

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### SDRA/VENTILACIÓN MECÁNICA

08:30-10:00 - Sala 114

**Moderadores:** Mónica Magret Iglesias/  
Oriol Roca i Gas

#### 265. LA RESERVA COGNITIVA COMO POTENCIAL FACTOR PROTECTOR FRENTE A LA DISFUNCIÓN COGNITIVA POS-UCI EN EL PACIENTE CRÍTICO VULNERABLE POR COVID-19

Godoy González M<sup>1</sup>, Navarra Ventura G<sup>2</sup>, Gomá G<sup>3</sup>, Jodar M<sup>4</sup>, de Haro C<sup>5</sup>, Blanch L<sup>5</sup>, Roca O<sup>3</sup>, López Aguilar J<sup>3</sup> y Fernández Gonzalo S<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Parc Taulí, Institut d'Investigació i Innovació (i3pt-cerca), UAB, Sabadell. <sup>2</sup>Departamento de Medicina, Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud, Universidad Islas Baleares, Ciberes, Palma de Mallorca. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Parc Taulí, Institut d'Investigació i Innovació (i3pt-cerca), UAB, Ciberes, Sabadell. <sup>4</sup>Servicio de Neurología, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (i3pt-cerca), UAB, Ciberes, Sabadell. <sup>5</sup>Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona. <sup>6</sup>Innovació (i3pt-cerca), UAB, Ciberes, Sabadell.

**Objetivos:** Las alteraciones neuropsicológicas son frecuentes en los supervivientes de COVID-19 tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se han descrito diversos factores de riesgo como la ventilación mecánica invasiva (VMI), mientras que la reserva cognitiva (RC) ha surgido como potencial factor protector. Nuestro objetivo es explorar el papel modulador de la RC en el rendimiento cognitivo de varios subgrupos de pacientes críticos.

**Métodos:** Estudio observacional transversal en supervivientes adultos de la UCI por enfermedad de COVID-19, sin diagnóstico neurológico/psiquiátrico previo o demencia. La RC se recogió mediante el Cuestionario de Reserva Cognitiva. Los participantes completaron una batería

neuropsicológica un año después del alta de UCI. Se realizó un análisis de clústeres jerárquicos para categorizar a los pacientes según su rendimiento cognitivo. Además, se utilizó un diagrama de caja y pruebas no paramétricas para explorar los perfiles cognitivos y las diferencias entre factores.

**Resultados:** 77 pacientes (mediana de edad: 60,44 [33,13-79,59]; 29,9% mujeres; 61,04% VMI) fueron clasificados en tres clústeres cognitivos: C1 (n = 14); C2 (n = 27) y C3 (n = 36). C2 comprendía la mayoría de pacientes con deterioro cognitivo (con déficits específicos en memoria de reconocimiento, velocidad de procesamiento y funciones ejecutivas) en comparación con C1 y C3. Los participantes de C3 eran más jóvenes (p = 0,01) y tenían menos comorbilidades (p = 0,002) que los de C1 y C2. En C3 había menos pacientes con VMI (p = 0,009) y menor gravedad de la enfermedad (p = 0,018) en comparación con C1. La RC resultó significativamente diferente entre los grupos (p < 0,001), siendo mayor en C1 y C3 que en C2. No se encontraron diferencias en cuanto a sexo, días de estancia en UCI y presencia de delirium.

**Conclusiones:** Algunos supervivientes de COVID-19 presentan alteraciones compatibles con una disfunción fronto-subcortical un año después del alta de UCI. La RC podría modular esta vulnerabilidad, desempeñando un papel protector frente al deterioro cognitivo a largo plazo en pacientes mayores en estado crítico por COVID-19 que recibieron VMI y que presentaban un nivel de comorbilidad similar.

Financiado por: ISCIII (Instituto de Salud Carlos III).

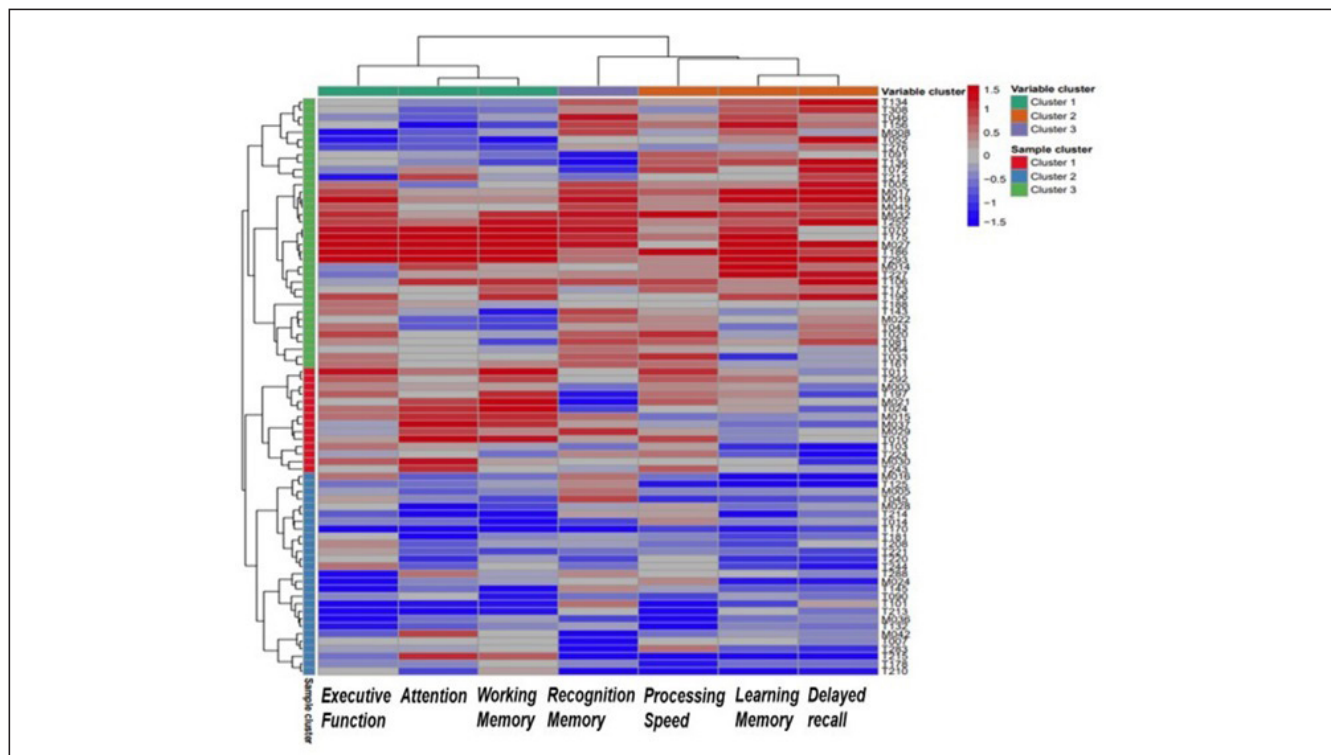
#### 266. CHARACTERIZATION OF PATIENT-VENTILATOR ASYNCHRONIES IN COVID-19 ARDS AND THE EFFECT OF NEUROMUSCULAR BLOCKADE

Notó Fàbregas M<sup>1</sup>, Xifra A<sup>1</sup>, Santos Pulpón V<sup>1</sup>, Sarlabous L<sup>1</sup>, Batlle M<sup>2</sup>, Roca Gas O<sup>1</sup>, Fernández R<sup>2</sup>, López-Aguilar J<sup>1</sup>, Blanch L<sup>1</sup> and de Haro C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona. <sup>2</sup>Centre Hospitalari de Manresa-Fundació Althaia, Barcelona.

**Objectives:** To analyze the prevalence of patient-ventilator asynchronies in COVID-19 acute respiratory distress syndrome (ARDS) patients, its modulation by neuromuscular blockers (NMB), and their association with clinical outcomes.

Figura Póster 265



**Methods:** Observational study from a prospective real-world data cohort from two hospitals. We included mechanically ventilated ARDS COVID-19 ICU patients (ClinicalTrials.gov NCT04448782). Exclusion criteria were age less than 18 years, invasive mechanical ventilation (MV) less than 48 hours, and ICU admission from other centers under invasive MV. Demographic and clinical data were obtained from medical records. We analyzed the prevalence, characteristics, and clusters of the following patient-ventilator asynchronies: double triggering (DT), ineffective inspiratory efforts (IE), reverse triggering (RT), and reverse triggering with double cycling (RT-DC), which were detected using a dedicated software (Better Care S.L., Sabadell, Spain). We also explored the effect of NMBs in patient-ventilator asynchronies. The outcome measures evaluated were duration of invasive MV, length of ICU stay and ICU mortality.

**Results:** We analyzed 82 ARDS patients. The most frequent patient-ventilator asynchronies were RT (0.72% [IQR, 0.17-3.07]) and DT (0.44% [IQR, 0.19-0.80]). The most common clusters were RT (4.6 clusters/day [IQR, 2.0-8.1]) and DT (4.6 clusters/day [IQR, 2.1-7.3]). NMB treatment was associated with lower DT (0.14% [IQR, 0.07-0.28] vs. 0.68% [IQR, 0.34-1.16];  $p < 0.001$ ) and lower IE (0.06% [IQR, 0.02-0.21] vs. 0.30% [IQR, 0.18-0.71];  $p = 0,001$ ), but not significantly difference in RT and RT-DC. The presence of DT and clusters of DT was independently associated with longer MV duration and higher ICU survival.

**Conclusions:** In ARDS COVID-19 patients, RT and DT events and clusters of DT and RT were the most frequent patient-ventilator asynchrony. The use of NMBs decreased all asynchronies but not RT and RT-DC. Patients who survived ICU exhibit higher incidence of DT. Further studies are warranted to elucidate whether clusters of DT and IE are associated with increased mortality or simply are a phenomena associated with the liberation of invasive MV.

**267. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LOS PACIENTES CON SOPORTE DE ECMO V-V**

Delgado Téllez de Cepeda A, Renes Carreño E, Pérez Vela JL, Flordelis Lasierra JL, Moneo González A, Terceros Almansa L, Domínguez Aguado H, Quílez Trasobares N, Ashbaugh Lavesiera R y Martín Delgado M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Se estudian dos objetivos principales: el primero comparar como objetivo primario si existen diferencias en mortalidad en pacientes con obesidad (IMC > 35) respecto a los que tienen IMC < 35; el segundo es comparar si hay diferencias en el número de sesiones de pronó, SOFA, y comparar en supervivientes el tiempo de ventilación mecánica, los tiempos de soporte en ECMO, % traqueostomías y estancias en UCI y hospitalarias.

**Métodos:** Estudio prospectivo comparativo de pacientes canulados y trasladados por el equipo de ECMO móvil al Hospital Universitario 12 de Octubre con soporte de ECMO V-V durante un periodo de 3 años (noviembre 2020- noviembre 2023). Descripción en número absoluto (%) para variables cualitativas y mediana y rango intercuartílico para cuantitativas. La comparación entre grupos: mediante chi-cuadrado para medidas categóricas (test de Fisher para categorías con frecuencias > 20%) y mediante test no paramétricos (U de Mann-Whitney para medidas cuantitativas (en ausencia de normalidad de las distribuciones por test Shapiro Wilk). Se consideró significativo estadísticamente un  $p \leq 0,05$ . Software: SPSS 25.

**Resultados:** Los pacientes con IMC > 35 presentan menor mortalidad ( $p < 0,01$ , OR 0,107[0,02-0,61]) (IC95%) (tabla 1) Si se analizan solo los supervivientes del soporte de ECMO V-V no se obtuvo ninguna diferencia de las variables secundarias en los dos grupos (tabla 2).

Figura Póster 267

**Tabla 1 – Relación entre mortalidad e IMC > o < 35 con ECMO V-V**

		NO EXITUS	EXITUS
IMC_35	<35	8 (34,8%)	15 (65,2%)
	>35	10 (83,3%)	2 (16,7%)

**Tabla 2- Comparación de variables secundarias de pacientes supervivientes con IMC > o < 35**

	IMC<35 (n=6)			IMC>35 (n=8)			p valor
	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	
EDAD	35,5	30,5	46,5	44	38	48	NS
Días de ventilación mecánica previos al traslado	2	1	2	4	2	5	NS
Estancia en el hospital emisor	6	2,42	12,38	6,47	5,52	9,75	NS
Estancia en la UCI hospital emisor	3	1	6	4	3	6	NS
Estancia en la UCI hospital receptor	16	13	40	45	28	56	NS
Estancia en el hospital receptor	49	14	89	39,5	28,5	55	NS
Estancia en el hospital receptor(actual)	16	15	49	59	38	72	NS
Días de soporte con ECMO	15	9	22	17	7	21	NS
Días de ventilación mecánica totales	18	12	38	30	26	50	NS
Tiempo de ECMO hospital receptor(actual)	9	5	22	13	7	17	NS
Traqueostomía	4/6 (43%)			7/8 (57%)			NS

**Conclusiones:** Obesidad con IMC > 35 está asociado con menor mortalidad. En nuestra serie no hay diferencias de las variables secundarias entre los dos grupos de IMC de supervivientes que han recibido ECMO (estancia, tiempo de soporte de la técnica, tiempo de ventilación mecánica o número de traqueostomías). IMC como parámetro aislado no debería utilizarse como contraindicación de instauración de ECMO V-V. Nuestros resultados de mortalidad coinciden con los resultados del registro internacional de la ELSO.

**268. ASOCIACIÓN ENTRE LA LONGITUD RELATIVA DEL TELÓMERO EN PACIENTES COVID-19 Y PROGRESIÓN RESPIRATORIA**

Martínez González O, Alonso Fernández MA, Chana García M, Martín Parra C, López Matamala B, Manso Álvarez M, Sánchez López S y Blancas Gómez-Casero R

Hospital del Tajo, Madrid.

**Objetivos:** Estudiar el impacto de la longitud de los telómeros en muestras de sangre total de pacientes con COVID-19 al ingreso a la UCI sobre la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI), pronación, días de pronación y peor PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> en pacientes ingresados en la UCI.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo transversal que incluyó a pacientes críticos con COVID-19 reclutados en el Hospital Universitario del Tajo entre marzo y septiembre de 2020. Se obtuvieron muestras de sangre al ingreso en la UCI, antes de su conexión a cualquier tipo de ventilación mecánica. La cuantificación de la longitud relativa de los telómeros (LRT) se llevó a cabo mediante PCR cuantitativa monocromática multiplex en tiempo real. El análisis de asociación de LRT con resultados respiratorios se ajustó por edad, sexo e IMC. Se realizó una prueba estadística diferente dependiendo de si la variable de resultado era categórica (OR - > regresión logística) o cuantitativa (AMR - > regresión con distribución gamma).

**Resultados:** Se analizaron setenta pacientes. En la tabla 2 se muestran los resultados de la asociación del LRT con las diferentes variables de resultado clínico de interés. Inicialmente no se encontró asociación entre el LRT y la necesidad de VMI (OR 0,49; IC95%: 0,48-2,09). Luego de ajustar por edad, sexo y peso se observó asociación (OR 0,09; IC95%: 0,01-0,78). Los pacientes que requirieron VMI tuvieron un LRT más corto que los que no (1,69 vs. 1,86). No hubo diferencias significativas en la necesidad de pronación, los días de pronación y la peor PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, en los modelos ajustados y no ajustados.

Asociación entre la longitud relativa del telómero y la evolución respiratoria	Modelo sin ajustar				Modelo ajustado			
	OR	CI	CI	p	aOR	CI	CI	p
		2,5	97,5			2,5	97,5	
VMI	0,49	0,12	2,09	0,326	0,09	0,01	0,78	0,038
Posición prono	1,72	0,47	6,26	0,403	1,77	0,23	13,92	0,576
Días pronado	1,00	0,97	1,04	0,864	1,01	0,97	1,04	0,779
Peor PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	1,00	0,84	1,19	0,974	0,91	0,63	1,21	0,529

**Conclusiones:** La presencia de una longitud relativa del telómero más corta al ingreso a la UCI en pacientes con enfermedad COVID-19 se asocia con una mayor necesidad de ventilación mecánica. El resto de los resultados respiratorios no presentaron asociación con la longitud relativa del telómero al ingreso a la UCI en pacientes con enfermedad COVID-19.

**269. ESTUDIO PILOTO PARA COMPARAR, EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, DOS MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN DE APERTURA DE LA VÍA AÉREA (PAOP): BAJO FLUJO ≤ 15 L/MIN VS. FLUJO DE 60 L/MIN**

Rodríguez Alcaraz A, Pajares Martínez S, Soto Agudo L, Romero Macías T, García Manzanedo S, Conejo Márquez I, Lobo Valbuena B, López de la Oliva L, Prieto López L y Gordo Vidal F

Hospital del Henares, Madrid.

**Objetivos:** Un estudio reciente analiza, por simulación, 2 métodos para calcular la PAOP, definida como la presión positiva mínima para mantener la vía aérea abierta. Compara su medición con bajo flujo 5 L/min y flujo 60 L/min (flujos constantes), objetivando equivalencia en los

valores y mejor tolerancia de la medición con flujo 60 L/min. El objetivo es comparar ambas determinaciones en la práctica clínica analizando la equivalencia objetivada en el estudio previo.

**Métodos:** Primero se impartió una sesión de simulación para el aprendizaje conjunto y simultáneo de las mediciones por los investigadores. Estudio piloto descriptivo con tamaño muestral, n = 8. El cálculo de la PAOP con bajo flujo ≤ 15 L/min, se obtuvo determinando el punto de diferencia del nivel de presión de la vía aérea donde se produce el cambio abrupto de la pendiente al comienzo de la inspiración, en la onda de presión. Mientras que el cálculo de la PAOP con flujo 60 L/min se realizó a través de la siguiente fórmula: PAOP = PEEP (pautada) + (P. conducción-P. resistencia (P. pico-P. meseta). La P. conducción es la diferencia entre el nivel de presión de la vía aérea donde se produce el cambio abrupto de la pendiente al comienzo de la inspiración (onda de presión) y la PEEP pautada. El análisis comparativo de ambas variables (valor medio PAOP con bajo flujo y flujo 60 L/min) se ha obtenido empleando la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para comparaciones en muestras pareadas.

**Resultados:** Se objetivó que las diferencias entre los valores medios obtenidos en PAOP con flujo 60 L/min y con bajo flujo son estadísticamente significativas. Los valores de PAOP con bajo flujo han resultado ser, en todas las mediciones, superiores a las determinaciones con flujo 60 L/min; pudiendo ser debido a que el bajo flujo usado en el estudio base fue 5 L/min y en nuestro estudio ha sido ≤ 15 L/min (variable en cada paciente según tolerancia a la medición). Remarcar que estamos ante un estudio piloto con n pequeña. Además, realizamos un análisis comparativo, con el mismo método estadístico, entre valor medio de PAOP con flujo 60 L/min y de PEEP óptima obtenida por mecánica pulmonar estática que no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los valores. Quizás, la PAOP no solo es la presión mínima para mantener abierta la vía aérea, sino que se corresponde con la PEEP óptima.

