiempo CVC: total (7,5 [1;11] vs. 3,2 [0;5], p $< 0,001$). Perfusion de furosemida 26,6 vs. 14,8%, p = 0,041. FG alta UCI (p $< 0,001$): < 15 ml/min (51,0 vs. 21,5%), 15-30 ml/min (22,3 vs. 21,5%), 30-60 ml/min (13,8 vs. 36,3%), > 60 ml/min (13,8 vs. 20,7%). FG alta hospital (p $< 0,001$): < 15 ml/min (51,0 vs. 20,7%), 15-30 ml/min (19,1 vs. 18,5%), 30-60 ml/min (15,9 vs. 37,7%), > 60 ml/min (13,8 vs. 22,9%). Estadio ERC alta (p $< 0,001$): I (8,5 vs. 16,3%), II (6,3 vs. 10,4%), III (13,8 vs. 38,5%), IV (21,3 vs. 17,0%), V (50,0 vs. 17,7%). Regresión logística multivariante: tiempo VMI (OR 1,21 [1,09; 1,38], p = 0,001), estadio V ERC alta (OR 6,19 [1,99; 21,54], p = 0,002), SAPS II (OR 1,05 [1,03;1,07], p $< 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad en UCI de los pacientes con ERC es elevada. En nuestra unidad, el SAPS II al ingreso en UCI, el tiempo de VMI y el estadio ERC V al alta se asociaron de manera independiente a la mortalidad.

243. UTILIDAD DEL TEST DE ESTRÉS CON FUROSEMIDA COMO PREDICTOR DE PROGRESIÓN DEL FALLO RENAL Y LA NECESIDAD DE SOPORTE RENAL CONTINUO. EXPERIENCIA EN UNA UCI POLIVALENTE

Tuya de Manuel P, Ballarín Audina T, García Sampedro A, Martínez González C, Antuña Braña MT, González Vega L, Braña Rodríguez A y González Díaz C

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: El test de estrés con furosemida (TEF), se desarrolló como herramienta clínica para evaluar riesgo de progresión de la lesión renal aguda. Consiste en administrar un bolo de furosemida (1-1,5 mg/kg) a pacientes normovolémicos con deterioro agudo de la función renal. Se considera respuesta positiva al test si diuresis ≥ 200 ml en 2 horas. Nuestro objetivo es valorar el TEF como predictor de progresión de la lesión renal aguda, y necesidad de técnicas soporte renal (TRRC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluye pacientes ingresados por cualquier patología en una UCI polivalente desde mayo 2022 a

febrero de 2023 con disfunción renal aguda al ingreso o durante el mismo. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos, y de resultado. Variables cuantitativas se expresan como media (\pm DE) y mediana (mínimo-máximo), variables cualitativas como porcentaje. Variables categóricas se comparan con test chi-cuadrado o exacta de Fisher, variables cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney. Significativa $p < 0,05$.

Resultados: Incluidos 34 pacientes. Edad media 68 ± 9 . Varones 68%. Antecedentes de obesidad 18%, hipertensión 59%, diabetes 29%, tabaquismo 32%, dislipemia 44%, cardiopatía isquémica 12%. APACHE medio 22 ± 8 . SOFA 8 ± 3 . 62% con ventilación mecánica. Precizaron vasoactivos 91%. Al ingreso 21 pacientes (62%) AKIN 1, 12 pacientes (35%) AKI 2, y 1 paciente (3%) AKI 3. Estancia UCI mediana 8 (2-88). *Exitus* UCI 23%. Respuesta positiva TEF en 26 pacientes (76%), 2 precisaron TRRC vs. 5 de los 8 con test negativo ($p < 0,003$), en 10 pacientes progresó la insuficiencia renal vs. los 8 pacientes con test negativo ($p < 0,03$).

Conclusiones: Una respuesta negativa al TEF, parece útil para predecir progresión del fallo renal en nuestra población de estudio de manera estadísticamente significativa. También es útil como predictor de la necesidad de técnicas continuas de reemplazo renal en el paciente crítico de manera significativa.

244. UTILIDAD DEL ÍNDICE DE RESISTENCIA DE LA ARTERIA RENAL PARA PREDECIR LA PROGRESIÓN DEL FALLO RENAL Y LA NECESIDAD DE SOPORTE RENAL CONTINUO. EXPERIENCIA EN UNA UCI POLIVALENTE

Tuya de Manuel P, Díaz González C, Vaca Guzmán K, Recena Pérez P, Antuña Braña MT, Martínez González C, Hurlé Peláez I y Ballarín Audina T
Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: El índice de resistencia renal (IRR) es un parámetro ecográfico obtenido mediante Doppler pulsado sobre las arterias arcuatas renales, valores $> 0,75$ pueden indicar lesión renal aguda en la evaluación temprana según la bibliografía. Nuestro objetivo es valorar el IRR como predictor de progresión de la lesión renal aguda, y necesidad de técnicas soporte renal (TRRC).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, incluye pacientes ingresados en UCI desde mayo 2022 a febrero de 2023 con disfunción renal aguda al ingreso o durante el mismo. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos, y de resultado. Variables cuantitativas se expresan como media (\pm DE) y mediana (mínimo-máximo), variables cualitativas como porcentaje. Variables categóricas se comparan con test chi-cuadrado o exacta de Fisher, variables cuantitativas con t Student o U de Mann-Whitney. Se utilizó curvas ROC y AUC para determinar valor predictivo. Significativa $p < 0,05$.