**Conclusiones:** Estos datos preliminares orientan hacia una posible ausencia de equivalencia entre los valores obtenidos en ambas mediciones de PAOP en la práctica clínica y una posible correlación con la PEEP óptima. Para contrastar y profundizar estos resultados está en marcha un estudio con mayor n.

**270. ECCO2R EN SDRA POR NEUMONÍA SARS-CoV-2**

Marín Ráez R, Muñoz-Mingarro Molina D, de Abreu Ramírez AA, González Fernández O, Panduro M, Martínez C, Soriano C y de Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Valorar eficacia, evolución y complicaciones relacionadas con ECCO2R en SDRA grave por neumonía SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se analizan pacientes en UCI polivalente de hospital terciario desde 03/2020 a 01/2023 por SRDA secundario a SARS-CoV-2 con necesidad de ECCO2R. Se recogieron: Variables demográficas, tratamientos coadyuvantes. Criterios de inclusión: Indicaciones de inicio ECCO2R: acidosis respiratoria (pH < 7,25, PaCO<sub>2</sub> > 60) y/o Driving pressure (DP) > 15 pese a optimizar VM y terapias coadyuvantes. Se excluyeron pacientes con criterios de ECMO. Se consideró eficacia-combinada ECCO2R si pH > 7,25, PaCO<sub>2</sub> < 60 y Dp < 15. Se recogieron: pH, PaCO<sub>2</sub> y DP a las 0, 2, 24, 48 y 72 h desde el inicio de terapia ECCO2R. Se recogieron complicaciones durante ECCO2R: trombóticas, hemorrágicas, infecciosas. Se analizó mortalidad hospitalaria y su asociación con la obtención de objetivos. Resultados expresados en porcentajes y medias ± DE. Test de Mann-Whitney para muestras independientes y variables cuantitativas.

**Resultados:** 24 pacientes, 83% varones, edad media 62 ± 9 años. Indicación ECCO2R: 20% acidosis respiratoria, 25% DP > 15 cmH<sub>2</sub>O, 55% ambos criterios. Se consiguió el objetivo eficacia-combinada en el 71% a las 48 h y 50% a las 72 h. Se consiguió control de acidosis en las primeras 24h en el 96%. Se consiguió Dp < 15: 66% a las 24 h, 71% a las 48h. 50% de pacientes presentaron complicaciones durante ECCO2R. De ellos: 50% fenómenos trombóticos del circuito (2,25 set/paciente, tiempo de tratamiento medio 136 h), 29% hemorragias no graves, 20% neumonía. Ninguna infección asociada a catéter. Mortalidad hospitalaria global 54,2%. La mortalidad en los que no lograron eficacia-combinada en 24 h fue del 71% y del 100% si no se conseguía en 48 h.

**Conclusiones:** ECCO2R en SDRA secundario a SARS-CoV-2 resultó eficaz en controlar acidosis y DP. El control de la acidosis es muy precoz, sin embargo, la repercusión en la evolución solo fue significativa si se acompañó de mejoría de DP en < 48 h. Las complicaciones son frecuentes, aunque sin repercusión clínica grave. En nuestra serie, no alcanzar objetivo a las 48 h se asoció a un 100% de mortalidad.

**271. FRACASO EN LA EXTUBACIÓN, ¿QUÉ HAY DETRÁS?**

Aguilar Mondéjar J, Rodrigo Castroviejo N, Pascual Llopis J, López Hernández N, Herrera Cateriano GA, Herrero Gutiérrez E y San Blas Aizpún C

Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

**Objetivos:** Describir los pacientes que han recibido ventilación mecánica y han fracasado en la extubación. Analizar los factores de riesgo relacionados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Pacientes ingresados en UCI con necesidad de ventilación mecánica entre junio y noviembre de 2023. Se excluyeron pacientes sin proceso de destete (*exitus* o traqueostomía directas). Se recogen variables demográficas, escalas de gravedad, motivos de ingreso, fracaso renal, disfunción ventricular izquierda, uso de benzodiazepinas para sedación y empleo o no de ONAF y VMNI en proceso de *weaning*.

**Resultados:** Se incluyeron 77 pacientes con las siguientes características basales: edad media 64 años (48-80), sexo 55% hombres, APACHE 18 (15-24). Motivos de ingreso: neurológico 13 (17%), *shock* séptico 11 (14%), *shock* hemorrágico 3 (4%), infarto agudo de miocardio (3%), parada cardiorrespiratoria 11 (14%), estatus epiléptico 7 (9%), intoxicación 8 (10%), neumonía 11 (14%), EPOC descompensado 6 (7,7%), enfermedad traumática grave 2 (2,6%), hemorragia alveolar 1 (1,3%), bloqueo auriculoventricular completo 2 (2,6%). La estancia media fue de 7 días (3-15) y la mortalidad de un 2,59%. Se registró NIF en 27 pacientes (35,1%) con media de -26 [(-18) - (-34)] y en 25 test de fuga negativo registrado (32,4%). 12 pacientes (15,6%) fracasaron en la extubación. Su edad fue de 71,5 años (60,5-82,5), 10 de ellos fueron hombres (83,3%), APACHE de 17 (14-18) y la media de NIF fue de -21 [(-6) - (-36)]. Entre las causas de ingreso: EPOC descompensado 4 (33,3%), *shock* séptico 3 (25%), neumonía 3 (25%), enfermedad traumática grave 2 (16,67%). Un 41,7% de los pacientes tenían fracaso renal agudo. Ninguno recibió benzodiazepinas en perfusión continua. Un 25% se extubó con apoyo de VMNI. Su media de estancia fue de 22,75 días (15,75-29,75). Un paciente falleció (8,3%). Se recogieron las causas del fracaso: broncoespasmo 5 (41,6%), secreciones 3 (25%), hipoxemia 2 (16,6%), edema glotis 1 (8,3%), insuficiencia cardíaca/edema agudo de pulmón 1 (8,3%).

**Conclusiones:** Un amplio porcentaje de pacientes fracasó en la extubación, siendo las causas más frecuentes broncoespasmo y secreciones presentes en vía aérea. La estancia en UCI de estos pacientes fue superior a la del resto. El estudio de las causas y realización de protocolos y escalas de riesgo al fracaso previos a proceso de *weaning* podría mejorar mortalidad y disminuir estancia hospitalaria y secuelas de los pacientes

**272. CARACTERÍSTICAS FISIOPATOLÓGICAS DE LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE PULMONAR CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA**

Valdivia Marchal M, Bermúdez Ruíz C, Rodríguez Carmona A, Carmona Sánchez P, Robles Arista JC y Serrano Simón JM

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

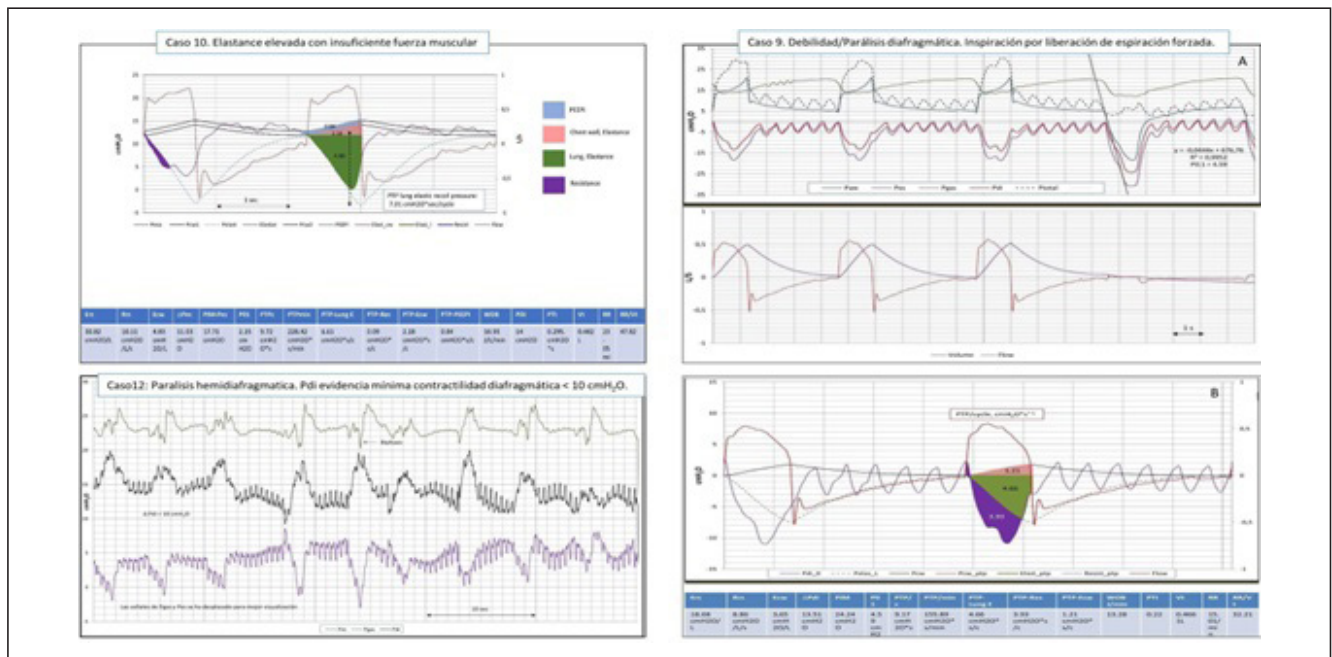
**Objetivos:** Identificar las características fisiopatológicas que acontecen en pacientes trasplantados de pulmón y requieren ventilación mecánica prolongada.

**Métodos:** Colección prospectiva de datos ("Mus-Txp23", CEI HURS Córdoba), desde septiembre a diciembre de 2023. Se evalúan 13 pacientes posoperados de trasplantes de pulmón con ventilación mecánica (VM) > 7 días, durante las primeras 48h de ventilación espontánea, modo presión soporte (PSV). Se registran las señales: Presión de vía aérea (Paw), presión traqueal (Ptra), presión esofágica y gástrica (Pes, Pgas), 1.126 Htz. Mediente regresión lineal múltiple durante ventilación pasiva se obtienen la elasticidad del sistema respiratorio (Ers), caja torácica (Ecw), y resistencias totales (Rrs). Cálculo de esfuerzo particionado como producto presión-tiempo (PTP/ciclo y min), trabajo respiratorio (WOBp J/min), Presión transdiafragmática (Pdi), impulso ventilatorio (PO,1), índice tensión-tiempo (PTI) y patrón ventilatorio. Análisis descriptivo. Los datos se expresan como media (DE) o medianas (25-75%), valores absolutos o porcentajes.

**Resultados:** Características pacientes: varones 9 (69%). Edad 56 (50-61,5) años. Apache II 18,5 (17-20,5). Fibrosis 10 (77%), Enfisema 3 (23%). Unilateral 3 (23%). Bilateral 10 (77%). Isquemia 356,51 ± 67,34 min. Traqueotomía 11 (85%). Días VM 15,5 (7,75-33,5), total VM 26,5 (12-61,25). ECMO 9 (69,23%), 7 (4,5-11) días. Estancia ICU 29,5 (19,25-74) días. *Exitus* 3 (23,07%). **Componentes respiratorios globales:** Fr/min 18,42 (16,44-23,05); Vt 0,466 (0,385-0,495) L; Ers 19,05 (17,79-30,28) cmH<sub>2</sub>O/L; Ecw 4,24 (3,16-5,66) cmH<sub>2</sub>O/L. Rrs 9,48 (6,56-13,22) cmH<sub>2</sub>O/L/s. PO,1 2,15 (1,97-3,01) cmH<sub>2</sub>O; PTP 197,32 (155,89-228,42) cmH<sub>2</sub>O\*s/min; PTP compartimentado/ciclo (cmH<sub>2</sub>O\*s): Elástico pulmonar 6,23 (3,99-6,86), Resistivo 2,25 (0,56-3,93); Elástico caja torácica 1,99 (0,75-2,3); WOB 13,28 (10,99-16,73) J/min; DPdi 13,91 (6,11-16,51) cmH<sub>2</sub>O. PIM 19,01 (9,43-24,24) cmH<sub>2</sub>O. PTI 0,21 (0,17-0,24). Soporte inspir/PEEP 10 (5-15)/6 (5-6) cmH<sub>2</sub>O. Se identifican tres grupos principales de hallazgos (figs.): Ers elevada > 20 cmH<sub>2</sub>O/L con incapacidad muscular para vencer la carga mecánica. Debilidad muscular/diafragmática, Pdi < 10 cmH<sub>2</sub>O, espiración activa. Parálisis hemidiafragmática.

**Conclusiones:** Los pacientes con estas características reúnen las condiciones para la recaída y progresión del fallo respiratorio. La identificación y comprensión de estos hallazgos permitirían evitar esfuerzo elevado y reducir el potencial daño pulmonar/diafragmático. La monitorización avanzada de MV es útil.

Figura Póster 272



**273. CREACIÓN, VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE MECHANICAL POWER**

Manrique Moreno S<sup>1</sup>, Ruiz-Botella M<sup>2</sup>, Gómez J<sup>1</sup> y Bodi M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. <sup>2</sup>Universidad Rovira i Virgili, Tarragona.

**Objetivos:** Crear y validar un modelo predictivo de *mechanical power* (MP) en tiempo real a través de los sistemas de información clínica (SIC) e implementarlo en la práctica clínica.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en una UCI polivalente de 28 camas (2018-2022). Se incluyeron pacientes ingresados en UCI

> 18 años con > 6 horas de VMI. Se extrajeron de forma continua las variables de VMI, datos de laboratorio, monitorización y de procedimientos. También datos demográficos, tipo de ingreso (urgente o programado), motivo de admisión y APACHE II al ingreso. Las variables con mayor correlación con la MP se utilizaron para realizar la predicción. Los datos de VMI se agruparon en intervalos de 15 minutos y se calculó su media. Los datos de las 6 horas previas a la predicción fueron los utilizados para realizar la predicción. Los pacientes se dividieron en entrenamiento (80%) y validación (20%). Se desarrolló un modelo LSTM (*Long Short-Term Memory*) y capas artificiales (fig. 1). Se analizó la capacidad del modelo para predecir la MP futura y el cambio de categoría entre “buena” y “mala” MP futura (establecido cuando el 25% de los pacientes fallecían). Se compara

Figura 1. Arquitectura del modelo predictivo de la MP futura.

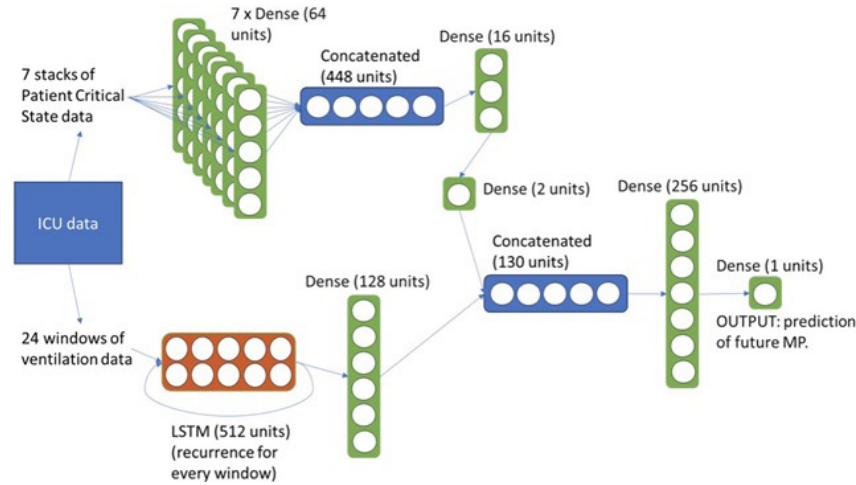


Figura 2. Comparativa del modelo predictivo de la MP futura vs. Modelo base.

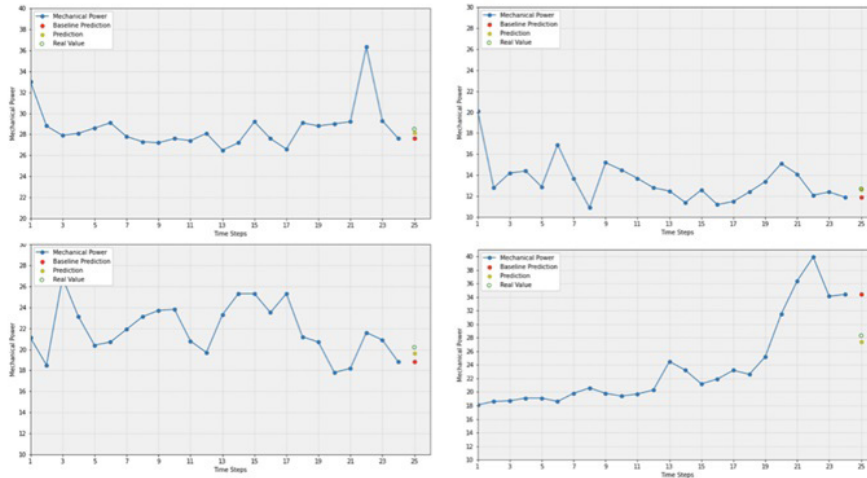


Figura 3. Implementación del modelo predictivo MP futura en la práctica clínica.



con un modelo base que predice que el valor futuro de la MP será igual al valor actual. Para la implementación del modelo en tiempo real se crea una plataforma web para la VMI que permite ver los datos en tiempo real, incluyendo la predicción de la MP.

**Resultados:** 4.079 pacientes ingresaron en UCI. 1.967 cumplieron los criterios de inclusión. Se registraron 2.969.873 intervalos de 15 minutos de VMI. De estos 1.203.459 correspondían a VMI controlada y se utilizaron para entrenar el modelo. Nuestro modelo presentó un error cuadrático medio de 2,79 vs. 3,47 que presentó el modelo base (mejora del 20%) (fig. 2). El punto de corte de la MP en el que la mortalidad era de un 25%, fue de 18 J/min. El modelo acierta un 94% si la MP estará por encima o por debajo y un 17% cuando va a cambiar de categoría vs. 0% del modelo base. La implementación del modelo en la práctica clínica se observa con los mapas de VMI presentados en la figura 3.

**Conclusiones:** Este modelo ayudará al clínico a predecir la MP permitiéndole modificar los parámetros ventilatorios antes de que se produzca el daño pulmonar. Estudios prospectivos, tras su implementación en la práctica clínica permitirán evaluar su verdadero impacto.

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

**274. USO DE LA VÁLVULA FONATORIA DURANTE EL PROCESO DE DECANULACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO**

Sanchis Lliso P, Santiago Palomino L, Ramiro González S, López Rovira E, Delagüa Ortega S, Lafuente Sánchez M, Arias Portaceli L, Segre MJ y Campillo L

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la válvula fonatoria (VF) en el proceso de decanulación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 27 camas.

**Métodos:** Se realiza un estudio de cohortes en una UCI de 3<sup>er</sup> nivel. Mediante reclutamiento secuencial se incluyen pacientes traqueotomizados en UCI de enero/2022 a noviembre/2023. Se excluyen a pacientes no decanulados. La asignación de la exposición es a criterio del fisioterapeuta. Se comparan los tiempos desde la traqueostomía (TQT) hasta la decanulación (tiempo de TQT) y desde la desconexión de la VM hasta la decanulación (tiempo de decanulación), así como la mortalidad en UCI, entre los dos grupos. El análisis se realiza con medidas de frecuencia y tendencia central, usando medias para variables cuantitativas, y

proporciones para categóricas. La comparación de grupos mediante prueba t y prueba Z respectivamente. Posteriormente se realiza un estudio descriptivo anidado en 21 pacientes de los expuestos. Mediante una encuesta se evalúa la influencia de la VF en su estado de ánimo.

**Resultados:** Se incluyen 52 pacientes, con edad media de 61,5 ± 2,12 años (IC95% 57,2-65,7), siendo el 67,3% ± 6 varones (IC95% 0,53-0,78). La VF se utilizó en el 40% de los pacientes. Los diagnósticos más frecuentes fueron patología neurológica (28,8%), posoperatorio abdominal (15,8%), patología respiratoria no COVID (15,5%) e infecciones por COVID (13,3%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de TQT entre los grupos (p = 0,2), siendo de 32,7 ± 3,1 días (IC95% 26,4-39) en usuarios de VF y de 38,4 días ± 6,6 (IC95% 24,7-52,1) en los que no. La media de decanulación fue 3,6 ± 2,6 días mayor en el grupo de VF (p = 0,9.) No se observaron diferencias significativas (p = 0,8) en la mortalidad al alta de UCI. En el estudio descriptivo el 91% de los encuestados afirma una influencia positiva del uso de VF en su estado de ánimo.

**Conclusiones:** La VF disminuyó el tiempo de traqueotomía total en un promedio de 5,7 días en nuestra muestra, aunque sin alcanzar la significación estadística, y presentó una valoración positiva de los usuarios, sin suponer un aumento de la mortalidad al alta de UCI.

**275. RELACIÓN ENTRE LAS SEÑALES DE PRESIÓN ESOFÁGICA Y DERIVADA DE PRESIÓN TRAQUEAL DURANTE PRESIÓN DE SOPORTE. ANÁLISIS DE COHERENCIA ESPECTRAL Y CORRELACIÓN CRUZADA**

Delgado Amaya MJ<sup>1</sup>, Martínez Carmona JF<sup>1</sup>, Pineda Capitán JJ<sup>2</sup>, Valdivia Marchal M<sup>2</sup>, Rodríguez Carmona A<sup>2</sup> y Serrano Simón JM<sup>2</sup>

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

**Objetivos:** La presión esofágica (Pes) es el método de referencia para calcular la presión muscular durante ventilación asistida/controlada; su monitorización e interpretación no está exenta de dificultades, conllevando escaso uso en la práctica clínica. La Presión traqueal (Ptraq) puede ser una alternativa, ya que contiene información de presión pleural. Planteamos la hipótesis: Semejanza entre la derivada de Ptraq (Ptraq´) y Pes. Basado en que Ptraq´ traduciría fielmente el esfuerzo muscular mediante los puntos de aceleración obtenidos en dicha señal. Nuestro objetivo es constatar esta hipótesis estudiando la relación entre ambas señales, Pes vs. Ptraq´ en dominio de frecuencia y tiempo.

Figura Póster 275

Todos los datos	Harmónico fundamental	Harmónico Segundo	Harmónico Tercero
Máxima coherencia Pes-Ptraq´/Hz	0.93 (0.74-0.99) / 0.24 (0.20-0.27)	0.95 (0.89-0.98) / 0.41 (0.38-0.51)	0.93 (0.72-0.96) / 0.73 (0.53-0.81)
Correlación cruzada, R (Lag 0)/Rmax (Lag)	0.68 (0.54-0.85) / 0.70 (0.58-0.86) (lag +20 = 0.02seg)		
<b>Máximo soporte</b> (18.51±2.12cmH <sub>2</sub> O)			
Máxima coherencia Pes-Ptraq´/Hz	0.94 (0.84-0.99) / 0.25 (0.22-0.28)	0.98 (0.92-0.99) / 0.55 (0.41-0.64)	0.95 (0.81-0.98) / 0.71 (0.52-0.84)
Correlación cruzada, R (Lag 0)/Rmax (Lag)	0.87* (0.71-0.93) / 0.91 (0.79-0.97) (lag +20 = 0.02 seg)		
<b>SopORTE medio</b> (10.13±3.43 cmH <sub>2</sub> O)			
Máxima coherencia Pes-Ptraq´/Hz	0.86 (0.72-0.91) / 0.19 (0.17-0.22)	0.88 (0.73-0.92) / 0.39 (0.31-0.46)	0.95 (0.79-0.98) / 0.69 (0.61-0.89)
Correlación cruzada, R (Lag 0)/Rmax (Lag)	0.54 (0.51-0.62) / 0.67 (0.55-0.76) (lag +20 = 0.02seg)		
<b>SopORTE mínimo</b> (6.14±1.37 cmH <sub>2</sub> O)			
Máxima coherencia Pes-Ptraq´/Hz	0.85 (0.71-0.99) / 0.24 (0.21-0.28)	0.95 (0.91-0.98) / 0.39 (0.38-0.41)	0.79 (0.66-0.92) / 0.65 (0.48-0.82)
Correlación cruzada, R (Lag 0)/Rmax (Lag)	0.68 (0.59-0.77) / 0.71 (0.62-0.79) (lag +12 = 0.014 seg)		

**Métodos:** Estudio fisiológico en un grupo de pacientes durante periodo de retirada de ventilación mecánica en distintos niveles de presión de soporte (PSV). Las señales de presión en vía aérea (Paw), Flujo, Pes y Ptraq (*Intratracheal pressure sensor M1045564*<sup>®</sup>, Carefusion, Finlandia) eran analizados de archivos registrados previamente para propósitos clínicos. Muestreo 1126Hz. Mediciones: Cálculo mecánica respiratoria, Ers y Rrs en los diferentes niveles de asistencia, mediante pausas y cte de tiempo. Cálculo de la primera derivada de Ptraq (Ptraq'), amplificada y transformada en cmH<sub>2</sub>O. Cómputo de la frecuencia espectral usando la transformada rápida de Fourier (FFT). Análisis de coherencia (MSC) de la densidad espectral de ambas señales (método de mínima distorsión de la varianza). Coeficientes de correlación cruzada en tiempo 0 (Lag 0) y en punto de máxima correlación entre ambas señales. Los datos se expresan en medias  $\pm$  DE o medianas (25-75%). Comparaciones mediante test de Mann-Whitney.

**Resultados:** Pacientes N 10. Las señales completas eran descritas por 3 armónicos (H). Distribución global de energía Pes vs. Ptraq' (cmH<sub>2</sub>O<sup>2</sup>): 1<sup>º</sup>H (0,24 Hz) 12,56  $\times$  10<sup>3</sup> vs 9,55  $\times$  10<sup>3</sup>, p = 0,88; 2<sup>º</sup>H (0,43Hz) 5,01  $\times$  10<sup>3</sup> vs. 6,77  $\times$  10<sup>3</sup> p = 0,30; 3<sup>º</sup>H (0,69 Hz) 17  $\times$  10<sup>3</sup> vs. 3,45  $\times$  10<sup>3</sup>, p = 0,34. MSC para todos los niveles de asistencias: 1<sup>º</sup>H, 0,93 (0,74-0,99); 2<sup>º</sup>H, 0,95 (0,89-0,98); 3<sup>º</sup>H, 0,93 (0,72-0,96). Correlación cruzada en Lag0: R 0,68 (0,54-0,85) vs. máx. R 0,70 (0,58-0,86) en Lag+20 (0,02 seg).

**Conclusiones:** La monitorización de la primera derivada de presión traqueal puede reflejar el esfuerzo del paciente de forma equivalente a presión esofágica durante ventilación con presión de soporte.

### 276. 3 AÑOS DE EXPERIENCIA DE TRANSPORTE DE ECMO EN LA COMUNIDAD DE MADRID (ECMO-MADRID). EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE

Delgado Téllez de Cepeda A, Renes Carreño E, Pérez Vela JL, Saez de la Fuente I, Barea Mendoza J, Temprano Vázquez S, Lesmes González de Aledo A, Delgado Moya F, Gutiérrez Gutiérrez J y Martín Delgado MC

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir los casos trasladados por el equipo de ECMO móvil, analizar las características previas a la ECMO y durante el soporte de ECMO, investigar la presencia o no de complicaciones en la canulación y el transporte y analizar la mortalidad en UCI y hospitalaria.

**Métodos:** Este es un estudio prospectivo realizado en el periodo noviembre 2020-diciembre 2023. Los casos fueron aceptados de manera emergente para canular y trasladar desde el hospital de origen o de manera urgente para traslado convencional. Se han analizado variables básicas descriptivas (sexo, edad, IMC, etiología del SDRA), variables previas a la ECMO (prono, duración de la ventilación no invasiva e invasiva, estancia en UCI antes de ECMO) y escalas de gravedad (ELSO, SOFA, y APACHE). Se han analizado distintas variables en ECMO: realización de prono en ECMO, media de días en ECMO y destete exitoso en ECMO. Se han analizado si había complicaciones o no en el transporte y la canulación. Finalmente se ha analizado la mortalidad en UCI y hospitalaria. Los resultados se muestran como media  $\pm$  DE o mediana (IQ25-IQ75) para las variables cuantitativas y valor absoluto (%) para las variables cualitativas.

**Resultados:** 44 casos fueron aceptados, 41 casos fueron aceptados para canulación emergente y 3 para traslado urgente. 29 (66%) fueron hombres. La edad media fue 45 ( $\pm$  12) y el IMC 31  $\pm$  6. La etiología de los casos fue: SDRA 39 (88%), estatus asmático 3 (7%) y fístula broncopulmonar 2 (5%). La principal etiología del SDRA fue la infección por COVID-19 en 23 casos (52%). Las duraciones de la ventilación no invasiva e invasiva fueron 4 (2,3-9,5) días y 3 (2,4-4,8) días respectivamente y la duración de UCI antes de la ECMO fue de 3 (1-5,3) días. Antes de la ECMO la duración media de prono fue 35 h ( $\geq$  30) y 2 ( $\pm$  1,4) sesiones de prono fueron realizadas. Scores de severidad: APACHE 11,1 ( $\pm$  2,6), SOFA 5,8 ( $\pm$  3,1), ELSO 4,1 (2-5,5). En ECMO el prono se realizó en 19 (45%) casos. La duración de la ECMO fue de 15 (10-20) días. El destete de ECMO se consiguió en 27 (61%) de los casos. No hubo complicaciones graves en la canulación ni el traslado. La supervivencia en UCI y hospitalaria fue 25 (60%).

**Conclusiones:** Durante estos 3 años el programa de ECMO-móvil de la comunidad de Madrid (ECMO-Madrid) ha asegurado la igualdad de acceso a la técnica. Nuestros resultados en supervivencia son ligeramente superiores a los de la ELSO.

### 277. EXPERIENCIA EN UTILIZACIÓN DE SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA

Ruiz Cacho R, Santa Teresa Zamarro P, Rodríguez Pérez A, Blanco Álvarez A, Álvarez Calonge C, Castañeda Alvarado G, García Olivares P, Artabe García M, Cui Liu J y Cedeño Mora J

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

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en una unidad de críticos de un hospital de tercer nivel durante las últimas dos décadas, que requirieron la utilización de soporte con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO).

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes ECMO durante las últimas dos décadas la UCI del H.G.U. Gregorio Marañón. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, características clínicas previas al inicio de la técnica, soportes orgánicos utilizados, complicaciones, escalas de gravedad y desenlace según RESPScore y clase funcional al año según la escala mMRC. Para el análisis descriptivo las variables cuantitativas fueron expresadas como media con desviación estándar, si su distribución era normal, o como mediana con rango intercuartílico, en caso contrario. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes.

**Resultados:** 91 pacientes en ECMO durante el periodo revisado, en el 95% se utilizó ECMO-VV, la indicación de ECMO VV fue 44% hipoxemia refractaria, 6% hipoxemia/acidosis respiratoria grave, 42% por hipoxemia grave y acidosis respiratoria grave y 8% como soporte previo procedimiento. ECMO-VA 5%, de los cuales disfunción cardíaca relacionada con la sepsis 20%, shock cardiogénico 40%, tromboembolismo pulmonar 40%. Edad de 49  $\pm$  12 años, 68% varones, IMC 28  $\pm$  6, APACHE II al ingreso 14  $\pm$  8. Comorbilidades: obesidad 69%, HTA 72%, enfermedad pulmonar 5%, diabetes 14%, enfermedad cardiovascular 15%. Inmunosupresión 20%. Pre-ECMO: APACHE II 17  $\pm$  8, SOFA 8  $\pm$  4, PO2/FiO2 73  $\pm$  21, pCO2 70,6  $\pm$  19,4 mmHg, días VMI 9  $\pm$  11, VMI > 7 días 50%. 65% recibieron VMI agresiva (presión meseta > 30 cmH2O, presión de distensión > 15 cmH2O) 1,38  $\pm$  1,8 días. Óxido nítrico inhalado 61,5%, sesiones de prono 3 (1-5), bloqueo neuromuscular 100%, fármacos vasoactivos 69% y FRA con DER 19%. Complicaciones: NAVM 14%, BRC 9%, arritmia 10%, neumotórax 8%. Días ECMO 16  $\pm$  9, días totales VMI 44  $\pm$  20, traqueostomía 61%. Mortalidad ECMO 50%, UCI 61%, los motivos: AET 44%, SDMO 31%, ACV 12%. Estancia UCI 53  $\pm$  27 días y hospitalaria 73  $\pm$  58 días. Supervivencia UCI y hospitalaria 48%. RESP Score: Grupo I 2%, Grupo II 22%, Grupo III 40%, Grupo IV 12%, Grupo V 1% con una supervivencia asociada a cada grupo de: Grupo I 100%, Grupo II 74%, Grupo III 33%, Grupo IV 55%, Grupo V 100%. Clase funcional al año (mMRC): Clase II el 30%, Clase III 70%.

**Conclusiones:** Elevada estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad de los pacientes críticos que necesitaron ECMO. Deterioro marcado de la clase funcional en los supervivientes al año.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS V

08:30-10:00- Sala 131 + 132

Moderadoras: Cruz Soriano Cuesta/  
Elena Sancho Ferrando

### 278. ¿SE ELEVA LA PROCALCITONINA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO?

Álvarez Peña M, Salve Machuca C, Pérez Bazaga LJ, Santiago Triviño MÁ, López Esteban IM, Gaitano García Á, Flecha Morales N, Peña Gragera M, Rueda Toro LA y Pedrera Ferrero M

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

**Objetivos:** En este estudio se pretende analizar si existe elevación de niveles de procalcitonina en el paciente politraumatizado con respecto al paciente no politraumatizado.

**Métodos:** Estudio analítico y descriptivo, prospectivo unicéntrico desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Universitario de Badajoz entre 15 julio-30 septiembre 2023. Se han utilizado las bases de datos Jara, Gestlab, Excel y SPSS. Se recogen datos demográficos y analíticos incluyendo determinaciones sanguíneas de procalcitonina (valores normales < 0,5 ng/mL) así como presencia o ausencia de infección y scores de gravedad. Se utilizaron medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para las variables cualitativas. Realizamos un análisis para muestras independientes con un ancho total del intervalo de confianza del 95% y alfa de 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 114 pacientes de los cuales el 8,8% eran pacientes politraumatizados con predominio de hombres (70%) con una edad media de 48,3 años y una puntuación media en la escala APACHE II al ingreso de 7 puntos (DE  $\pm$  4,52). Analizamos los niveles de procalcitonina en el paciente politraumatizado al ingreso, 24 y 48 horas, obteniendo unos valores medios de 11,55, 8,54 y 12,44 respectivamente, con un máximo al ingreso de 113,08 ng/mL. Tras el análisis se observa un resultado estadísticamente significativo ( $p = 0,026$ ) con los valores de procalcitonina a las 48 h. Esto sugiere que los valores de procalcitonina a las 48 h sí son mayores en este grupo de pacientes con respecto a los no politraumatizados.

**Conclusiones:** La procalcitonina es un marcador altamente específico para las infecciones bacterianas debido a las reacciones inflamatorias que estas desencadenan, encontrándose relación entre sus concentraciones plasmáticas y la gravedad de la sepsis. Sin embargo, existen otras situaciones que pueden inducir su formación en ausencia de infecciones bacterianas debido al estado proinflamatorio que propician como puede ocurrir tras un trauma grave (cirugía, quemaduras, accidentes...). Nuestros resultados son coherentes con lo anteriormente expuesto, aun teniendo en cuenta que en el grupo de comparación (no politraumatizado) se incluyen pacientes con patología infecciosa. Por ello, consideramos que los pacientes politraumatizados persisten con niveles mayores de procalcitonina a las 48 horas del ingreso con respecto al resto de patologías críticas. Esto refuerza la idea de que la procalcitonina no es un marcador diagnóstico de infección, por lo que se debería seguir investigando su uso en este tipo de pacientes.

### 279. EVALUACIÓN DE LA SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA ANFOTERICINA B LIPOSOMAL INHALADA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

López Olivencia M, Paredes de Dios N, de Abreu Ramírez A, Sáez de la Fuente J, Muñoz Mingarro Molina D, García Plaza S, Sáez Noguero S, Blandino Ortiz A, de Pablo Sánchez R y Soriano Cuesta C

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Objetivo principal: evaluar seguridad de anfotericina B liposomal inhalada (ABL-inh) en pacientes en ventilación mecánica (VM) mediante un protocolo enfocado en seguridad del paciente. Objetivo 2º: analizar eficacia de la profilaxis ABL-inh en pacientes en riesgo de aspergilosis pulmonar invasiva (API).

**Métodos:** Estudio retrospectivo en UCI (jun 2021-2023). Se incluyeron pacientes en VM que recibieron ABL-inh > 7 días. Protocolo de administración: Nebulización ABL-inh (25 mg/48h), nebulizador Aerogen®, reconstitución con agua, sistema de humidificación activa y recambio de filtro posnebulización. Complicaciones recogidas: broncoespasmo y obstrucción de válvula espiratoria con/sin repercusión clínica. La eficacia de ABL-inh en profilaxis se definió como ausencia de API durante ingreso en UCI. Se recopilaron datos demográficos, scores gravedad, indicación de ABL-inh y evolución clínica. Los resultados se expresan en media  $\pm$  desviación estándar.

**Resultados:** 35 pacientes recibieron ABL-inh. Datos epidemiológicos y evolución en tabla. El 85,7% (30/35) recibió ABL-inh como profilaxis; 40% (12/30) pacientes hematooncológicos/ inmunosuprimidos, 60% (18/30) otros factores de riesgo junto con contaminación ambiental de conidias (> 15 UFC/m). 5 pacientes recibieron ABL-inh como tratamiento coadyuvante. Se registraron complicaciones asociadas a ABL-inh en 17,1% (6/35) de los pacientes: 3 con broncoespasmo resuelto tras retirar ABL-inh, 2 con obstrucción de válvula espiratoria sin repercusión clínica y 1 con episodio limitado de hipoxemia por obstrucción de válvula espiratoria. ABL-inh en profilaxis fue eficaz en el 80% (24/30). 4/6 que de-

sarrollaron API bajo tratamiento profiláctico eran inmunosuprimidos de alto riesgo.