Resultados: Incluidos 34 pacientes. Edad media 68 ± 9 . Varones 68%. Antecedentes de obesidad 18%, hipertensión 59%, diabetes 29%, tabaquismo 32%, dislipemia 44%, cardiopatía isquémica 12%. APACHE medio 22 ± 8 . SOFA 8 ± 3 . 62% con ventilación mecánica. Precizaron vasoactivos 91%. Al ingreso 21 pacientes (62%) AKIN 1, 12 pacientes (35%) AKI 2, y 1 paciente (3%) AKI 3. Estancia UCI mediana 8 (2-88). *Exitus* UCI 23%. IRR media $0,81 \pm 0,14$. En los 18 pacientes con progresión de insuficiencia renal el IRR fue 0,87 vs. 0,73 en los que no hubo ($p < 0,003$). En los 7 pacientes que precisaron TRRC el IRR fue 0,91 vs. 0,78 en lo que no ($p < 0,02$). AUC de 0,780 (IC95% 0,62-0,94), para progresión de insuficiencia renal, con punto de corte de 0,76 con una sensibilidad del 72% y una especificidad del 90%.

Conclusiones: El índice de resistencia es significativamente mayor de en los que presentan fracaso renal progresivo y necesitan TCRR y tiene un buen valor predictivo de progresión de la insuficiencia renal.

245. SEGUIMIENTO EVOLUTIVO AL ALTA HOSPITALARIA DE AQUELLOS PACIENTES QUE REQUIEREN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL SUSTITUTIVO DURANTE SU ESTANCIA EN UCI

Navas Álvarez S, Díez Izquierdo C, Sánchez Rentero L y Díaz Sesé R

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

Objetivos: Analizar la necesidad de tratamiento diurético y/o diálisis en una cohorte de pacientes que requirieron terapia de reemplazo renal continua durante su ingreso en UCI.

Métodos: Se seleccionaron aquellos pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados críticos comprendida entre enero de 2021 y diciem-

bre de 2022 que requirieron de terapia de reemplazo renal continua. Se evaluó la necesidad tanto de tratamiento diurético como terapia dialítica al alta hospitalaria y se realizó seguimiento a los 3 y 12 meses de la misma. El análisis se realizó utilizando SPSS.

Resultados: Se revisaron un total de 107 pacientes, de los cuales 69,2% eran varones y 30,8% mujeres, con una mortalidad de 68,2%. La edad media de la cohorte fue 61,68 años, sin diferencias estadísticas entre los grupos. La causa de ingreso de dichos pacientes es cuadro séptico (31,8%) y posoperatorio de cirugía cardíaca (31,8%), seguido de COVID (14%). Al ingreso el 73,8% de los pacientes no tenían insuficiencia renal previa. La principal indicación de terapia de reemplazo renal fue anuria (53,3%) seguido de oliguria (16,8%), con RIFLE grado III en el 84,1% de los casos seguido del grado II en el 8,4%. Previo a la instauración de la terapia hasta en el 51,4% de los casos se inicia perfusión de furosemda. La media de días de duración de la terapia es de 7,55 días. Al alta hospitalaria el 11,2% requirieron de tratamiento diurético, manteniéndose a los 3 meses en el 8,4% de los casos y al año del alta lo mantienen el 7,5% de los mismos. Al alta hospitalaria el 1,9% de los pacientes requirieron de tratamiento dialítico, manteniéndolo $< 1\%$ de los casos a los 3 meses y al año del alta hospitalaria.

Conclusiones: Al año del alta hospitalaria una pequeña proporción de los pacientes ingresados requieren de tratamiento diurético (7,5%) y prácticamente la totalidad recuperan la función renal.

246. INFLUENCIA DEL BALANCE HÍDRICO ACUMULADO 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 Artola N, de la Torre Vélez P y Bustamante Munguria E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínicas y resultados de los pacientes ingresados en una UCI polivalente, determinando la influencia del balance hídrico acumulado (BHA) en el pronóstico y la evolución de los pacientes que ingresan en UCI 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 durante el periodo de enero a junio de 2023. Se correlacionó BHA a las 24 h, 48 h, 72 h, 7 d y 14 d del ingreso con días de estancia en UCI (DEU), mortalidad y ventilación mecánica (VM). Resultados fueron analizados estadísticamente y expresados como, media (IC95%), t de Student y regresión logística, según corresponda.

	p	OR (IC95%)
Mortalidad intra-UCI		
BHA 24 h	0,73	
BHA 48 h	0,91	
BHA 72 h	0,96	
BHA 7 d	0,45	
BHA 14 d	0,003	
Mortalidad 30 d		
BHA 24 h	0,86	
BHA 7 d	0,13	
BHA 14 d	0,013	
Mortalidad 90 d		
BHA 24 h	0,95	
BHA 48 h	0,1	
BHA 72 h	0,019	
DEU		
BHA 24 h	0,77	
BHA 48 h	0,62	
BHA 72 h	0,34	
BHA 7 d	0,14	
BHA 14 d	0,04	15,4 (2,6-90,2)
Días de VM		
BHA 24 h	0,89	
BHA 48 h	0,81	
BHA 72 h	0,31	
BHA 7 d	0,01	
BHA 14 d	0,02	8,6 (1,8-0,76)

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes, de los que el 72,5% eran varones. Como antecedente al ingreso, el 21,5% presentaban fallo cardíaco

co 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. El BHA 24h medio fue de 362 ml (3.600-5.100 ml), BHA 48 h de 1.321 (-5.500 - 5.900 ml), BHA 72h 2.410 (-7.300-7.440 ml), BHA 7d de 4.397 (-12.200 - 1.971 ml) y el BHA 14d 9.093 (-6.200 - 85.300 ml). 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. Los días de estancia en UCI (DEU) fueron de 25,3 días (10-87 días). El 80,4% precisó ventilación mecánica con una duración media de 14,4 días (0-60). La asociación entre BHA con mortalidad, DEU y días de VM se muestran en la tabla.