	(n= 35 pacientes)
SOFA SCORE (media +/- DE)	8.10 +/- 3.43 puntos
APACHE SCORE (media +/- DE)	17.93 +/- 4.78 puntos
ESTANCIA MEDIA UCI (media +/- DE)	48.89 +/- 28.82 días
DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA (media +/- DE)	41.20 +/- 24.63 días
DÍAS DE ANFOTERICINA B LIP. NEBULIZADA (media +/- DE)	17.06 +/- 11.84 días
COMPLICACIONES (%)	6/35 (17.1%)
DESARROLLO ASPERGILOSIS PULM. INVASIVA BAJO TRATAMIENTO PROFILÁCTICO (%)	6/30 (%) pacientes.

Tabla 1. Datos epidemiológicos y resultados clínicos.

**Conclusiones:** La administración de ABL-inh en pacientes en VM resultó segura y bien tolerada. La implementación de un protocolo de ABL-inh podría ser eficaz para prevenir complicaciones, inclinando favorablemente la balanza riesgo-beneficio en pacientes en VM con riesgo de API.

### 280. INCIDENCIA DE TROMBOCITOPENIA ASOCIADA A LINEZOLID EN PACIENTES CRÍTICOS CON DISFUNCIÓN RENAL

Zarza Márquez MDM, Jiménez Sánchez R, Nomdedeu Fernández M, Jiménez Medina D, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Redondo Martínez MJ y Serna Martínez M

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

**Objetivos:** Estudiar si existe relación entre la administración de linezolid a dosis estándar (600 mg cada 12 horas) y el desarrollo de trombopenia a los 5 días de iniciar tratamiento en función de la presencia o no de disfunción renal.

**Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 27 camas a lo largo de los años 2020-2023, tratados con linezolid a dosis convencionales (600 mg/12 h). Se compara la evolución de cifras de plaquetas al inicio y a los 5 días de tratamiento en los pacientes sin y con disfunción renal (creatinina sérica > 1,2 mg/dL). Se excluyen los pacientes fallecidos durante los 5 días siguientes a la primera dosis de antibiótico. Se analizan características basales de ambos grupos de pacientes, la evolución de la cifra de plaquetas y variables de desenlace. Se define la trombopenia como la cifra de plaquetas < 150.000 y se establecen 3 grados de la misma (leve: 100.000 a 150.000/ $\mu$ L; moderada: 50.000 a 99.000/ $\mu$ L; grave: inferior a 50.000/ $\mu$ L). Análisis estadístico: comparación de variables categóricas con test de chi-cuadrado o test de Fisher, variables cuantitativas con t-Student o U de Mann-Whitney según carácter de la distribución.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio 383 pacientes recibieron tratamiento con linezolid y se incluyeron en el análisis. La edad media fue 63,2 años (IC95% 61,8- 64,5), 65,3% hombres, APACHE II 20,1 (IC95% 19,4-20,7), SAPS II 44,5 (42,9-46,1). El 41,9% de los pacientes tenían algún grado de disfunción renal en el momento de iniciar el tratamiento con linezolid, con una creatinina media de 2,87 (IC95% 2,54-3,19) y el 22,5% recibieron depuración extrarrenal en algún momento de su estancia en UCI. Los resultados obtenidos del análisis de la diferencia entre los dos grupos de pacientes (con y sin disfunción renal) se resumen en la tabla.

**Conclusiones:** En la muestra estudiada la presencia de disfunción renal se asoció con mayor incidencia de trombopenia moderada y grave tras 5 días de tratamiento con linezolid a dosis estándar. Consideramos necesario la monitorización de niveles de linezolid en pacientes con fracaso renal para valorar ajuste de dosis. Una limitación clara de nuestro estudio es el clasificar a los pacientes en función de niveles de creatinina sérica y no del aclaramiento de creatinina en orina, parámetro no utilizado de rutina en nuestra muestra.



Figura Póster 280

	DISFUNCION RENAL (Cr >1.2mg/dL)	NO DISFUNCION RENAL (Cr <1.2mg/dL)	p	
<b>Variables cuantitativas</b>				
Edad	67.3 (IC 95% 65.6-69.0)	60.7 (IC95% 59.0-62.4)	<0.005	
Sexo (% hombres)	122 (76.3%)	127 (57.2%)	<0.001	
APACHE	22.7 (IC95% 21.6-23.7)	18.5 (IC95% 17.7-19.2)	<0.005	
SAPS II	49.9 (IC95% 47.5-52.3)	41.0 (IC95% 39.1-42.9)	<0.005	
Creatinina	2.88 (IC95% 2.58-3.19)	0.67 (IC95% 0.64-0.70)	<0.005	
Plaquetas inicio	216000 (IQR 136000-300000)	286500 (IQR 184000-293000)	<0.005	
Plaquetas 5 días	181500 (IQR 95000-276000)	264000 (154750- 409500)	<0.005	
Estancia UCI	10 (IC95% 5-26)	16 (95% 7-39.25)	<0.015	
Estancia Hospital	23.5 (IC95% 13-45.5)	33 (IC95% 18-65)	<0.001	
<b>Variables Categóricas</b>				
Desarrollo trombopenia	47 (29.4%)	36 (16.2%)	<0.03	
Grado trombopenia	Leve	19 (11.9%)	26 (11.7%)	N.s.
	Moderada	31 (19.4%)	12 (5.4%)	<0.001
	Severa	13 (8.1%)	11(5%)	<0.001
Mortalidad UCI	48 (30%)	49 (22.1%)	<0.0095 (n.s.)	
Mortalidad hospitalaria	78 (52.7%)	79 (38.7)	<0.012	

**281. TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROTRAUMATOLOGÍA: 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO**

Rey Pérez A, Pau Parra A, Anguita Domingo D, Arévalo Bernabé AG, Doménech Moral L, Baena Caparros J, Lalueza Broto P y Báguena Martínez M  
Hospital Universitari Vall d’Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar las modificaciones en las tendencias del consumo de antimicrobianos en una UCI de Neurotraumatología (UCI-NT).

	2018	2019	2020	2021	2022
Sexo (masculino)	69.9%	73.7%	68.1%	72.2%	73.6%
Edad	54.1±19.4	52.9±18.	55.3±18.1	51.5±19.4	51.4±18.2
APACHE II	15±6.04	12.3±7.5	10.3±7.8	12.7±8.6	12.8±8.1
Tratamiento antibiótico	72.7%	70.9%	62.1%	70.1%	78.9%
MDRO o admisión en UCI	36	46	44	32 (MRSA=10)	46 (MRSA=29)
Mortalidad	10.5%	8.2%	8.9%	10.0%	7.6%
<b>DDD/100est GLOBAL</b>	<b>133,09</b>	<b>112,47</b>	<b>145,40</b>	<b>148,58</b>	<b>156,56</b>
<b>PENICILINAS</b>	<b>60,42</b>	<b>57,68</b>	<b>55,79</b>	<b>69,88</b>	<b>61,29</b>
Amoxicilina/Clavulánico	39,81	26,02	30,68	41,26	32,03
Piperacilina/Tazobactam	6,76	8,79	7,9	7,72	10,86
<b>CEFALOSPORINAS</b>	<b>14,37</b>	<b>14,55</b>	<b>17,88</b>	<b>24,79</b>	<b>29,88</b>
<b>CARBAPENÉMICOS</b>	<b>15,03</b>	<b>10,85</b>	<b>10,43</b>	<b>13,30</b>	<b>17,59</b>
Meropenem	13,08	9,49	8,50	12,71	15,06
<b>DAPTOMICINA</b>	<b>2,35</b>	<b>2,58</b>	<b>4,75</b>	<b>2,27</b>	<b>9,16</b>
<b>LINEZOLID</b>	<b>3,32</b>	<b>2,57</b>	<b>1,45</b>	<b>5,42</b>	<b>4,44</b>
<b>ANTIFÚNGICOS</b>	<b>3,74</b>	<b>3,78</b>	<b>4,70</b>	<b>6,68</b>	<b>5,15</b>
Anidulafungina	0,09	0,00	0,00	0,03	0,87
Fluconazol	3,35	1,99	2,34	5,93	2,41

Tabla 1. Consumo de antimicrobianos medido como DDD/100E.

**Métodos:** Estudio de análisis del consumo de antimicrobianos en una UCI-NT durante el periodo 2018-2022. El consumo se midió mediante el cálculo de las dosis diarias definidas (principio activo según ATC) por 100 estancias (DDD/100E). Se recogieron variables biodemográficas y clínicas de los pacientes.

**Resultados:** Durante el periodo analizado ingresaron 2.062 pacientes (431; 468; 386; 402 y 375), mayoritariamente varones (68%-74%), similar edad (51-54 años) (tabla). Las tendencias observadas fueron: incremento global en DDD/100E a lo largo de todo el periodo con una población comparable. Disminución de DDD totales en 2019 tras la implantación del programa de optimización del uso de antibióticos (PROA) y posterior aumento probablemente relacionado con la pandemia COVID-19. Penicilinas se mantienen estables, excepto descenso de amoxi/clavulánico probablemente relacionado con disminución de su uso en profilaxis. Incremento en cefalosporinas, debido a mayor uso de cefalosporinas de tercera generación y nuevas cefalosporinas. Disminución carbapenémicos (excepto en 2022: aumento de meropenem por brote de *Burkholderia contaminans* y *Elizabethkingia anophelis*). Disminución mantenida de fluoroquinolonas y aminoglucósidos. Antifúngicos se mantienen estables excepto en 2022, aumento de equinocandinas por un brote de *Candida parasilopsis*, resistente a azoles. Aumento de daptomicina y linezolid por mayor prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilín-resistente (MRSA).

**Conclusiones:** El seguimiento periódico de las DDD/100E permite observar tendencias en el uso de antimicrobianos incluyendo el seguimiento del PROA con objeto de establecer propuestas de mejora. Las diferencias en los consumos pueden deberse a pandemias, brotes o a una mayor prevalencia de microorganismos multiresistentes en la epidemiología local.

**282. FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN EL DESARROLLO DE NAVM EN PACIENTES CON TAVM**

Mota Montané D, Selva Armadans I, Herraiz Ruiz A, Marcos Neira P, Catalán Eraso B, Roig Pineda R, Bauçà Socías M y Pons López T

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Objetivos:** La traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica (TAVM) en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es una complicación frecuente en pacientes con necesidad de intubación orotraqueal o tra-

queostomía. Nuestro objetivo en este estudio ha sido identificar los factores de riesgo implicados en la progresión de la TAVM a neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVMM).

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyen a los pacientes ingresados en la UCI de un único centro con diagnóstico de TAVM durante un periodo de cuatro meses a través del registro ENVIN-HELICS. Se ha realizado un primer análisis descriptivo, en el que las variables cualitativas se analizan en proporciones e intervalo de confianza (IC) 95%, mientras que en las variables cuantitativas se hace en medianas y rango intercuartílico (RIC). Posteriormente, se ha realizado un análisis bivariable para determinar los factores implicados en el desarrollo de la NAVM. Las variables cualitativas se calculan mediante la prueba exacta de Fisher y las variables cuantitativas a través de la prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados:** Se incluyen 40 pacientes (25 varones; mediana de edad 59 [IC95% = 50-62,2] años; APACHE II 16 [11,8-19]). El principal motivo de ingreso es por trastornos neurológicos con bajo nivel de consciencia (60% [43,6-74,4]). De los pacientes incluidos, cuatro (10,3% [3,7-25,2]) desarrollan NAVM. El grupo de patógenos más frecuentemente identificados han sido las bacterias gram negativas (70% [53,5- 82,6]), que han recibido tratamiento antibiótico en su mayoría con  $\beta$ -lactámicos (87,2% [71,8-94,8]). La mediana de estancia en la UCI ha sido de 24 (19-33) días y la mortalidad de los pacientes ha sido de 12 (30,8% [18-47,5]). La mediana de días de antibioterapia total es de 7 (6-8) y la mediana de días de antibiótico dirigido al patógeno de 5,5 (4-7,9). Los factores que identificados como implicados de forma significativa en la progresión de TAVM a NAVM han sido los días de estancia en UCI [58 (IQR: 25) frente 23 (12),  $p = 0,049$ ], los días de ventilación mecánica [30 (IQR: 1) frente a 24 (16),  $p = 0,047$ ], los días de tratamiento antibiótico dirigido al patógeno [9 (IQR: 4) frente a 5 (3),  $p = 0,02$ ] y los días de tratamiento antibiótico total [14,5 (IQR: 3) vs. 6 (3),  $p = 0,003$ ].

**Conclusiones:** Una estancia prolongada en UCI, la mayor cantidad de días de ventilación mecánica, así como un tratamiento antibiótico prolongado, tanto de forma empírica como dirigida, han sido identificados de forma significativa como factores de riesgo implicados en el desarrollo de NAVM en los pacientes diagnosticados de TAVM.

### 283. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIÓN ASOCIADA A DISPOSITIVOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SEÑORA DE CANDELARIA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2019 AL 2023 TRAS LA POTENCIACIÓN DE LOS PROYECTOS ZERO

Medina Cabrera N, Rodríguez Ramos ST, Parrilla Toribio DM, Marrero Rodríguez AM, Simón Paniello A, Montiel González R, Medina Rodríguez JC, Belmonte Ripollés F, Fraga Quintana CR y Ruiz García MC

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

**Objetivos:** Analizar la evolución de las tasas de infección asociada a dispositivos en la unidad de Medicina Intensiva (UMI) del Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria (HUNSC) durante el periodo comprendido entre los años 2019 al 2023 realizando una comparativa entre los datos previos a la pandemia SARS-CoV-2 y los años sucesivos, tras una nueva potenciación de los Proyectos Zero e implementación de la descontaminación digestiva selectiva (DDS).

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en la UMI del HUNSC (unidad con 30 camas de un hospital de tercer nivel) durante el periodo comprendido entre enero 2019 a diciembre 2022. Se analizan las tasas de infección asociada a dispositivos previo a la pandemia SARS-CoV-2 y posterior a la misma, tras la potenciación de los Proyectos Zero; así como la implementación de la DDS en nuestra Unidad y la formación de un equipo UCI-PROA multidisciplinar. Se examinan el impacto de las medidas implementadas en la evolución de las tasas. Las variables estudiadas serán las tasas de bacteriemiias primarias y secundarias a infección de catéter/1.000 días de catéter venoso central (CVC); las tasas de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVMM) por 1.000 días de ventilación mecánica (VM) y las tasas de Infección del tracto urinario por 1.000 días de sonda urinaria (SU).

**Resultados:** La evolución de la tasa anual de bacteriemiias primarias y secundarias a infección de catéter/1.000 días de catéter venoso central fue la siguiente: 2019: 2,92; 2020: 6,53; 2021: 11,61; 2022: 7,45;

objetivando una mejoría tras la implementación de las medidas instauradas (aunque sigue siendo muy superior a la media nacional de 3,08). En cuanto a la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica por 1.000 días de VM en 2019 ya presentábamos una tasa elevada de 9,10 (superior a la media nacional), en 2020: 6,51; 2021: 8,47 y 2022: 11,40. En relación a la tasa de Infección del tracto urinario por 1000 días de SU: en el año 2019 fue de 5,08; 2020: 8,12; 2021:11,22 (con un incremento de la ratio de la utilización de la SU en este año de 0,92 respecto a la media de 0,84 de años previos) y 2022: 8,88.

**Conclusiones:** Aunque se aprecia una discreta mejoría en las tasas de bacteriemiias por 1.000/CVC y en las ITU por 1.000/SU tras las medidas instauradas, seguimos estando por encima de la media Nacional. Con respecto a la evolución de las tasas de NAVMM, no encontramos un impacto positivo en las mismas. Datos que nos obligan a optimizar e implementar acciones de mejoras con el fin de reducir las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

### 284. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL Y EPISODIOS DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN EN UN TRAS LA PANDEMIA SEGÚN LOS DATOS DEL REGISTRO ENVIN DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL?

Reina Martínez J, Fernández Delgado E, Palacios García I, del Campo R, Aldabó Pallás T y Amaya Villar R

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

**Objetivos:** Valorar si ha cambiado de perfil de pacientes que padecen neumonía asociada a ventilación (NAV) y el número de episodios tras la instauración de medidas institucionales (Comité y Cursos de control de Infección Nosocomial, Comité de Infección Nosocomial, reanudación del PROA y Programa de Detección Precoz microbiológico) tras la pandemia.

**Métodos:** Se incluyen todos los pacientes con NAV registrados durante el periodo de recogida ENVIN 2021 ('21), 2022 ('22) y 2023 ('23). Se compararon las variables cualitativas como porcentajes y las cuantitativas como medias y DE.

**Resultados:** Existen diferencias por género (> 70% hombres en '21 y '22' respecto al 50% en '23), en los pacientes quirúrgico (ninguno en '21; 31,25% en '22; 50% en '23) y gravedad (en '21, '22, '23 tuvieron 14,67, 18,8 y 23,38 puntos de media de APACHE II respectivamente). No existieron diferencias en cuanto a la edad ni días de estancia. Durante el trienio los principales gérmenes fueron bacilos GRAM negativos siendo el principal aislamiento el de *Pseudomonas aeruginosa*. El diagnóstico fue clínico con un 100% de muestras microbiológicas positivas, creciendo el número de las extraídas por lavado broncoalveolar (LBA) (en '21 y '22' en torno un 20% y más del 50% en '23). Existe una reducción en los episodios de NAV por cada 1.000 días de estancia, pasando de 29,46 en el '21 a 17,66 en '22' a un 9,67 en el '23'. La mortalidad de estos pacientes fue muy variable (33,3% en '21', 43,75% en '22' y de 37,5% en '23').

**Conclusiones:** Ha existido un cambio en el tipo de paciente (género, gravedad y perfil quirúrgico) lo que ha podido tener un impacto de la mortalidad. Tras la instauración de medidas institucionales, se ha conseguido reducir los episodios de NAV por cada 1.000 días de estancia, aunque aún haya que trabajar para conseguir los estándares de calidad.