Conclusiones: En nuestra serie se identifica que el BHA mantenido en el tiempo es un factor independiente para una mayor estancia en UCI y duración de la VM. Se identifica que el BHA mantenido en el tiempo presenta una asociación estadísticamente significativa con la mortalidad tanto a corto como a largo plazo. Dichas asociaciones aumentan con la duración del BHA hasta alcanzar una significancia estadísticamente significativa en el BHA en el 14º d.

247. ÍNDICE DE RESISTENCIA RENAL COMO FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE FRACASO RENAL AGUDO EN PACIENTES CRÍTICOS

Castañeda Alvarado GF, Cango Picoita NS, Álvarez Calonge C, Blanco Álvarez A, García Olivares P y Frias Gatell C

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: Identificar si el RRI, medido dentro de las primeras 24 horas de ingreso, es un factor pronóstico independiente de FRA en pacientes críticos.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, prospectivo, realizado en pacientes críticos del Hospital Gregorio Marañón, entre febrero-marzo de 2023. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad renal crónica (ERC), edad < 18 años y mala ventana ecográfica. El IRR se obtuvo dentro de las primeras 24 horas del ingreso en UCI, medido por uno de los cuatro operadores quienes contaban con al menos de un año de experiencia clínica con dicho método. Los datos estadísticos descriptivos se expresaron como media ± DE o mediana con rango intercuartílico para variables continuas y mediante porcentajes para características categóricas. En el análisis univariable, las medias del IRR se compararon mediante el estadístico t de Student. La asociación entre IRR y FRA se estimó mediante análisis de regresión logística múltiple, ajustado por factores de confusión.

aquellos con FRA (0,78 ± 0,07) (p < 0,01). No hubo diferencia en los valores del IRR entre los pacientes clasificados como KDIGO 1 (0,76 ± 0,06) (p = 0,28) en comparación con KDIGO 2, sin embargo, el IRR fue mayor en aquellos con KDIGO 3 (0,82 ± 0,08) (p < 0,01) y en pacientes con TRRC (p < 0,01). Confirmamos que el IRR se asoció con un aumento significativo del riesgo de FRA: OR 7,7; IC95% 2,5-23,9. En el análisis multivariable de regresión logística, se incluyó los principales factores de riesgo que podrían influir en el desarrollo de FRA: edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, APACHE II, VMI, vasopresores y fármacos nefrotóxicos. El IRR se asoció de forma independiente con FRA: OR 1,2; IC95% 1,1-1,4.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el IRR medido dentro de las primeras 24 horas de ingreso en UCI fue un factor pronóstico independiente de FRA.

248. ¿LA CONCENTRACIÓN DEL CITRATO, USADO EN LA ANTICOAGULACIÓN EN LAS TÉCNICAS DE REEMPLAZO RENAL, INFLUYE EN LA MAGNITUD DE ELEVACIÓN DEL BICARBONATO?

Bauçà Socías M, Suárez Carrillo S, Campos Gómez A, Tomasa Irriguible T, Sánchez Satorra M, Pons López T, Mota Montané D y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar los niveles de bicarbonato en pacientes con TCRR con anticoagulación regional utilizando soluciones de citratos a diferentes concentraciones.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de un hospital de tercer nivel. Se han incluido pacientes que han requerido técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) al menos durante 48 horas. La terapia se realizó con 2 monitores y técnicas diferentes; Fresenius HDVVC (1) y Prismaflex HDFVVC (2) siguiendo los protocolos recomendados por las casas comerciales. La elección del monitor fue en función de la disponibilidad en ese momento. Las soluciones de citrato sódico empleadas fueron 18 mmol/L (1) y 136 mmol/L (2). A los pacientes con bicarbonato > 28 mmol/L se modifican flujos y si, tras la modificación de flujos se mantiene por encima de 30 mmol/L, se suspende la terapia. El análisis descriptivo se ha realizado mediante media ± DE para las variables de distribución normal, mediana con mínimo y máximo para las asimétricas, y porcentajes para las cualitativas. El análisis bivariante se ha realizado mediante la prueba de t-Student.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes (93 circuitos), 21 hombres y 9 mujeres, con una mediana de edad de 64 años (38-80). La mediana de edad fue de 63 años (38-77) en el grupo 1 y 71,5 años (38-80) en el grupo 2. La indicación de inicio de TCRR en la muestra analizada fue mayoritariamente shock séptico con insuficiencia renal aguda (46,67%), siendo en segundo lugar la enfermedad renal crónica agudizada (26,67%). El promedio de días de terapia fue de 6,4 ± 3,87 días en el grupo 1 y de 6,6 ± 4,2 días en el grupo 2. De los 30 pacientes incluidos, a 20 se les realizó HDVVC (grupo 1) y a 10 HDFVVC (grupo 2). Los bicarbonatos iniciales fueron de 21,88 ± 5 mmol/L en el grupo 1 y de 20,27 ± 2,87 mmol/L en el grupo 2, llegando a unos valores máximos de 26,64 ± 5,07 en el grupo 1 y de 26,45 ± 3,32 en el grupo 2. De los 30 pacientes, 11 presentaron niveles de bicarbonato por encima de 28 mmol/L, 8 en grupo 1 y 3 en el grupo 2. De estos, 4 superaron los 30 mmol/L, 3 en el grupo 1 y 1 en el grupo 2. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a los niveles de bicarbonato (p NS).

Conclusiones: En la muestra de pacientes analizada, no se observaron diferencias en la magnitud de los niveles plasmáticos de bicarbonato en relación a la concentración de citrato administrado.

249. ÍNDICE DE RESISTENCIA RENAL COMO FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

Álvarez Calonge C, Cango Picoita NS, Castañeda Alvarado GF, Blanco Álvarez A, García Olivares P y Cedeño Mora JA

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: El objetivo fue identificar si el IRR, medido dentro de las primeras 24 horas de admisión en UCI, es un factor pronóstico independiente de mortalidad.

Métodos: Es un estudio observacional y prospectivo, realizado en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospi-

Figura 1. IRR COMO FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE FRA

VARIABLES	OR	95% C.I.	
Edad	1,017	,952	1,086
Hipertensión arterial	,261	,042	1,618
Diabetes Mellitus	2,426	,314	18,713
APACHE II	1,109	,935	1,316
VMI (1)	,478	,060	3,808
Vasopresores	,394	,041	3,782
Fármacos nefrotóxicos	6,040	,990	36,857
Sepsis como motivo de ingreso	1,918	,273	13,469
IRR x 100	1,234	1,067	1,427

1. Ventilación mecánica Invasiva

Resultados: Se incluyeron setenta pacientes. La edad media fue 58 ± 17 años y el 50% eran varones. El 44,3% tuvieron hipertensión arterial y el 25,7% diabetes mellitus. La media del APACHE II fue 14 ± 7. El 42,9% de los pacientes requirió VMI y el 55,7% vasopresores. El 41,4% de los pacientes fueron diagnosticados de FRA dentro de las 24 horas de ingreso en UCI. A las 72 h el 27,1% tenían FRA: entre ellos el 47,3% eran KDIGO-1, el 5,2% KDIGO-2, el 47,3% KDIGO-3 y el 10% requirieron terapia de reemplazo renal continua (TRRC). En el análisis univariable encontramos que los valores de IRR medidos dentro de las primeras 24 h del ingreso fueron significativamente menores en pacientes sin FRA (0,69 ± 0,06) que en

tal Gregorio Maraño, entre febrero-marzo de 2023. Los criterios de exclusión fueron: enfermedad renal crónica (ERC), edad < 18 años y mala ventana ecográfica. El IRR fue obtenido dentro de las primeras 24 horas del ingreso en UCI, y fue medido por uno de los cuatro operadores que contaban al menos un año de experiencia clínica con dicho método. Se examinaron ambos riñones y se realizaron mediciones en dos sitios de cada riñón, en la arteria interlobulillar o arqueada. A partir de los cuatro valores obtenidos se calculó una media del IRR. Los datos estadísticos fueron expresados como media \pm DE, o mediana con rango intercuartílico para variables continuas y porcentajes para características categóricas. En el análisis univariable la media del IRR fue comparada utilizando una t de Student. La asociación entre el IRR y mortalidad fue estimada mediante un análisis de regresión logística múltiple, ajustado por factores confusionales.

Resultados: Fueron incluidos setenta pacientes. La edad media fue de 58 ± 17 años y el 50% de los participantes eran varones. El motivo de ingreso más común fue la sepsis (37,1%). La mediana del índice de Charlson fue 1 (RIQ 0-2). La puntuación media al ingreso del APACHE II fue 14 ± 7 y la media del SOFA 5 ± 4 puntos. El 42,9% de los pacientes requirieron VMI, con una mediana de 4 días (RIQ 1-7), y el 55,7% requirieron vasopresores. La mediana de estancia en UCI fue de 5 días (RIQ 3-9), con una mortalidad de 8,7%. En el análisis univariable, encontramos que los valores de IRR eran significativamente mayores en los pacientes que no sobrevivieron ($0,82 \pm 0,07$) que en los supervivientes ($0,70 \pm 0,07$) ($p < 0,01$). Se confirmó que el IRR medido en las primeras 24 h de ingreso en UCI es un factor pronóstico de mortalidad (OR 1,21; IC95%: 1,07-1,37). En el análisis multivariable de regresión logística se incluyó: edad, el motivo de ingreso, índice de Charlson, APACHE II, el uso de VMI, requerimientos de vasopresores y necesidad de terapia de reemplazo renal continua, el IRR se asoció de forma independiente con la mortalidad en pacientes críticos: OR 1,69; IC95%: 1,04-2,74 (tabla).

RRI UN FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD			
VARIABLE	OR	IC del 95%	
RRI x 100	1.686	1.036	2.742
Edad	,978	,844	1.132
Índice de Charlson	,467	,130	1.679
Sepsis como motivo de ingreso	1.568	,013	189.200
APACHE II	1.083	,746	1.574
SOFA_24H	1.091	,595	2.002
VMI (1)	14.807	,068	3210.637
Vasopresores	,530	,001	513.508
TRRC (2)	,790	,003	243.807

1. Ventilación Mecánica invasiva
2. Terapia de Reemplazo renal continua

Conclusiones: En nuestra experiencia, el IRR medido dentro de las primeras 24 horas de ingreso en UCI, fue un factor pronóstico independiente de mortalidad en pacientes críticos.