### 285. BENEFICIOS DEL USO COMBINADO DEL FILMARRAY PNEUMONIA PLUS PANEL Y LA SUPERVISIÓN PROACTIVA EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE EN UCI

Liñan Gabaldón J, Ros Valverde FP, Sánchez Jordán P, Selfa I, de Michelena P, Sanchis C, Ferreres JV, Jordá Miñana A, Clarí MÁ y Carbonell Monleón N

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** Analizar el impacto clínico y microbiológico del uso del panel de PCR multiplex FILMARRAY Pneumonia plus (FPPP) en la infección respiratoria grave en UCI, según las recomendaciones de indicación y ajuste de antimicrobianos de un esquema de optimización PROA-UCI previamente publicado.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes en UCI con infección respiratoria grave comunitaria o nosocomial. Se realizó análisis microbiológico por cultivo junto a FPPP en muestras respiratorias bajas al diagnóstico. Se recogieron variables demográficas basales. Se estudió concordancia entre pruebas microbiológicas y el ajuste sobre

Figura 1 Póster 285

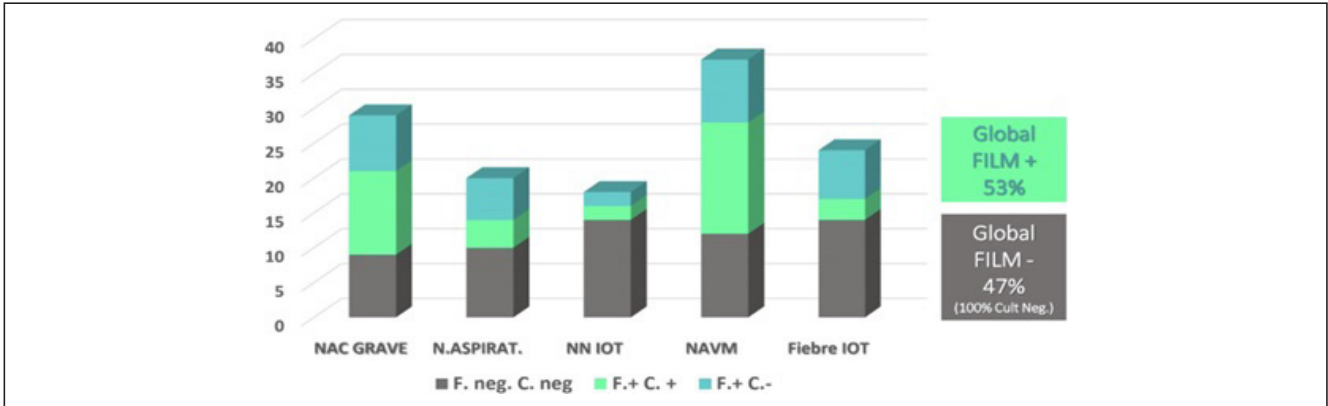


Figura 2 Póster 285

EPISODIOS	NAC grave	N. Broncoaspi	NN IOT	NAVM	Fiebre IOT	N = 128
FilmA. condiciona cambio:	15/29 (51%)	7/20 (35%)	7/18 (39%)	17/37 (46%)	9/24 (37,5%)	55/128 (43%)
- Pseudodirigido	6	2	3	5	3	19 (15%) - 8 NO atb - 11 + óptimo
- Desescalada: Stop linezolid	(Desde 7 con FR MR ≠ Estándar) 4	(Desde 6 nosocomiales ≠ Estándar) 1	Estándar 3	Estándar 7	Estándar 3	18 ↑
- Desescalada: 2BGN > 1BGN	1	2	1	3	2	9
- Optimización PROA	3	2	1	1	2	9
- Escalada	3 VIRUS 1 mecA cubierto			3 GENES R. 2 VIM, 1 OXA48		6

esquema estándar basal de tratamiento, en las primeras 8 horas del resultado de FPPP: escalada, desescalada y optimización PROA. Se evaluó como variables evolutivas días de tratamiento, estancia, mortalidad y reingreso en UCI, e impacto ecológico en multirresistencias.

**Resultados:** Se analizó 128 muestras de 72 pacientes ingresados en UCI del HCUV entre 2022-2023. 59% varones, con edad media 58,7 ± 15 y APACHE II 21 ± 7. 13,8% eran inmunodeprimidos y 47,6% presentaba shock séptico. El 91,6% requirió VMI con 90% de muestras obtenidas de AT (23% NAC grave, 15% N. broncoaspirativa, 19% fiebre en IOT, 14% N. nosocomial + IOT y 29% NAVM). La estancia media fue de 15,4 ± 13 días y la mortalidad en UCI del 27,7%. El 47% de FPPP fue negativo con cultivo negativo para estas dianas en 100% de ellos. En positivos hubo discordancia cualitativa en 25-40% según entidades. Se identificó en 1 cultivo *S. maltophilia*. La tabla 1 muestra los accionables derivados de resultados de FPPP. Del 57% que no se modificaron antimicrobianos precozmente, el 70% llevaban tratamiento apropiado, eran inmunodeprimidos o en shock séptico. La tabla 2 muestra variables evolutivas según ajuste basado en FPPP. Sin diferencias significativas en duración de antimicrobianos.

**Conclusiones:** El uso de PCR multiplex ligada a un algoritmo de ajuste antimicrobiano preestablecido, basado en epidemiología local y supervisado por PROA-UCI repercute en el pronóstico. El FPPP contribuye a una tomar decisiones seguras en la infección respiratoria en UCI permitiendo una reducción en consumo y costes de antimicrobianos. Se necesitan estudios que evalúen su impacto sobre la resistencia AM a largo plazo.

## 286. CONCORDANCIA ENTRE BIOMARCADORES Y CULTIVO EN LAVADO BRONCOALVEOLAR PARA ASPERGILOSIS INVASIVA EN PACIENTES CRÍTICOS

Martínez Ruiz J, Barrero García I, Vilar García V, López Barba J, Ramírez Arellano E y Garnacho Montero J

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

**Objetivos:** Describir el grado de concordancia de biomarcadores lateral-flow assay IMMY® (LF) y galactomanano (GM) entre sí y respecto al cultivo, en pacientes críticos con alta sospecha de aspergilosis invasiva (AI).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal sobre el grado de concordancia de LF y GM ante sospecha de AI en una cohorte de pacientes críticos ingresados en una UCI polivalente en el periodo comprendido entre enero-2020 y octubre-2023. Se han empleado muestras respiratorias obtenidas mediante lavado broncoalveolar, con punto de corte positivo para GM ≥ 1,0 U/ml. Variables recogidas a destacar: factores de riesgo clásicos para AI, soporte invasivo, antibioterapia, aislamientos microbiológicos concomitantes y antifúngico empírico.

**Resultados:** Se han estudiado un total de 100 pacientes con 126 determinaciones, con las siguientes características: Mediana de edad: 60 años (69% hombres y 31% mujeres). Motivo de ingreso: insuficiencia respiratoria aguda (84%). Infección vírica concomitante: SARS-CoV-2 y gripe (48%). Inmunosupresión: corticoterapia (53%), enfermedad oncohematológica (16%), trasplante de órgano sólido (3%) y otras causas

Figura Póster 286

	LF positivo + GM negativo	LF negativo + GM positivo	LF positivo + GM positivo	LF negativo + GM negativo
Frecuencia	8 determinaciones (6.35%)	2 determinaciones (1.59%)	10 determinaciones (7.93%)	106 determinaciones (84.13%)
Cultivo positivo	12.5% <i>Aspergillus spp</i>	0%	60% <i>Aspergillus spp</i>	0%
Cultivo negativo	87.5%	100%	40%	100%
Aislamiento	<i>P. aeruginosa</i>	No predominancia	BGN	BGN ( <i>Pseudomona</i> , <i>Klebsiella</i> , <i>E. coli</i> )
Antibioterapia	Betalactámicos 100% Quinolonas 50%	Betalactámicos 100% Quinolonas 50%	Betalactámicos 100% Quinolonas 50%	Betalactámicos 99.08% Quinolonas 39.62%
Antifúngico empírico	50%	100%	100%	7.35%

(VIH o conectivopatías, 12%). En relación a los biomarcadores estudiados, en el 88,89% de los casos presentaban concordancia entre sí y con el cultivo; frente al 11,11% en el que no coincidían (tabla). Las especies fúngicas aisladas fueron: *A. fumigatus* (42,86%), *A. terreus* (28,57%) y *A. niger* (28,57%). Atendiendo a nuestra muestra, ambos biomarcadores presentan una alta especificidad (LF 89% y GM 93%) y valor predictivo negativo (> 99% en ambos casos).

**Conclusiones:** Debido a su alta especificidad y valor predictivo negativo, LF y GM son buenos predictores de ausencia de AI en caso de resultado negativo, permitiendo prescindir de antifúngicos de forma segura hasta corroborar con el cultivo. En caso de discordancia entre biomarcadores, en nuestra muestra se tiende al tratamiento antifúngico empírico hasta el cultivo definitivo guiado por el resultado del GM frente al LF. Serían necesarios estudios futuros acerca de posibles reacciones cruzadas con microorganismos concomitantes o antibioterapia empleada en los casos de biomarcadores discordantes con el cultivo.

### 287. RESISTENCIA DE LOS MICROORGANISMOS CAUSANTES DE INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS NEUROTRAUMATOLÓGICOS

Martínez Matencio J<sup>1</sup>, Catalán Quintela J<sup>1</sup>, Gascón Castillo ML<sup>2</sup>, López de Tejada Galisteo Á<sup>1</sup> y El Haddad H<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

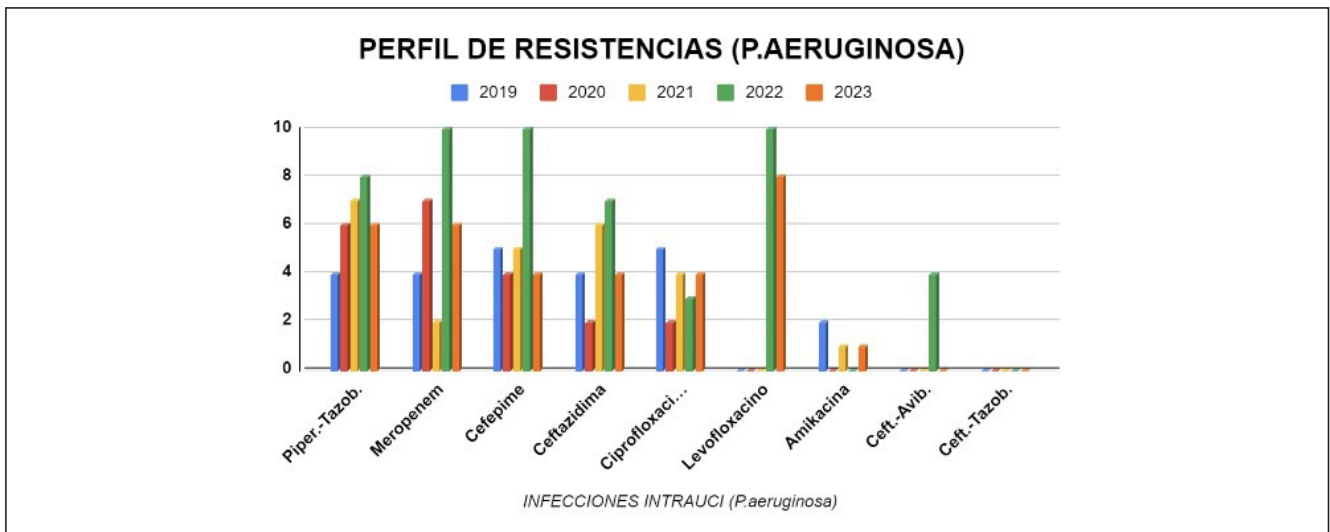
<sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación Y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

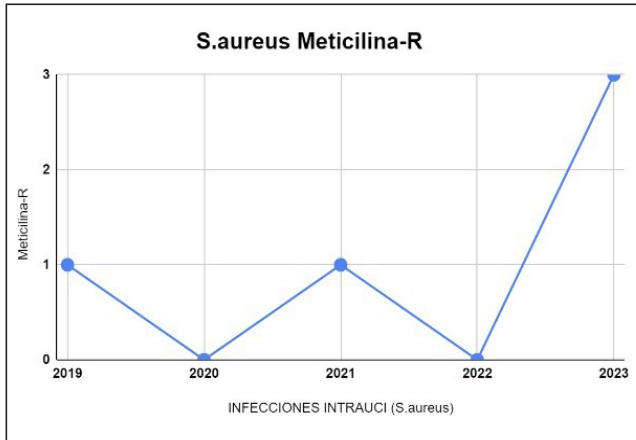
**Objetivos:** Describir la evolución en cuanto a las resistencias de los microorganismos patógenos más frecuentes causantes de infecciones adquiridas en una Unidad de Cuidados Intensivos especializada en neurocríticos y traumatológicos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo utilizando datos ENVIN (2019 - 2023), en el que se incluyen todos los pacientes y todas las infecciones adquiridas en una UCI especializada en neurocríticos y traumatológicos. Se recogieron variables demográficas, necesidad de cirugía urgente y severidad (APACHE-II) al ingreso. A su vez, se recogieron los datos de las resistencias antibióticas de los microorganismos más frecuentes causantes de infección por cada año.

**Resultados:** De los 566 pacientes incluidos, el 64% fueron hombres y el 36% mujeres, con una edad media de 52 años. Un 17% requirió cirugía urgente durante el ingreso, mientras que la tasa de *exitus* fue del 21%. El APACHE-II medio al ingreso fue de 14 puntos. Con respecto al perfil de resistencias, piperacilina-tazobactam es el antibiótico más resistente a *Pseudomonas aeruginosa* en los 5 años de estudio, seguido de meropenem; destacando la aparición de resistencias a levofloxacino en 2022 y 2023 y la aparición de cepas resistentes a ceftazidima-avibactam en 2022. En lo que respecta a *Staphylococcus aureus*, destacar la aparición en 2023 de 3 cepas meticilina-R, aislándose estas cepas anteriormente de manera esporádica. Con respecto a *Enterobacter cloacae*, destacar amoxicilina-clavulánico como la resistencia más frecuente, seguido de ceftriaxona y ceftazidima; y la nula resistencia a quinolonas y meropenem. En cuanto a *Escherichia coli*, destacar la resistencia más frecuente también a amoxicilina-clavulánico, seguido de ceftriaxona y ceftazidima.

Figura 1 Póster 287





**Conclusiones:** Destacar el cambio de paradigma en nuestra unidad en cuanto al perfil de resistencias con la aparición de cepas de *P. aeruginosa* resistentes a levofloxacino y a ceftazidima-avibactam. Es necesario seguir estudiando la tendencia de la aparición de cepas de *S. aureus* MRSA, prácticamente inexistentes en los años previos.

### 288. BACTERIEMIAS POR ENTEROBACTERIAS CROMOSÓMICAS INDUCIBLES EN LA UCI. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

de Ancos Jiménez J, Frasquet Artes JS, Martín Cerezuela M y Ramírez Gallego P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

**Objetivos:** *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella aerogenes* y *Serratia marcescens* son especialmente susceptibles de expresar la beta-lactamasa cromosómica Amp C durante el tratamiento con betalactámicos. Por ello existe discrepancia sobre el antibiótico de elección en infecciones graves por estas bacterias.

**Objetivos:** Evaluar el efecto del tratamiento antibiótico en la inducción de la resistencia y mortalidad. Análisis descriptivo de la población en UCI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de casos consecutivos de bacteriemias por *E. cloacae*, *K. aerogenes* y *S. marcescens* en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario y Politécnico la Fe entre los años 2012 y 2022. Los datos se obtuvieron de registros médicos y microbiológicos electrónicos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software STATA16. Se aplicaron análisis descriptivos para caracterizar la población de estudio y pruebas estadísticas adecuadas ( $\chi^2$ , ANOVA) para evaluar asociaciones significativas entre variables. Se consideraron valores de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se incluyeron 101 casos; 63 por *E. cloacae*, 25 por *S. marcescens* y 13 por *S. marcescens*. Varones 70% y mujeres 30%, edad media 61,38 (DE 12,63). 40 eran bacteriemias asociadas a catéter venoso central, 36 eran primarias, 24 secundarias y 1 asociado a cánulas de ECMO VA. El 40,5% se manifestó en forma de shock séptico. El 28% de los pacientes estuvo expuesto a cefalosporinas previo al episodio de bacteriemia, el 9,9% a quinolonas, el 39% a piperacilina/tazobactam, el 20% a carbapenémicos, el 19% a aminoglucósidos y el 35% a amoxicilina/clavulánico. El 52,3% de los pacientes estaba previamente colonizado por la bacteria responsable (el 35% de estos con la resistencia inducida). En 30 casos (29,7%) la bacteria expresaba la resistencia en el momento del diagnóstico. El 41,6% recibió carbapenémicos como tratamiento empírico mientras que el 35,6% recibió piperacilina/tazobactam. Solo dos pacientes recibieron cefalosporinas. El tratamiento empírico fue adecuado en el 88% de casos. La inducción durante el tratamiento solo se produjo en 1 caso que falleció a causa de la infección. La elección del tratamiento antibiótico no se relacionó con la inducción de la resistencia ( $p = 0,35$ ). El 36% de los pacientes fallecieron en UCI, 16% asociado a la bacteriemia. La elección del tratamiento antibiótico no se relacionó con la mortalidad ( $p = 0,42$ ).

**Conclusiones:** La elección del tratamiento antibiótico no se relacionó con la expresión de la resistencia a betalactámicos ni con la mortalidad en la bacteriemia por *E. cloacae*, *K. aerogenes* y *S. marcescens*.

### 289. INFECCIONES NOSOCOMIALES ASOCIADAS AL ECMO EN PACIENTES BAJO PROTOCOLO DE DESCONTAMINACIÓN INTESTINAL SELECTIVA

Ciobanu D, Mejía Lux A, Chico Carballas JI, Gómez Casal V, Freita Ramos S, Gómez López R, Menor Fernández EM, Rivas Vilas MD, Castro Castro P y Sansón León S

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Pontevedra.

**Objetivos:** Presentar la epidemiología de las infecciones nosocomiales asociadas a la terapia de soporte circulatorio extracorpóreo (ECMO) en pacientes adultos que reciben descontaminación digestiva selectiva (DDS).

**Métodos:** Analizamos de manera retrospectiva a los pacientes adultos tratados entre enero de 2019 y diciembre 2023 con soporte circulatorio extracorpóreo de canalización exclusivamente percutánea, ECMO veno-venoso (VV), veno-arterial (VA) y terapia de eliminación de CO<sub>2</sub> (ECCOR), de más de 48 horas. Usamos el término infección nosocomial (IN) definido por European Center for Disease Prevention and Control. Todos los pacientes recibieron descontaminación digestiva selectiva.

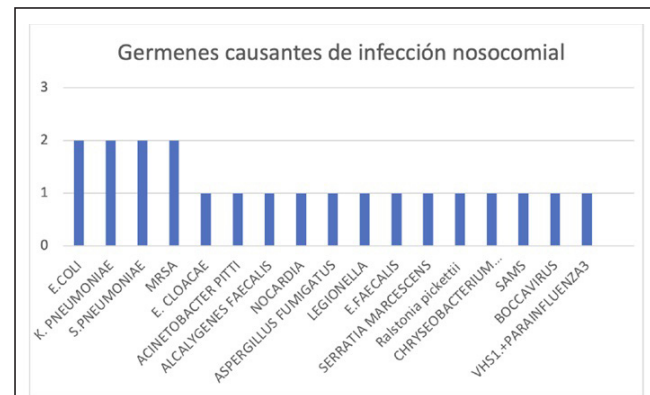


Figura 1.

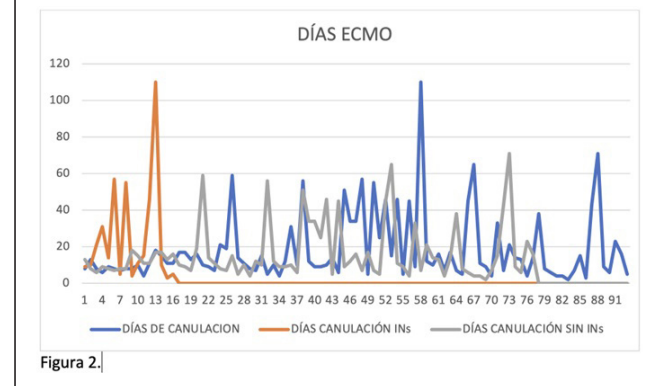


Figura 2.