250. CCL-14 COMO PREDICTOR DE FRACASO RENAL AGUDO (AKI) GRAVE PERSISTENTE O REQUERIMIENTO DE TÉCNICA DE REEMPLAZO RENAL (TRR)

Mateo Marquina L, Martos Mendizábal M, Álvarez A, Rodríguez Farré N, Izura Gómez M, Gomila Sintés C, Díaz C, Flores Orella M, Betbesé Roig A y Baldirà Martínez de Irujo J

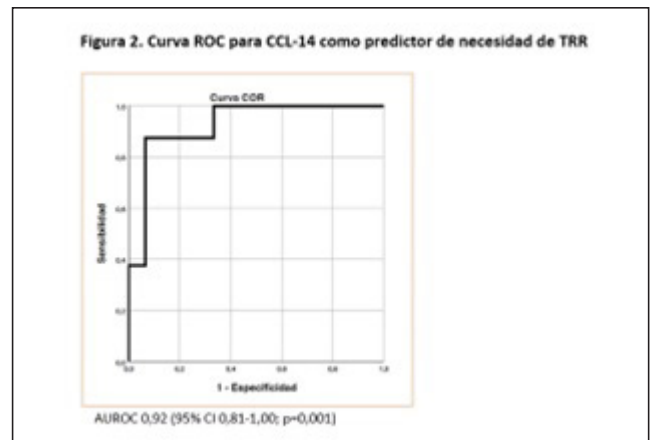
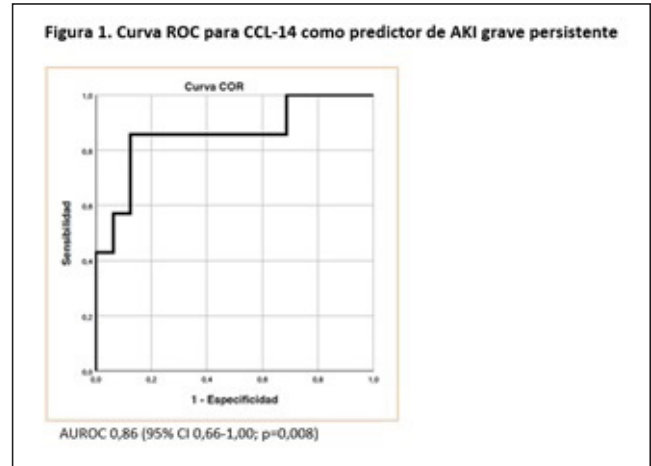
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo de CCL-14 como biomarcador de fracaso renal agudo (AKI) grave persistente, definido como KDIGO 3 durante > 72 horas o necesidad de TRR.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y unicéntrico llevado a cabo en un Servicio de Medicina Intensiva polivalente de un hospital universitario. Se incluyeron pacientes con diagnóstico KDIGO 2-3 de < 48 horas de evolución. Se excluyeron aquellos con enfermedad renal crónica en TRR habitual. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de laboratorio del día del diagnóstico de AKI, a las 48 horas y tras 1 semana. Se midió el valor de CCL-14 en muestra urinaria el día 0, y se

clasificó el resultado en CCL-14 positivo (si > 1,3 ng/mL) o negativo (si \leq 1,3 ng/mL). Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE). El área bajo la curva ROC (AUROC) se expresa con un intervalo de confianza (IC) del 95% y un valor de significancia estadística de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, con una edad media de $64 \pm 12,7$ años y un 26% de mujeres. Mortalidad 11/23 (47,8%). Estancia media $17,4 \pm 16,9$ días. SOFA $10,7 \pm 3,4$. El AUROC para predecir AKI grave persistente fue de 0,86 (IC95% 0,66-1,00; $p = 0,008$) (fig. 1). El valor predictivo negativo de AKI grave persistente de CCL-14 fue del 84% (S 77,8%; E 71,4%). En los pacientes que precisaron TRR, el valor medio de CCL-14 fue $8,95 \pm 6,67$ ng/mL mientras que en aquellos que no requirieron TRR fue $1,29 \pm 1,86$ ng/mL ($p < 0,0001$). El AUROC para predecir TRR fue de 0,92 (IC95% 0,81-1,00; $p < 0,001$) (fig. 2). El valor predictivo negativo de la necesidad de TRR de CCL-14 fue del 92% (S 87,5%; E 73,3%).



Conclusiones: En nuestra experiencia, CCL-14 presentó una excelente capacidad predictiva de AKI grave persistente y necesidad de TRR.

251. SEA-MAKE SCORE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cango Picoita NS, Blanco Álvarez A, Castañeda Alvarado GF, Álvarez Calonge C, Cedeño Mora JA y García Olivares P

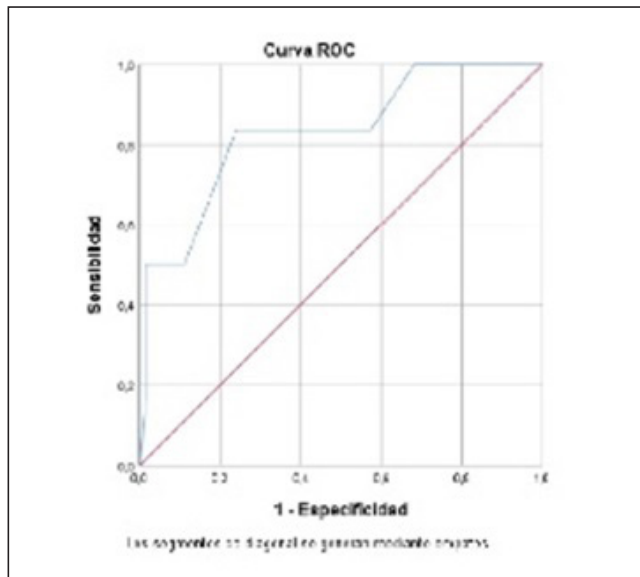
Hospital General Universitario Gregorio Maraño (C. H. Gregorio Maraño), Madrid.

Objetivos: Identificar si el SEA-MAKE score es un buen predictor de mortalidad en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, que se realizó en pacientes ingresados en la UCI del hospital

Gregorio Marañón, entre febrero-marzo de 2023. La puntuación SEA-MAKE se calculó al ingreso, el mismo que incluye los siguientes parámetros: escala de coma de Glasgow (3 puntos), taquipnea (1 punto), uso de vasopresores (1 punto), ventilación mecánica invasiva (VMI) (2 puntos), oliguria definida como tasa urinaria < 0,5 ml/kg/h (2 puntos), aumento de creatinina sérica > 3 veces (5 puntos), nitrógeno ureico en sangre (BUN) > 40 mg/dl (3 puntos), hematocrito < 30% (2 puntos) y trombocitopenia < 150 × 10³/μL (1 punto). Los datos estadísticos descriptivos se expresaron como media ± DE o mediana con rango intercuartílico para variables continuas y mediante porcentajes para características categóricas. La capacidad del SEA-MAKE score para predecir mortalidad en paciente críticos se estableció analizando el área bajo la curva de ROC (AUROC). La calibración se realizó mediante el test de Hosmer-Lemeshow. Para evaluar hasta qué punto el SEA-MAKE score era válido para predecir la mortalidad en la UCI se determinaron la sensibilidad (S), especificidad (E) y los valores predictivos positivo y negativo (VPP, VPN).

Resultados: Se incluyeron setenta pacientes. La edad media fue 58 ± 17 años y el 50% eran varones. El motivo de ingreso más frecuente fue la sepsis (37,1%). La mediana del Índice de Charlson fue 1 (RIC 0-2). La media de APACHE II fue 14 ± 7 y SOFA 5 ± 4. La mediana del SEA MAKE score era 3 (RIC 1-6). La mediana de estancia en UCI fue de 5 días (RIC 3-9) con una mortalidad de 8,7%. Según el análisis univariable, el SEA-MAKE score determinado al ingreso en UCI fue significativamente mayor en los pacientes que no sobrevivieron (10 ± 6) que en aquellos que sobrevivieron (4 ± 3) (p < 0,01). Según las curvas AUROC, SEA-MAKE score tuvo una adecuada capacidad de discriminación (AUC 0,83, IC95%: 0,65-1) y una buena capacidad de calibración (prueba de chi-cuadrado 5,5 p = 0,590) para predecir la mortalidad en pacientes críticos. Un punto de corte de 5 fue el mejor valor para predecir la mortalidad con una sensibilidad de 83% y especificidad de 76%, con valor predictivo positivo (VPP) 25% y valor predictivo negativo (VPN) 98%.



Conclusiones: En nuestra experiencia, el SEA-MAKE score aplicado al ingreso de pacientes en UCI puede ser un buen predictor de mortalidad.

252. IMPACTO DE LA VASOPRESINA EN LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

Castañeda Alvarado G, Cedeño Mora J, García-Olivares P, Rodríguez Pérez A, Cui Liu J, Artabe García M, Álvarez Calonge C, Blanco Álvarez A, Ruiz Cacho R y Cango Picoita N

Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: Analizar si el uso de vasopresina (VAP) según la dosis de noradrenalina (NAD) a la que se inicie tiene impacto en la función renal.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, sobre el impacto en la función renal en los pacientes con shock séptico tratados con VAP como segundo fármaco vasopresor asociado a NAD en la UCI del H.G.U Gregorio Marañón, entre enero del 2022 y diciembre 2023. Se recogie-

ron datos epidemiológicos, comorbilidades, gravedad, características clínicas, soportes orgánicos y desenlace. Análisis descriptivo expresado como media (DE) o mediana (RIC) para variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas. Análisis univariable realizado mediante chi-cuadrado (RR) para las variables cualitativas y regresión logística simple (OR) para las cuantitativas. Regresión logística múltiple, ajustado por gravedad, para determinar los factores relacionados independientemente con la mortalidad.

Resultados: 140 pacientes, 57% varones. Edad 61 ± 15 años. I. Charlson 2 (1-4). APACHE II 23 ± 7, SOFA 9 ± 3. Patología médica 95%, el foco infección más común respiratorio 54%. Se cumplió el paquete de la sepsis de la primera hora en el 64% de los pacientes. Se acertó en el antibiótico en el 65%. Datos analíticos: pH en UCI 7,31 (7,26-7,41), lactato UCI 5 ± 4. Requirieron VMI 75% con duración de 5 días (1-11). Tiempo de inicio de NAD desde diagnóstico de shock séptico 3 h (2-6), tiempo de inicio de VAP desde diagnóstico de shock séptico 8 h (6-11), dosis de NAD al iniciar VAP 0,5 ± 0,3 ug/kg/min. Realizaron disfunción cardiaca grave 14%. Resucitación volumétrica: volumen en las 24 h iniciales 4.500 (3.500-6.000). Diuresis y balances: primeras 24 horas 1.040 ml (530-1482), balance primeras 24 horas positivo 94%, 48 horas negativo solo en el 41%. Optimización de precarga: se estableció que la precarga estaba optimizada en el 76% de los pacientes antes de iniciar VAP. Fracaso renal a las 24 horas de diagnóstico de sepsis: no FRA 25%, Kdigo I 31%, Kdigo II 19%, Kdigo III 25%, necesidad de DER: 41% días de UCI 9 (5-14), días de hospital 14 (8-23). Mortalidad a los 28 días de UCI 39%. En el análisis univariable la dosis de NAD < 0,4 μg/kg/min al iniciar VAP se relacionó con disminución de fracaso renal en la UCI (OR 0,14; IC95% 0,05- 0,32), en desarrollar FRA en las primeras 24 horas de UCI (OR 0,12; IC95% 0,06-0,29) y en la necesidad de DER (OR 0,14; IC95% 0,05-0,27).