**Resultados:** Se analizaron 93 pacientes de los cuales 70 hombres y 23 mujeres con la mediana de edad de 53 (45-59) años. Un total de 56 pacientes recibieron ECMO VV, 32 ECMO VA y 5 ECCOR. La etiología más frecuente fue el SDRa por neumonía COVID-19 para ECMO VV y el IAM para ECMO VA. La prevalencia de las INs fue de 16%. También presentamos la prevalencia desglosada por patologías: NAVM 11,8%, ITU 2,2%, aspergilosis pulmonar 1%, bacteriemia por catéter 1%. Los gérmenes más frecuentes fueron *P. aeruginosa*, *E. coli* y *S. pneumoniae* (fig. 1). En su conjunto la muestra ha presentado una mortalidad de 40%, los pacientes diagnosticados de IN una mortalidad de 30% y de 34% sin IN respectivamente, diferencia no estadísticamente significativa. La mediana del tiempo en ECMO fue de 11 (7-18) días en toda la muestra, 12 (8-34) en pacientes con INs y 11 (7-11) días en el grupo sin INs, diferencia estadísticamente no significativa (fig. 2).

**Conclusiones:** En los últimos años la investigación de las INs ha conseguido un importante auge. Sin embargo, según nuestro conocimiento, no hay otras publicaciones sobre las infecciones nosocomiales en pacientes bajo terapia ECMO que reciben DDS. Los resultados sobre las INs en paciente ECMO han sido muy heterogéneos, con prevalencias entre 8,8-64% y tasas de mortalidad entre 31,5-75,4%. Nuestros resultados están en la parte baja de la horquilla con una prevalencia de 16% y una

mortalidad de 30% en pacientes con INs y soporte ECMO. Lo diferente con la mayoría de otros estudios es que en nuestro caso no hubo diferencia en cuanto a mortalidad y días de ECMO según la presencia o no de la infección nosocomial. Resultados que podrían ser influidos por el papel de la DDS sobre la reducción de infecciones nosocomiales.

## 291. PATRÓN DE ANTICUERPOS NATURALES ANTICARBOHIDRATO EN PACIENTES DE UCI

Gumucio Sanguino VD<sup>1</sup>, Bello D<sup>2</sup>, Olivera Ardid S<sup>2</sup>, Marti Marti S<sup>1</sup>, Ferrero Y<sup>2</sup> y Mañez Mendiluce R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, <sup>2</sup>IDIBELL, Barcelona.

**Objetivos:** Describir el patrón de los anticuerpos naturales anticarbohidrato en paciente UCI de infectados por neumonía grave por COVID19 y por otras patologías.

**Métodos:** Estudio prospectivo que, tras obtener consentimiento informado, recogieron muestras de suero de pacientes durante las primeras 48 h de ingreso en cuidados intensivos con alta probabilidad de larga estancia en UCI, se tomaron como factores determinantes la necesidad de ventilación mecánica, soporte vasopresor y terapias extracorpóreas, de 09/2018-12/2019. Posteriormente se recogieron muestras de suero de pacientes con COVID-19 ingresados en UCI con PCR positiva para SARS-CoV-2 no inmunizados durante la primera de ola pandémica 03-05/2020. Se recogieron datos clínicos de ambas cohortes. Se analizaron mediante ELISA *glicorarrays* con 600 azúcares diferentes sobre los sueros obtenidos, se expresaron los resultados de las concentraciones de los *glicorarrays* mediante FLog2 en las 2 cohortes de pacientes críticos en relación a niveles obtenidos de sueros de donante sanos. Se realiza el análisis y plot estadístico mediante Graphpad Prism 9.4.1.

**Resultados:** Se recogieron muestras de suero de 92 pacientes críticos de estos 85% estaban bajo ventilación mecánica, con soporte vasopresor 75%, con terapia sustitutiva renal 38% y en ECMO 17%, además se recogieron muestras de suero de 72 pacientes críticos ingresados por COVID-19 el 100% de ellos estaban bajo ventilación mecánica, 65% con soporte vasopresor, bajo Terapia sustitutiva renal 27% y en ECMO principalmente VV 16%. Se evidencia tras el análisis de los *glicorarrays* un descenso en niveles y cantidad de anticuerpos naturales de hasta -3 log<sub>2</sub>FC y 6-8 log<sub>10</sub> (valor de p ajustado) de significación estadística en pacientes COVID-19. En pacientes de UCI el descenso es de menor cuan-

tía -2 log<sub>2</sub>FC con alta significancia estadística (fig.). Comparando ambas cohortes se evidencia que el descenso en las concentraciones de azúcares es mucho menor, y además de ser diferentes a los que se tomaron entre las tres poblaciones estudiadas (fig.).

**Conclusiones:** El análisis de anticuerpos naturales anticarbohidrato muestra una disminución significativa en todos los pacientes ingresados en la UCI, siendo mucho más marcada esta disminución en los que ingresan por la infección grave por COVID-19.

Financiado por: FISPI17/01757, Beca comité de recerca Hospital Universitari de Bellvitge 2018.

## 292. ROL DE LOS ANTICUERPOS NATURALES ANTICARBOHIDRATO EN PACIENTES CRÍTICOS QUE DESARROLLAN INFECCIONES NOSOCOMIALES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS

Gumucio Sanguino VD<sup>1</sup>, Bello D<sup>2</sup>, Ardid Olivera S<sup>2</sup>, Ferrero Y<sup>2</sup>, Marti Marti S<sup>1</sup> y Mañez Mendiluce R<sup>1</sup>

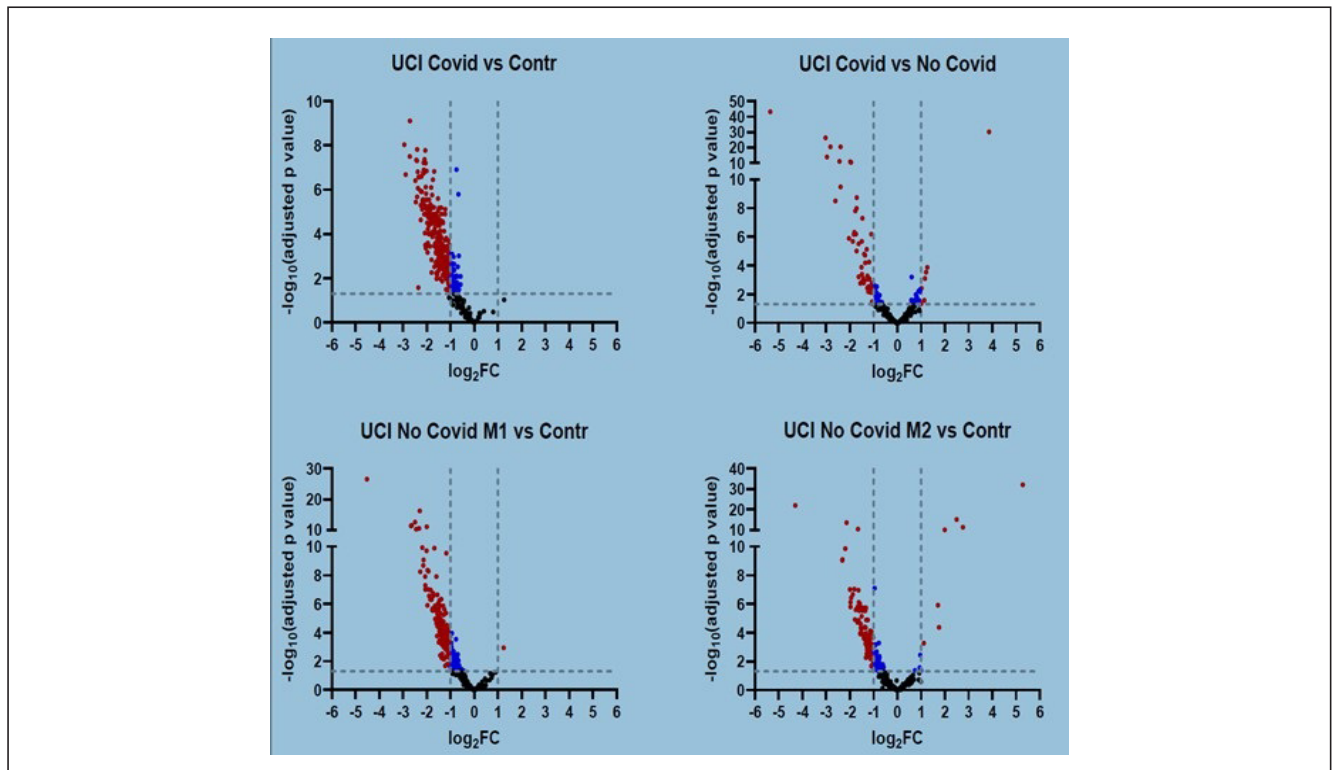
<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, <sup>2</sup>Idibell, Barcelona.

**Objetivos:** Determinar el perfil de anticuerpos anticarbohidrato en pacientes críticos que desarrollan infecciones nosocomiales durante su estancia en cuidados intensivos.

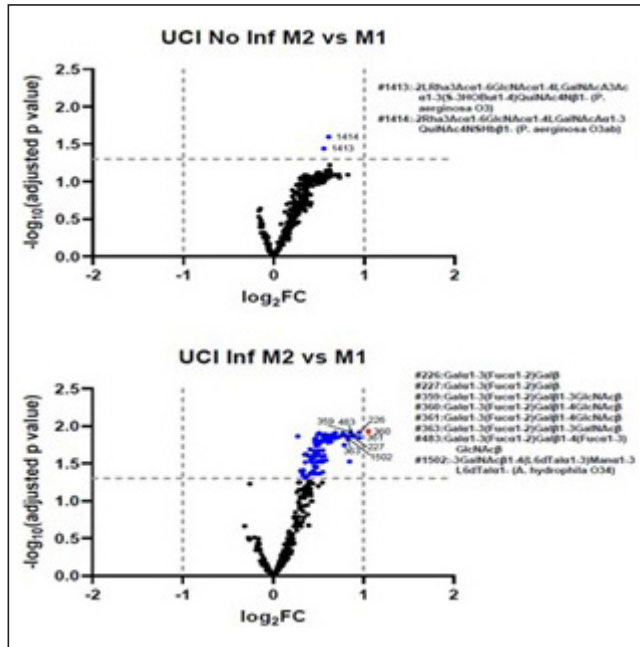
**Métodos:** Estudio prospectivo de 09/2018-12/2019 en un hospital universitario terciario, que tras obtener consentimiento informado, recogieron 2 muestras de suero: la muestra 1 (M1) de pacientes durante las primeras 48 h de ingreso en cuidados intensivos con alta probabilidad de larga estancia en UCI, se tomaron como factores determinantes como SOFA, APACHE, edad, la necesidad de ventilación mecánica, soporte vasopresor y terapias extracorpóreas, y posteriormente la muestra 2 (M2) en paciente con que desarrollen una infección nosocomial durante su estancia en UCI o en el momento del alta de cuidados intensivos, los cuales pasan ser control. Se analizaron mediante ELISA *glicorarrays* con 600 azúcares diferentes sobre los sueros obtenidos, se expresaron los resultados de las concentraciones de los *glicorarrays* mediante FLog2. Se realiza el análisis y plot estadístico mediante Graphpad Prism 9,4.1.

**Resultados:** Se evaluaron 92 paciente críticos de los cuales obtuvieron un total de 184 muestras de suero en dos tiempos M1 (92) y M2 (92). Las características basales fueron SOFA medio 7,9, APACHE II medio de 20,8, el 85% de los pacientes estaban bajo ventilación mecánica, con soporte vasopresor 75%, con Terapia sustitutiva renal 38% y en ECMO

Figura Póster 291



17%. Desarrollaron infección por bacilos gram negativos 50% (46), por cocos gram positivos 4% (4) y no presentaron infección durante su ingreso 45% (42). Se realizaron *glicoarrrays* en todos los pacientes y se compararon los niveles resultantes del ELISA entre las muestras M1 y M2. En aquellos pacientes que desarrollan infección mostraron un incremento de los niveles de 14 azúcares  $\alpha$ Gal estadísticamente significativa, y  $> 1 \log_2FC$  de incremento en los niveles de Gal $\beta$ 1-3(Fuc $\alpha$ 1-2)Gal $\beta$ 1-4GlcNAc $\beta$  con 2 veces  $\log_{10}$  (valor de p ajustado) de significación estadística, comparados con los pacientes que no desarrollaron infección y sobrevivieron a su estancia en UCI. (fig.).



**Conclusiones:** El incremento de anticuerpos naturales anti- $\alpha$ Gal en pacientes ingresados en UCI podrían actuar como facilitadores de la infección nosocomial por bacilos gram negativos, estos hallazgos abren posibilidades eliminar de forma selectiva estos anticuerpos y disminuir la incidencia de infección.

Financiado por: FISPI17/01757, Beca comité de recerca Hospital Universitario de Bellvitge 2018.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD III

08:30-10:00 - Sala 130 + 129

**Moderadores:** Ana Ochagavía Calvo/  
Josep Trenado Álvarez

#### 293. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE FALLECIMIENTO Y EL RESULTADO NECRÓPSICO DE LAS AUTOPSIAS REALIZADAS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Huertas Marín C, González Castro A, Ortiz Lasa M, González Fernández C, Cherchi Pepe M, García Moreno P, Silva García C, Tello Sánchez M y Benito Calvo E

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

**Objetivos:** La autopsia clínica forma una herramienta de confrontación clínica-patológica que permite, establecer la causa fundamental de

la muerte y constatar procesos secundarios. Además, precisa el diagnóstico clínico en los enfermos pues, a día de hoy, todavía se producen errores. En este trabajo realizamos una revisión con el objetivo de conocer las discordancias entre el diagnóstico clínico y *post mortem* (PME) de las autopsias clínicas realizadas en los últimos 5 años en una UCI de un hospital de tercer nivel.

Tabla 1: Clasificación de discrepancias Goldman *et al* y Battle *et al*

Discrepancias mayores	
Clase I	Diagnóstico antes de la muerte pudo contribuir con cambios en el tratamiento que podrían haber prolongado la supervivencia o curado al paciente.
Clase II	Diagnósticos cuya detección antes de la muerte probablemente no hubiera cambiado la supervivencia, aún con el tratamiento correcto.
Discrepancias menores	
Clase III	Diagnósticos menores no directamente relacionadas con la causa de muerte, pero con síntomas que debieron tratarse y que pudieron finalmente afectar el pronóstico.
Clase IV	Diagnósticos menores ocultos (no diagnosticables), pero con implicaciones genéticas o epidemiológicas.
Sin discrepancias	
Clase V	Concordancia entre diagnóstico clínico y resultados de la autopsia

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo, longitudinal y unicéntrico. Se llevó a cabo la revisión de las historias clínicas en formato electrónico y los registros anatomopatológicos (AP) de una cohorte de pacientes a los que se les realizó necropsias entre enero de 2018 y diciembre de 2022 en una UCI de un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, diagnósticos clínicos y PME. El diagnóstico clínico principal de defunción se obtuvo del informe de cierre de historia clínica y el diagnóstico PME de los hallazgos encontrados en la necropsia. La discordancia entre ambos diagnósticos se ordenó según la clasificación de Goldman *et al.* y Battle *et al.* (tabla).

**Resultados:** Se analizaron 82 pacientes a lo largo de los 5 años con una mediana de edad al ingreso hospitalario de 67,2 años (RIC: 60,4-72,5), con un 30,5% de mujeres. La mediana de días hasta el ingreso en UCI fue de 1 (RIC 0-13) y la mediana de días de ingreso en UCI fue de 3 (RIC: 1-12). En 6 de los pacientes fallecidos no se encontraban datos suficientes disponibles y en otros 8 pacientes los diagnósticos no fueron concluyentes. De las 68 necropsias restantes, más de la mitad mostraron resultados concordantes (55%). Del 45% restante, la mayoría fueron discrepancias mayores de tipo II (29%) y I (7%). Se observaron solamente un 9% de discrepancias menores, en su totalidad de clase III. Se plantearon diferentes hipótesis; como la relación de los días de ingreso en UCI, el sexo, la edad o el año de realización de la necropsia, con la aparición de discrepancias. No alcanzándose en ningún caso la significación estadística con  $p > 0,05$ .

**Conclusiones:** Tras el análisis de esta cohorte, queda plausible la persistencia de discordancias entre el diagnóstico clínico y PME hasta en un 45% de los casos, que aboga por la práctica continua de necropsias como fuente de información para su empleo posterior.

#### 294. FIN DE UNA ERA: LA EDAD COMO LIMITANTE DEL INGRESO EN UCI

Roca García L, Taboada Domínguez P, Villarreal Escalante M, Casteres Cortiñas I y de la Torre Ramos MÁ

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos:** Clásicamente la edad ha sido factor limitante en ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por conllevar mayor fragilidad, mortalidad y recuperación más lenta. Describir la prevalencia de mortalidad en  $\geq 80$  años en UCI, y evaluar supervivencia y los marcadores que avalan buen pronóstico.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Incluidos los  $\geq 80$  años ingresados en UCI durante  $\geq 5$  días entre 2018-2023 Variables

Tabla 1. Comorbilidades según los grupos.

		SUPERVIVIENTES PRIMEROS 6 MESES		FALLECIDOS PRIMEROS 6 MESES	
		%	Recuento	%	Recuento
COMORBILIDAD: HTA	NO	80,0%	4	20,0%	1
	SI	60,4%	29	39,6%	19
COMORBILIDAD: DM	NO	67,6%	23	32,4%	11
	SI	52,6%	10	47,4%	9
COMORBILIDAD: DL	NO	74,1%	20	25,9%	7
	SI	50,0%	13	50,0%	13
COMORBILIDAD: CI	NO	65,9%	29	34,1%	15
	SI	44,4%	4	55,6%	5
COMORBILIDAD: EPOC	NO	70,3%	26	29,7%	11
	SI	43,8%	7	56,3%	9
COMORBILIDAD: NEUROLÓGICO	NO	62,5%	30	37,5%	18
	SI	60,0%	3	40,0%	2
COMORBILIDAD: ERC	NO	72,2%	26	27,8%	10
	SI	41,2%	7	58,8%	10
COMORBILIDAD: ONCOLÓGICO	NO	60,5%	26	39,5%	17
	SI	70,0%	7	30,0%	3
POLIFARMACIA	NO	86,7%	13	13,3%	2
	SI	52,6%	20	47,4%	18
MOTIVO DE INGRESO	CARDIOLÓGICO	50,0%	3	50,0%	3
	HEMORRAGIA	0,0%	0	100,0%	1
	INFECCIOSO	66,7%	2	33,3%	1
	NEUROLÓGICO	50,0%	1	50,0%	1
	POSTQUIRÚRGICO	75,0%	12	25,0%	4
	RENAL	50,0%	2	50,0%	2
	RESPIRATORIO	61,9%	13	38,1%	8

Tabla 2. Soporte necesario durante el ingreso según grupos.