Variable	Significación
Edad	OR 0,72 (0,97 – 1,04)
Charlson	OR 0,95 (0,78 – 1,29)
APACHE II	OR 0,56 (0,94 – 1,11)
Precarga óptima	OR 0,92 (0,26 – 3,24)
SOFA al ingreso en UCI	OR 0,72 (0,98 – 1,68)
Tiempo inicio NAD desde inicio shock	OR 0,97 (0,85 – 1,10)
Tiempo inicio VAP desde inicio shock	OR 0,99 (0,91 – 1,07)
Dosis de NAD <0.4 (ug/Kg/min) al inicio VAP	OR 0,25 (0,74 – 0,82)

Análisis multivariante.

Conclusiones: El uso de vasopresina cuando la noradrenalina se encuentra a dosis intermedias parece disminuir la incidencia de fracaso renal agudo en paciente con shock séptico.

253. INFLUENCIA DE LOS VALORES NUTRICIONALES E INFLAMATORIOS CON EL BALANCE HÍDRICO ACUMULADO DURANTE EL INGRESO: 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, Cicuéndez Ávila RA, Portugal Rodríguez E y Bustamante Munguira E

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínicas y resultados de los pacientes ingresados en una UCI polivalente y determinar la relación entre el balance hídrico acumulado (BHA) con datos nutricionales e inflamatorios durante el ingreso en UVI 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 de enero a junio de 2023. Se correlacionó BHA a las 24 h, 48 h, 72 h, 7 d y 14 d del ingreso con datos nutricionales e inflamatorios recogidos al ingreso, 7 d y 14 d: prealbúmina (pALB), proteína C reactiva (PCR), transferrina (TFN) y ferritina. Resultados expresados como, media (IC95%), t de Student y regresión logística, según corresponda.

Resultados: Se recopilaron 51 pacientes, de los que el 72,5% eran varones. El motivo de ingreso, 31,3% fueron de etiología respiratoria, el 25,5% neurológica, 21,5% sepsis, 7,8% cardiaca, 7,8% politraumatismo y el 5,9% digestiva. El BHA 24 h medio fue de 362,5 ml (3.600-5.100 ml), BHA 48 h de 1.321 ml (-5.500 - 5.900 ml), BHA 72 h 2.410 (-7.300-7.440 ml), BHA 7d de 4.397 ml (- 12.200-19.715 ml) y el BHA 14d 9.093 ml (-6.200-85.300 ml). Los valores de pALB, PCR, TFN y Ferritina medios recogidos fueron los siguientes: pALB ingreso 16,3 mg/dL (6,5-38 mg/dL), pALB 7º d 20,5 mg/dL (4,5-46 mg/dL), pALB 14º d 98,3 mg/dL (1-450 mg/dL); PCR ingreso 85,5 mg/L (1-568 mg/L), PCR 7º d 110 mg/L (1-292 v), PCR 14º d 98 mg/L (1-450 mg/L); TFN ingreso 162 mg/dL (55-300 mg/dL), TFN 7º d 811 mg/dL (85-2.020 mg/dL), TFN 14º d 256 mg/dL (68-4.500 mg/dL); ferritina ingreso 1.127 ng/mL (24-18.000 ng/mL), ferritina 14º d 961 ng/mL (69-9,600 ng/mL) La asociación entre BHA con parámetros nutricionales e inflamatorios se muestran en la tabla.

	p	OR (IC95%)
pALB ingreso	0,003	0,15 (0,03-0,76)
pALB 7º d	0,53	
pALB 14º d	0,13	
TFN ingreso	0,023	0,2 (0,08-0,80)
TFN 7º d	0,57	
TFN 14º d	0,54	
Ferritina ingreso	0,10	
Ferritina 7º d	0,95	
Ferritina 14º d	0,22	
PCR ingreso	0,17	
PCR 7º d	0,75	
PCR 14º d	0,94	

Conclusiones: pALB y transferrina ingreso al ingreso son factores independientes para presentar un menor BHA 24 h. No se ha encontrado asociación entre los valores de ferritina ni de PCR con el BHA durante el ingreso. Los valores medios de pALB muestran un aumento durante la estancia en UCI, lo que sugiere un adecuado manejo nutricional de nuestros pacientes.

254. ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL EMPLEO DE TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN LOS PACIENTES DE UNA UCI POLIVALENTE

Palomares Nova G, Ruiz García ÁL y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar las características clínicas de los pacientes que precisan técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR) así como la indicación, complicaciones y morbimortalidad asociadas al uso de esta y recuperación posterior.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que precisaron TCRR entre los meses noviembre de los años 2021 a 2023 en la UCI de un hospital de segundo nivel de la provincia de Cádiz. Se estudiaron antecedentes médicos, motivo de ingreso en UCI y gravedad según escala APACHE II, indicación de TCRR, destete, complicaciones y *exitus*, así como recuperación de la función renal a los 3 meses. Análisis estadístico mediante paquete SPSS 15.