		SUPERVIVIENTES PRIMEROS 6 MESES		FALLECIDOS PRIMEROS 6 MESES	
		Recuento	%	Recuento	%
VMI	NO	19	76,0%	6	24,0%
	SI	14	50,0%	14	50,0%
VMNI	NO	25	69,4%	11	30,6%
	SI	8	47,1%	9	52,9%
TRAQUEO	NO	29	64,4%	16	35,6%
	SI	4	50,0%	4	50,0%
TRRC	NO	30	63,8%	17	36,2%
	SI	3	50,0%	3	50,0%

Tabla 3. Mediana de escalas de seguimiento en consultas postUCI

	PRIMERA CONSULTA	SEGUNDA CONSULTA
SF12 Físico	27,1	28,8
SF12 Mental	58,2	57,5
Barthel	80	95
Dinamometría derecha	15	16,7
Dinamometría izquierda	12	13,5
MOCA	21	25
HAD	7	11
SARC-F	4	3
CFS	6	5
IMC	25	25



demográficas: edad, sexo, IMC, comorbilidades. Variables del ingreso: escalas gravedad, motivo de ingreso, ventilación mecánica invasiva (VMI) o no invasiva (VMNI), realización de traqueostomía (TQ), días soporte vasoactivo (SVA), días de terapia de reemplazo renal continuo (TRRC), días de estancia en UCI y hospitalaria, mortalidad en planta y primeros 6 meses posalta. Escalas en consulta pos-UCI: SF12 físico/mental, Barthel, dinamometría derecha/izquierda, MOCA, HAD, SARC-F, CSF, IMC en las dos primeras consultas. Análisis estadístico: variables cuantitativas como media y mediana; y cualitativas en porcentajes. Programa IBM SPSS Statistics.

**Resultados:** Muestra de 53 pacientes  $\geq 80$  años, agrupados en función de supervivencia/ fallecimiento a los 6 meses desde ingreso. Un 37,7% fallecen en este periodo (17% en UCI, 15% en planta), con supervivencia mayor a la esperada (62,3%). Mediana edad 83 años. Menor *exitus* en mujeres. Mediana IMC y escalas de gravedad (SAPS 3 y APACHE II) sin diferencias significativas Comorbilidades según grupos en tabla 1. Tabla 2: soporte durante el ingreso, según grupos. Días de VM, TRRC y SVA son mayores en fallecidos. El 33,3% de los supervivientes al ingreso hospitalario son vistos en consulta pos-UCI, con una supervivencia anual del 81,8%. Evolución escalas de seguimiento en consultas pos-UCI en tabla 3.

**Conclusiones:** La longevidad no es factor de exclusión de ingreso en UCI, con supervivencia del 62,3% a los 6 meses post alta UCI. Causa posquirúrgica/respiratoria o infecciosa de ingreso presentan menor probabilidad de fallecer. Los antecedentes cardiopatía isquémica, EPOC o enfermedad renal crónica con polifarmacia asociada, son factores de mal pronóstico, así como mayores días de VM, TRRC y SVA. El seguimiento en consulta pos-UCI determina mejoría en este subgrupo objetivado por escalas estandarizadas, con una supervivencia > 80%.

## 295. ATENCIÓN AL TRAUMA GRAVE: INNOVACIÓN PARA MEJORAR LOS RESULTADOS EN SALUD

Guerrero López F<sup>1</sup>, Iglesias Santiago A<sup>1</sup>, Ferrer González B<sup>2</sup>, Castillo Martínez A<sup>3</sup>, Rincón Ferrari MD<sup>2</sup>, Rodríguez Vasquez PE<sup>4</sup> y Expósito Tirado JA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Neurotraumatología Y Rehabilitación del H. U. Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada. <sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación Y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla. <sup>3</sup>Servicio Andaluz de Salud, Sevilla. <sup>4</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería. <sup>5</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** Definir y desarrollar una herramienta de evaluación de indicadores de calidad y de resultados en salud en los pacientes con traumatismo grave ingresado en los Servicios de Medicina Intensiva (SMI) de los hospitales públicos de Andalucía (SSPA) que facilite a los profesionales realizar estrategias de mejora continua.

**Métodos:** Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para analizar el proceso asistencial integrado de Atención al Trauma Grave. Se desarrolla una "Hoja de Severidad de Trauma Grave" (HSTG) para su cumplimentación en los pacientes que ingresan por una etiología traumática en los SMI de todos los hospitales del SSPA. Con los Sistemas de Información corporativos, se elaboran informes automatizados mensualizados a partir de la historia de salud del ciudadano agregados por centro hospitalario. La HSTG incluye variables epidemiológicas básicas, de gravedad por criterios fisiológicos y anatómicos, 7 indicadores de calidad de la atención prehospitalaria y 8 de la atención hospitalaria. Se define como punto fundamental de audit clínico el análisis de la mortalidad hospitalaria ajustado por gravedad (metodología TRISS). Se presenta estadística descriptiva básica de las variables principales.

**Resultados:** Se ha implantado la HSTG en 24 hospitales. En el periodo 1 de enero de 2022 a 30 de septiembre de 2023 se han incluido 1466 pacientes de las 8 provincias andaluzas. El 80% de los pacientes eran varones, el 93% traumatismos cerrados, la media de edad 48 años (dt 18,4), la mediana de Injury Severity Score (ISS) 20 (RIC 13 a 27). Los incidentes de tráfico (45,3%) y las caídas (25,7%) fueron las etiologías más frecuentes. La mortalidad hospitalaria ha sido del 11,9%. Fallecieron 104 pacientes (8,6%) de los que tenían una probabilidad de supervivencia estimada por TRISS > 50%. Se presenta el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad. Los indicadores con mayor margen de mejora son la correcta activación del código trauma, adecuada inmovilización de columna cervical y empleo precoz de ácido tranexámico a nivel prehospitalario, y la adecuada indicación de TC cervical y monitorización de PIC a nivel hospitalario.

**Conclusiones:** El sistema desarrollado a través de la historia clínica electrónica del ciudadano y las herramientas TICs permite una evalua-

ción de los resultados en salud de forma homogénea en todos los hospitales con SMI en nuestra comunidad. También permite realizar un análisis de los indicadores de calidad en el proceso trauma grave y en la detección de los casos centinelas que deben auditarse para una mejora continua, así como su monitorización a lo largo del tiempo.

## 296. PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS POLIVALENTE GESTIONADA POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI). DATOS DE FUNCIONAMIENTO INICIAL

Velayos Amo C, Álvarez Rodríguez J, de la Torre Ramos MÁ, del Olmo Monge R, Díaz Cuero G, Nieto Martino B, Roca García L, Taboada Dominguez P, Villarroel Escalante M y Arellano del Verbo G

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos:** Conocer los datos de funcionamiento inicial de una Unidad de Semicríticos Polivalente (USP) gestionada por el SMI recientemente puesta en marcha en un hospital de 2º nivel de 400 camas que no dispone de otras unidades de semicríticos especializadas.

**Métodos:** En octubre de 2021 se puso en marcha en nuestro hospital una USP con 7 camas (2 de ellas gestionadas por Cardiología) para responder a una necesidad identificada en la pandemia COVID-19. En la USP ingresan pacientes de riesgo intermedio, con fracaso monoorgánico o con techo terapéutico, que necesitan monitorización continua, soporte para realizar una técnica (endoscopia, canalización de vías centrales o broncoscopia), soporte respiratorio incluyendo cánulas nasales de alto flujo o ventilación mecánica no invasiva o soporte vasoactivo con una única amina como máximo. Pueden hacerlo antes, después o en vez de hacerlo en la UCI. Se trata de un estudio descriptivo a partir de los datos recogidos de forma prospectiva en nuestro sistema informático durante los primeros 20 meses de funcionamiento de esta nueva unidad.

**Resultados:** Durante estos 20 meses de funcionamiento se han ingresado 950 pacientes (272 a cargo de cardiología y 678 a cargo del SMI). Las 5 camas gestionadas por el SMI han tenido una tasa de ocupación del 73% y una media de ingresos mensuales de 34. La mediana de días de estancia de los 678 pacientes ingresados por el SMI es de 2 días (RIQ 1-4), tienen una media de edad de 67,1 años (DE 12,4) y el 53% son varones. El SAPS3 medio es de 52,8 (DE 13,7) y la mortalidad es del 4%. El 46% de los pacientes proceden de Urgencias, un 17% de M. Interna y un 14% de la UCI. Los motivos de ingreso más frecuentes son la insuficiencia respiratoria aguda o reagudizada 28,3%, infección grave 20%, hemorragia digestiva 9,3%, insuficiencia renal aguda 5% e insuficiencia cardiaca 5%. Un 23% reciben ventilación mecánica no invasiva y un 37% soporte vasoactivo (noradrenalina). El 48% de los pacientes se da de alta a M. Interna y el 12% necesita traslado a la UCI. La atención se garantiza con un ratio de enfermería de 3,5:1 y aumentando un puesto de guardia a cargo de un médico especialista en Medicina Intensiva diariamente.

**Conclusiones:** Una USP polivalente gestionada por el SMI es capaz de dar respuesta a la necesidad de atención de diferentes pacientes semicríticos con seguridad, eficacia y eficiencia, sin colapsar la UCI. Esto resulta especialmente útil en hospitales de segundo nivel donde no hay diferentes unidades especializadas de semicríticos. La puesta en marcha de una USP es un proyecto apasionante que permite también ampliar la cartera de servicios de nuestra especialidad.

## 297. VALORACIÓN INTEGRAL POS-UCI: PREVALENCIA DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES EN PACIENTES POSCUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Peña Luna IM y Benítez Morillo MF

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

**Objetivos:** General: establecer la prevalencia de las disfunciones sexuales (DS) tras el alta de UCI en los pacientes en consulta síndrome poscuidados intensivos (SPCI). Específico: conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con DS.

**Métodos:** Estudio prospectivo y observacional, incluidos 96 pacientes SPCI, en los que se realiza una detección activa de DS a través de abordaje sexológico con pregunta abierta del Inventario de Depresión de Beck sobre interés sexual. Análisis estadístico con programa SPSS 25, mediante chi-cuadrado y correlación de Spearman.

**Resultados:** Un 14,5% presentaron DS (valoración del interés por el sexo muy disminuido en 43%) de los cuales: deseo sexual hipoactivo (DSH),

50%), disfunción eréctil (DE, 42%) y dispareunia (7%). El 71% eran hombres, edad media 56 años y estancia en UCI de 16 días, con antecedentes de hipertensión arterial (35%), tratamiento con benzodiacepinas, antihipertensivos y analgésicos (42%), omeprazol (50%), requiriendo derivación a consulta de salud mental y andrología (35%). DE significativamente asociada con diabetes ( $p < 0,006$ ), uso de antiabéticos ( $p < 0,006$ ) y antihipertensivos ( $p < 0,008$ ) y asociación DSH ( $p < 0,001$ ); DSH significativamente asociado con diagnóstico de insuficiencia respiratoria ( $p < 0,008$ ) y diagnóstico en consulta de ansiedad ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** Las DS más frecuentes post-UCI serían DE y DSH, resaltando la asociación significativa con diabetes, antiabéticos y antihipertensivos, además de la asociación entre DS. Destacar la consulta SPCI como el lugar más adecuado para el cribado, tratamiento inicial y derivación de pacientes con DS.

## 298. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Díaz HC, Doménech Moral L, Pau Parra A, Papiol Gallofré E, Lalueza Broto P y Gorgas Torner MQ

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** La gravedad e inestabilidad de los pacientes, junto con el alto grado de complejidad de la medicación, hacen de las unidades de cuidados intensivos (UCI) un área crítica de problemas relacionados con la medicación. El objetivo de nuestro estudio fue analizar y evaluar la actividad clínica realizada por el farmacéutico clínico residente integrado en una UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, de 6 semanas de duración. El farmacéutico se integró en la actividad diaria del equipo multidisciplinar de una UCI de 18 camas perteneciente al Servicio de Cuidados Intensivos. Se registraron todas las intervenciones farmacoterapéuticas (IF) realizadas, el grado de aceptación.

**Resultados:** Se realizaron un total de 140 IF sobre 56 pacientes con un 92% de aceptación. De estas, las mayoritarias fueron las relacionadas con la posología (23,6%), suspensión del tratamiento (15,7%), conciliación de la medicación habitual por omisión de tratamiento (14,3%), cambio a una alternativa terapéutica (10,7%) y la monitorización farmacocinética (10%), entre otras. De las IF aceptadas, el 38,5% influyeron sobre la eficacia y el 61,5% sobre la seguridad del tratamiento farmacológico. Los fármacos que han sido susceptibles de ser generados más actuaciones han sido: J-Anti-infecciosos (49,6%), A-Aparato digestivo y metabolismo (14%), C-Cardiovascular (14%), N-Nervioso (11,6%), S-Órganos sentidos (5,4%), B-Sangre (2,3%), H-Preparados hormonales sistémicos (2,3%), R-Sistema respiratorio (1,5%) y L-Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores (0,7%).

**Conclusiones:** El farmacéutico hospitalario integrado en el equipo multidisciplinar de UCI puede aportar un valor añadido al proceso farmacoterapéutico del paciente crítico.

## 299. EL PAPEL DEL INTENSIVISTA EN LA SEDACIÓN Y ANALGESIA DE ECOBRONCSCOPIAS EN ÁMBITO EXTRA-UCI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ongil García B, Prieto Mora M, García Ezpeleta L, Vázquez Hernández M, Pérez Sánchez MV, Acosta Contento J, Hurtado Á, López Á, Loza Vázquez A y Lesmes Serrano A

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

**Objetivos:** Describir y analizar el protocolo de sedoanalgesia profunda y la ventilación mecánica (VM) utilizada durante las ecobroncoscopias (EBUS). Comprobando las posibles complicaciones y/o necesidad de ingreso hospitalario posterior.

**Métodos:** Estudio observacional de carácter retrospectivo de pacientes del Área de Gestión Sur de Sevilla que requirieron coasistencia por parte de UCI para sedoanalgesia y VM durante la realización de EBUS en un periodo de 5 años (2017 a 2022). Análisis descriptivo de variables demográficas, servicio solicitante, fármacos utilizados, manejo de vía aérea, soporte ventilatorio, manejo posprocedimiento y destino del paciente. Las variables cuantitativas se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar y las variables cualitativas en porcentajes.

**Resultados:** Se recogieron 220 exploraciones realizadas en 211 pacientes, siendo mujeres 61 (28,91%) y varones 150 (71,09%) con una edad media de 58,18 años  $\pm$  DE 6,02. 175 (82,93%) pacientes procedían

de su domicilio. La mayor parte de las EBUS fueron solicitadas por parte de Neumología (NML) (59,71%), junto a Oncología (21,32%), Medicina Interna (10,35%) y Cardiología (6,32%) y otros Servicios (2,3%). El motivo de la prueba fue por adenopatías mediastínicas a estudio 165 (78,19%), estadiaje de neoplasia pulmonar conocida 24 (11,37%) y estudio de neumopatía intersticial difusa 15 (7,11%). Para la analgesia, se empleó fentanilo a dosis de 50-150  $\mu$ g en bolos según peso; mientras que como sedante se utilizó propofol con dosis de 1,5-2 mg/kg en bolos (salvo 3 pacientes con midazolam). La VM con mascarilla laríngea ígel y conexión a respirador Oxylong 3000 en modalidad IPPV con FiO<sub>2</sub> entre 0,4-0,8; así como modificación de parámetros según la fuga de cada paciente. Medicación administrada por vía periférica en la sala de técnicas de NML tras firma del consentimiento informado y con monitorización de ECG, PANI y pulsioximetría. 2 casos (1%) se complicaron con neumotórax y colocación de drenaje pleural e ingreso en NML. 3 (1,4%) casos de sedación difícil con necesidad de varios sedantes; así como 4 vías aéreas difíciles (1,9%) con mascarilla laríngea de diferente tamaño al 4. Todos los pacientes volvieron a su domicilio salvo los previamente ingresados, tras observación durante 30 minutos con acompañamiento previo a alta.

**Conclusiones:** En nuestro hospital todas las EBUS se realizan bajo soporte del intensivista ya que supone una técnica invasiva con sedación profunda y VM, sin haberse producido ninguna complicación relevante con posterior seguimiento por Medicina Intensiva y con alta domiciliaria en la mayoría de los casos.

## 300. IMPACTO DE LAS RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX DIARIAS EN UNA UCI POLIVALENTE

Chas Brama W, González Wagner GA, Siervo von Rietstenstein A, Ruiz de Santaquiteria Torres V, Romo Gonzáles JE, Copa Morales JP, Arriero Fernández N y Benito Puncel C

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de radiografías de tórax (RxTx) en las que se evidencian nuevos hallazgos.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en los meses de septiembre y octubre de 2023 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara.

Tabla 1: Resultados demográficos

<b>Pacientes</b>	70 pacientes
<b>RxTx</b>	521
- Rutinarias	391 (75.05%)
- No rutinarias	130 (24.95%)
<b>Hombres</b>	65.71%
<b>Edad</b>	59.48 +/- 14.14
<b>Tiempo estancia UCI</b>	7.1 +/- 9.34
<b>RxTx por paciente</b>	7.45 +/- 9.6
- Rutinarias por paciente	5.5
- No rutinarias por paciente	1.8
<b>Motivos de Ingreso</b>	
- Respiratorio	33.0%
- Digestivo	15.7%
- Cardiológico	15.4%
- Neurológico	9.2%
- Traumatológico	7.7%
- Postoperatorio	5.8%
- Intoxicación	3.1%
- Infeccioso	3.1%
- Vascular	3.4%
- Otros	

**Resultados:** Se valoraron 521 RxTx de 70 pacientes. La mayoría hombres (65,71%), con una media de edad de 59,48  $\pm$  14,14 años. Se realizaron una media de 7,45  $\pm$  9,6 RxTx por paciente, con una estancia media de 7,1  $\pm$  9,34 días. Entre los motivos de ingreso más frecuentes se encontraron: 33,0% respiratorio, 15,7% digestivo, 15,4% cardiológico, neurológico 9,2%, traumatológico 7,7%, entre otros. El 36,0% de las RxTx

mostraron nuevos hallazgos, más comúnmente: nuevo dispositivo 10,7%, infiltrado pulmonar 8,8%, malposición de dispositivo 8,1% (5,9% tubo orotraqueal), derrame pleural 6,3%, atelectasia 1,2%, neumotórax 1,0%. Se detectaron hallazgos en 20,9% de las RxTx rutinarias y en 81,6% de las no rutinarias.

Hallazgo	Porcentaje
Nuevo dispositivo	10.7%
Infiltrado pulmonar	8.8%
Malposición de dispositivo	8.1%
Derrame pleural	6.3%
Atelectasia	1.2%
Neumotórax	1.0%
<b>Total</b>	<b>36.0%</b>

	Rutinaria	No rutinaria	Total
<b>Con nuevos hallazgos</b>	82 (20.9%)	106 (81.6%)	188 (36.0%)
<b>Sin nuevos hallazgos</b>	309 (79.1%)	24 (18.4%)	333 (64.0%)
<b>Total</b>	<b>391 (100%)</b>	<b>130 (100%)</b>	<b>521 (100%)</b>

**Conclusiones:** Según los resultados obtenidos, el riesgo de no identificar cambios al restringir la prescripción diaria de RxTx es bajo. Restringir el número de RxTx probablemente significaría ahorros económicos y una reducción de la exposición a la radiación.