Resultados: Se registraron un total de 57 pacientes. La mediana de edad fue de 66 años (rango intercuartílico [RI] 49-71) siendo el 70% hombres. El 67% presentaba algún factor de riesgo cardiovascular, solo el 20% presentaba enfermedad renal crónica y únicamente el 7% realizaba tratamiento de diálisis previamente. La gravedad de los pacientes arroja una mediana de APACHE II de 30 (RI 24-35) siendo el motivo de ingreso en UCI mayoritario el *shock* séptico (30%) seguido de posoperatorio de alto riesgo (23%), insuficiencia respiratoria (11%), coma (9%), pancreatitis (9%) y parada cardiorrespiratoria (5%). Las indicaciones para inicio de terapia fueron: anuria en el 47% de los casos, acidosis en un 32%, hiperpotasemia en el 11% e hipotermia e intoxicaciones con un 4% cada una; manteniéndose la necesidad de terapia durante una mediana de 4 días (RI 2-6,5). La anticoagulación utilizada para la TCRR fue heparina sódica en el 33% de los casos, regional con citrato en el 28% y ambos en el 14%, no precisando el resto por coagulopatía. Fue preciso suspender temporalmente la terapia en algún momento en el 30% de los pacientes por trombosis o sangrado menor con la misma incidencia, sin registrar ninguna complicación mayor. La estancia mediana en UCI fue de 13 días (RI 5-25). De los pacientes que permitieron finalizar la TCRR el 20% precisó destete a hemodiálisis convencional con retirada comple-

ta y normalización de la función renal en todos los casos a los 3 meses. La mortalidad fue del 55%, de los cuales el 77% aún mantenían TCRR y con menos de 24 horas de terapia el 54% de estos.

Conclusiones: En nuestro estudio podemos observar que los pacientes que requieren TRCC por cualquier causa son pacientes de alta complejidad. Así mismo, a pesar de la elevada mortalidad objetivada, el empleo de las terapias de depuración extrarrenal no implica mayores complicaciones y no compromete la función renal a largo plazo en los supervivientes sometidos a dicha técnica.

Martes, 14 de mayo de 2024

Comunicaciones orales

GESTIÓN/RESPIRATORIO/URGENCIAS

08:30-10:00 - Sala 113

Moderadores: Rosario Amaya Villar/
Jesús Villar Hernández

255. SEGURIDAD EN UCI: IMPACTO EN LOS DESENLACES CLÍNICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PAQUETE DE MEDIDAS DE DEPRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA

Molano Franco D¹, Medina Lombo R², Duran C², Gómez Duque M³ y Giménez Esparza Vich C⁴

¹Hospital San José, Barcelona. ²Clinica Cafam 93, Barcelona. ³Hospital San José-Bogotá, Barcelona. ⁴Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

Objetivos: Evaluar el impacto clínico en estancia hospitalaria y riesgo de mortalidad de un programa sistemático de deprescripción en términos de potenciales interacciones medicamentosas mayores (IPIIM), proporción de pacientes con polifarmacia y número de medicamentos deprescritos en una UCI.

Métodos: Estudio unicéntrico, cuantitativo de tipo analítico con diseño de cohorte ambispectiva. Se tomó como fase de no exposición (fase libre de implementación - retrospectiva) en el trimestre que comprende los meses de febrero a abril de 2022. Esta fase fue contrastada con los resultados obtenidos durante el trimestre de mayo a julio de 2022, periodo en el cual se implementó el programa de deprescripción sistemática, considerándose, así como la fase de exposición. El análisis de los datos presenta la mediana más el rango intercuartílico (RIQ), en cuanto a las variables cualitativas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas. Se realizó análisis bivariado. Se modeló la mediana más RIQ, mediante la prueba U de Mann-Whitney. Para el análisis exploratorio de mortalidad se empleó como indicador de asociación el riesgo relativo (RR) + (NNT). Se consideró que existían diferencias significativas si se obtenía una $p < 0,05$.

Resultados: 426 pacientes, 204 mujeres y mediana de edad de 69 años. El número total de IPIIM fue de 1.426 en el grupo expuesto (42%) y de 1.960 (58%) en el no expuesto, logrando un número de deprescripciones de 272 en el grupo expuesto al programa (14%) del total de prescripciones y de 94 (7,5) en el grupo no expuesto. En relación con el IPIIM, la mediana para el grupo de no exposición fue de 0,72 (RIQ = 0-1,8) y en el grupo de exposición fue de 0,25 Esta diferencia fue estadísticamente significativa considerando una reducción de 7,2 PIM por cada 10 prescripciones a 2,5 luego de exposición. Los resultados indican un riesgo relativo (RR) de 0,5, siendo esta diferencia estadísticamente significativa, sugiriendo que el riesgo de muerte en el grupo no expuesto es de 1,89 veces con respecto al grupo expuesto. La estancia hospitalaria correlación con IPIIM con un coeficiente de correlación de Spearman de 0,24 ($p = 0,001$).

Conclusiones: La implementación de un programa de deprescripción farmacológica en pacientes críticamente enfermos, integrado al protocolo regular de manejo de pacientes críticos, logra una reducción en las interacciones medicamentosas mayores, con reducción en la estancia hospitalaria y sin aumento en la mortalidad, resultando una política segura para los pacientes. Se debe considerar la implementación de estos programas como un paquete de medida o *bundle* farmacológico.