### 301. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX RUTINARIA EN UCI: ¿ÚTIL O FÚTIL?

González Wagner GA, Chas Brami W, Copa Morales JP, Ruiz de Santaquiteria Torres V, Siervo Von Rietsteinstein A, Arriero Fernández N, Romo Gonzáles JE y Benito Puncel C

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Determinar el porcentaje de radiografías de tórax rutinarias con hallazgos que producen un cambio en la actitud clínica.

<b>Pacientes</b>	70 pacientes
<b>RxTx</b>	521
- Rutinarias	391 (75.05%)
- No rutinarias	130 (24.95%)
<b>Hombres</b>	65.71%
<b>Edad</b>	59.48 +/- 9.34
<b>Tiempo estancia UCI</b>	7.1 +/- 9.34
<b>RxTx por paciente</b>	7.45 +/- 9.6
- Rutinarias por paciente	5.5
- No rutinarias por paciente	1.8
<b>Motivos de Ingreso</b>	
- Respiratorio	33.0%
- Digestivo	15.7%
- Cardiológico	15.4%
- Neurológico	9.2%
- Traumatológico	7.7%
- Postoperatorio	5.8%
- Intoxicación	3.6%
- Infeccioso	3.1%
- Vascular	3.1%
- Otros	3.4%

- Modificación de parámetros de VM	20.7%
- Recolocación de dispositivo	7.7%
- Colocación dispositivo	7.6%
- Inicio de cambios posturales	1.5%
- Inicio/modificación antibioticoterapia	1.4%
- Obtención de muestras microbiológicas	0.8%
<b>Total</b>	<b>39.7%</b>

	Rutinaria	No rutinaria	Total
Con cambio en actitud clínica	142 (36.3%)	67 (51.5%)	209 (40.1%)
Sin cambio en actitud clínica	249 (63.7%)	63 (48.5%)	312 (59.9%)
<b>Total</b>	<b>391 (100%)</b>	<b>130 (100%)</b>	<b>521 (100%)</b>

**Métodos:** Estudio retrospectivo (septiembre-octubre 2023) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Guadalajara. Se evaluaron 521 radiografías de tórax (RxTx) de 70 pacientes.

**Resultados:** Del total de RxTx realizadas 75,05% fueron rutinarias y 24,95% no rutinarias. De las rutinarias únicamente se obtuvieron nuevos hallazgos en el 20,9%, a diferencia de las no rutinarias en las que se obtuvieron nuevos hallazgos en el 81,6%. Del total de Rx tórax el 40,1% conllevaron a cambios en la actitud clínica, en relación a las rutinarias ocurrió en el 36,3% y en las no rutinarias en el 51,5%. Los cambios en la actitud clínica más comunes: modificación de la ventilación mecánica 20,7%, recolocación de dispositivo 7,7%, colocación de dispositivo 5,4%.

**Conclusiones:** La radiografía de tórax rutinaria tiene una rentabilidad limitada en comparación con la no rutinaria para obtener nuevos hallazgos (24,95 vs. 75,05%). La radiografía de tórax en UCI tiene baja utilidad en general (40,1% producen cambios en la actitud terapéutica, mayor en el grupo de las no rutinarias).

### 302. PUESTA A PUNTO: EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA ESCALA RASS

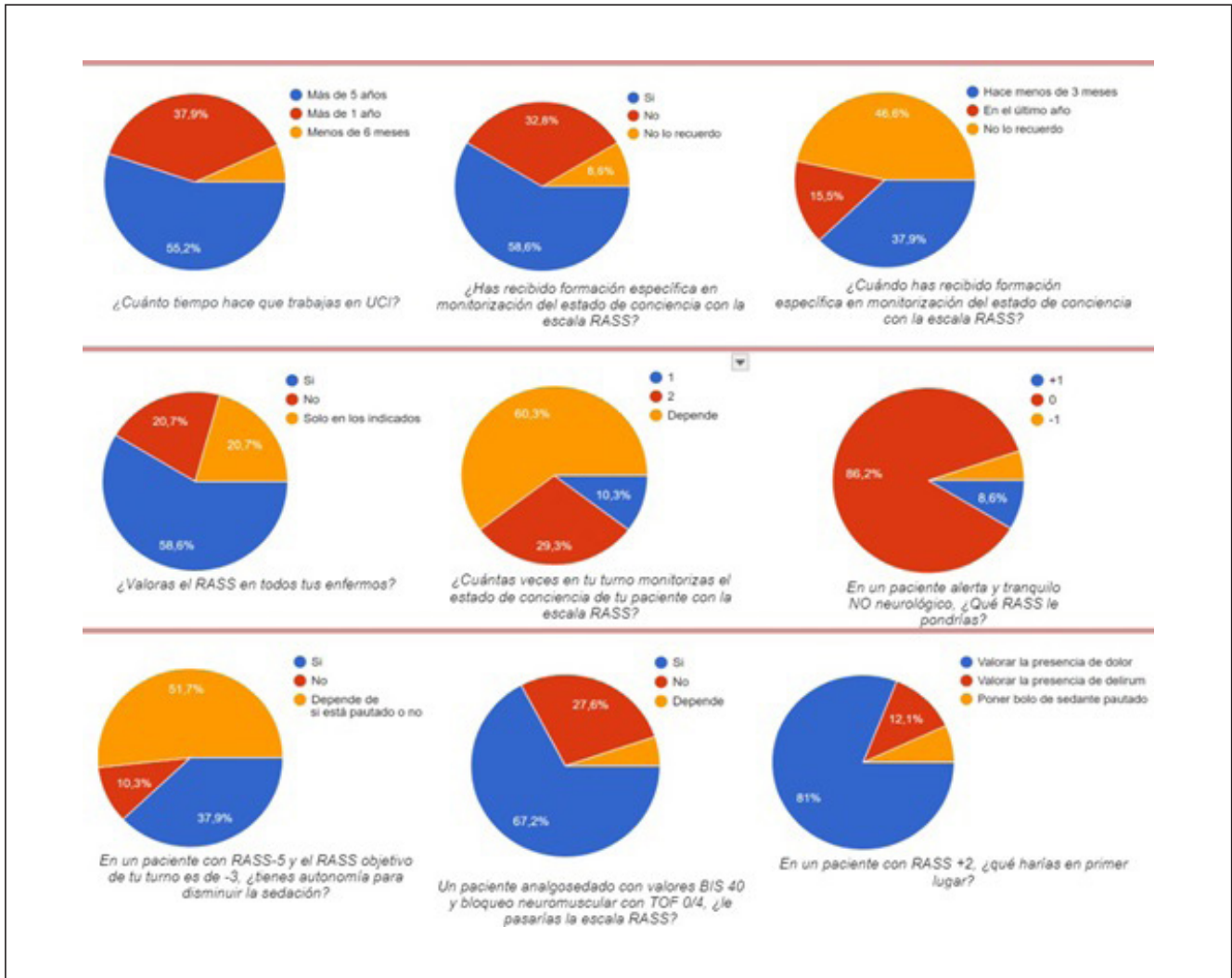
Zarza Márquez MDM, Ojados Muñoz Á, Nomdedeu Fernández M, Jiménez Medina D, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Redondo Martínez MJ y Serna Martínez M

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

**Objetivos:** Evaluar y comprender el nivel de conocimiento del personal de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en relación con la escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale). Buscamos identificar posibles brechas o áreas de mejora en la comprensión de esta herramienta de evaluación del nivel de sedación en el paciente crítico con el fin de implementar medidas educativas y optimizar su aplicación.

**Métodos:** En el Hospital General Universitario Santa Lucía, perteneciente al Nivel 2 y con un total de 667 camas, se realiza un estudio descriptivo, observacional y transversal cuya muestra la compone el personal de enfermería de UCI, la cual cuenta con 27 camas polivalentes distribuidas en 3 unidades y, desde 2018, mantiene la certificación de su Sistema de Gestión de Calidad acorde a los criterios de la Norma ISO 9001:2015. Diseñamos un formulario de 9 preguntas acerca de la escala RASS el cual nos aseguramos de que es válido para evaluar correctamente el conocimiento de la misma. A continuación lo distribuimos entre el personal y recopilamos las respuestas que son obtenidas de forma anónima. Estas respuestas se analizan para obtener medidas descriptivas que revelen el nivel general de conocimiento y así identificar áreas específicas donde el personal necesite mejorar su comprensión de la Escala RASS.

Figura Póster 302



**Resultados:** Resultados del formulario. Se obtienen un total de 58 respuestas.

**Conclusiones:** Una vez obtenidos los resultados (58 encuestas contestadas de 90 que se repartieron), observamos que hay aspectos sólidos en el conocimiento y la aplicación de la escala RASS (un 58,6% ha recibido formación específica y 58,6% valora el RASS en todos sus enfermos al menos 1 vez). Aun así, existen ciertas áreas a fortalecer como es la autonomía en la valoración y modificación de la administración de sedantes así como la correcta valoración del nivel de sedación en diferentes escenarios clínicos. Esto nos impulsa a llevar a cabo programas de formación e implementar nuevas prácticas con el fin de mejorar la gestión de la sedación. Continuaremos trabajando en ello, pues un diagnóstico correcto del nivel de sedación y tratamiento con sedantes especificado para variar dosis por enfermería con el objetivo de mantener al paciente con el menor nivel de sedación posible a la mínima dosis efectiva es una de las medidas principales para evitar la sobresedación.

### 303. ESCALAS PREDICTIVAS DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO COMPARATIVO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE QUEMADOS

Pérez Torres D, Colmenero Calleja C, Canas Pérez I, Cuenca Rubio C, Fernández Rodríguez L, Martín Luengo Al, Díaz Rodríguez C, Blanco Schweizer P, Ticona Espinoza TG y Berezo García JA

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad de clasificación de las principales escalas predictivas de mortalidad en el paciente crítico quemado.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en Unidad de Cuidados Intensivos de Quemados (UCIQ) de 5 camas, durante el periodo enero de 2017 a junio de 2023, de centro de referencia regional para pacientes quemados críticos. Se registraron variables clínicas, características de la quemadura y desenlaces. Se calcularon las principales escalas predictivas de mortalidad en pacientes quemados: APACHE-II, *Belgian Outcome in Burn Injury* (BOBI), *Abbreviated Burn Severity Index* (ABSI), ABSI modificado, Baux y Baux revisado. Resultados presentados como mediana ( $P_{25}$ - $P_{75}$ ) o frecuencia (%). Se aplicó  $\chi^2$ , U de Mann-Whitney y análisis ROC, según corresponda.

**Resultados:** En el periodo de estudio ingresaron 94 pacientes quemados, con las siguientes características: varones 67%, edad 60 (44-74) años, superficie corporal quemada (SCQ) 18% (10-30), lesión por inhalación 25%, necesidad de ventilación mecánica (VM) 68%, días de VM 10 (3,5-27,5), necesidad depuración extrarrenal 9,6%, necesidad cirugía urgente 16%, limitación tratamientos soporte vital 19%, estancia UCIQ 23 (6-54), mortalidad hospitalaria 19%. Valores observados supervivientes vs. no supervivientes: edad 57,5 (41,5-71) vs. 71 (67-86),  $p < 0,01$ ; SCQ 17,5 (9,5-16,5) vs. 29 (10-60),  $p = 0,06$ ; APACHE II 14,5 (10-21) vs. 21 (15-26),  $p < 0,01$ ; BOBI 4 (3-5) vs. 7 (5-8),  $p < 0,01$ ; ABSI 7 (6-8) vs. 9,5 (7-12),  $p < 0,01$ ; ABSI modificado 6 (4-7) vs. 8 (6-11),  $p < 0,01$ ; Baux 75 (58,5-94,5) vs. 107 (94-129),  $p < 0,01$ ; Baux revisado 78 (62-95) vs. 116 (97-136),  $p < 0,01$ . En la tabla se describe el análisis ROC de las escalas respecto a estado de no superviviente ( $p < 0,001$ ).

	Área bajo curva ROC	IC95%
SCQ	0,644	0,477-0,811
Edad	0,733	0,614-0,851
APACHE-II	0,731	0,610-0,853
BOBI	0,790	0,659-0,921
ABSI	0,779	0,655-0,903
ABSI modificado	0,775	0,641-0,908
Baux	0,819	0,711-0,927
Baux revisado	0,834	0,723-0,945

**Conclusiones:** Los valores de las escalas predictivas observados en supervivientes y no supervivientes fueron significativamente diferentes en todas ellas. Sin embargo, la que mostró mayor poder predictivo de mortalidad fue la escala Baux revisada, que combina edad, SCQ y presencia de lesión por inhalación.

**304. EVALUACIÓN DE LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN FORMA DE NO-INGRESO-EN-UCI**

Quirós Aguirre C, López de Tejada Galisteo Á, Martínez Matencio J, Sánchez Jiménez A, Palacios García I y Aldabó Pallás T

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

**Objetivos:** Tras la publicación del reciente estudio nacional ADENI-UCI en el que no participó nuestra unidad, consideramos adecuado evaluar las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en forma de no ingreso en UCI (LET-NO-UCI), siendo este nuestro objetivo principal.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Se recoge la información transmitida en el cambio de guardia de los casos valorados como LET-NO-UCI durante 6 meses (15 junio al 15 diciembre de 2023) y posterior seguimiento hasta el alta/*exitus*. Se valoran variables del paciente, de la consulta a Medicina Intensiva, de la decisión de no ingreso y las variables evolutivas. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Los resultados se presentan en forma de porcentaje para variables categóricas, y como media y desviación estándar para variables cuantitativas continuas.

**Resultados:** Durante este periodo fuimos consultados para valorar ingreso urgente en 580 casos. De estos, 533 (92%) ingresaron en UCI y 47 (8%) se consideraron LET- NO-UCI. En 19 de los 47 LET-NO-UCI no se pudo realizar el seguimiento, siendo 28 el total de pacientes recogidos para este estudio. La edad media fue de 72 años (DE 12). El 67,9% fueron varones. El APACHE II fue de 21 (DE 8) y el SOFA fue de 8 (DE 4). La tabla 1 muestra las variables situación clínica del paciente. La tabla 2 muestra las variables relacionadas con la consulta. Los motivos de la LET-NO-UCI fueron pobre calidad de vida estimada en el 42,9% y futilidad del tratamiento en el 57,1%. No hubo casos de negativa del paciente ni de no ingreso por constar en Registro de Voluntades Anticipadas. La decisión se recogió en la historia clínica del paciente en el 96,4% de los casos. Fallecieron 21 pacientes (75%). En un solo caso tuvo lugar un cambio en la decisión de no ingreso en UCI. Precizaron sedación 17 pacientes (60,7%) y analgesia 19 (67,9%). La estancia hospitalaria media fue de 13 días (DE 19).

**Conclusiones:** Es necesario mejorar nuestro registro y seguimiento de los pacientes limitados para su ingreso en UCI como control de calidad. Nuestros resultados son similares a los del estudio ADENI-UCI.

Variables	N	%
<b>Comorbilidades</b>		
EPOC	6	21,45
IC	11	39,3
Cirrosis	2	7,1
Inmunodepresión	2	7,1
Neoplasias	11	39,3
Diabetes	9	32,1
Enf. Neurodeg.	3	10,7
<b>Situación funcional previa</b>		
Karnofsky <50	12	42,9
<b>Tipo de ingreso en el hospital</b>		
Médico	23	82,1
Quirúrgico	5	17,9
Ingreso previo en UCI	2	7,1

Tabla 1

Variables	N	%
<b>Momento de la consulta</b>		
Mañana	7	25
Tarde	10	35,7
Noche	10	35,7
<b>Ubicación del paciente</b>		
OBS Críticos	6	21,4
OBS General	3	10,7
Medicina Interna	7	25
Cirugía General	4	14,3
Oncología	2	7,1
Hematología	1	3,6
Respiratorio	1	3,6
Enf. Infecciosas	2	7,1
Digestivo	2	7,1
<b>Motivo de consulta</b>		
Insf. Respiratoria	11	39,3
FMO	11	39,3
Shock cardiogénico	3	10,7
Hemorragia	2	7,1
Bajo nivel conciencia	1	3,6

Tabla 2

**305. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES SIN DAÑO NOTIFICADOS CON RIESGO MORTAL EN UCI**

Varona Sáez de Ibarra R

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

**Objetivos:** Analizar los incidentes sin daño (ISD) con riesgo potencial de muerte relacionados con la seguridad del paciente crítico notificados desde la implantación del sistema de notificación. Conocer los tipos de eventos notificados y las estrategias para su prevención.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional prospectivo. Datos registrados en UCI del Hospital Universitario de Burgos a través del SISNOT (sistema regional de registro y notificación voluntaria y anónima de ISD). El periodo del estudio corresponde entre 01/01/2010 y 07/12/2023. Las variables utilizadas fueron: el tipo de incidente (relacionado con la medicación, con equipos o dispositivos, cuidados del paciente, toma de oxígeno, prevención de riesgo, diagnóstico o seguimiento clínico y cirugía u otros procedimientos), los factores contribuyentes (falta de comunicación interprofesional, relacionados con el paciente, con el material o equipos empleados, falta de recursos humanos, formación y/o aprendizaje) y se analizaron las estrategias de mejora (mejorar la comunicación interprofesional y elaborar protocolos de actuación así como mejorar la formación y el aprendizaje).

**Resultados:** Del total de incidentes sin daño notificados (N: 737) el 3,6% fueron sin daño, el 34,8% leves, el 43% moderados, el 16% graves; correspondiendo un 2,4% de los casos a riesgos potenciales de muerte (18/737). El tipo de incidente más frecuente fue el relacionado con equipos y dispositivos correspondiendo a un 38,9% de los casos. El factor contribuyente mayoritario es la falta de recursos humanos (falta de personal para atender a los múltiples cuidados y demandas del paciente crítico) y la principal estrategia de mejora es la elaboración de protocolos y mejorar la formación del personal sanitario. El año donde se notificaron más incidentes fue el 2022 con un 22,2% de la muestra, destacando que en los años de la pandemia COVID (2020-2021) se notificaron menos casos (16,6%).

**Conclusiones:** Los ISD mayoritarios con riesgo potencial de muerte son los relacionados con equipos/dispositivos. El factor contribuyente principal fue la falta de recursos humanos de personal sanitario. La estrategia de mejora más demandada fue la elaboración de protocolos para homogeneizar los cuidados. A través de campañas de concienciación de notificación SISNOT se observa un aumento de número de incidentes que nos ayudan a buscar propuestas de mejora y aumentar así la calidad en la atención del paciente crítico. Destacar que en los años de la pandemia COVID, con mayor carga asistencial, se notificaron menos efectos adversos, mostrando dudas en la interpretación.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### TRAUMATISMOS II

08:30-10:00 - Sala 133

Moderadores: María Ángeles Ballesteros Sanz/  
Gabriel Jiménez Jiménez

#### 306. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN DE VARIABLES EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE, CON EL RESULTADO DE EXITUS LETALIS

Molina Díaz I<sup>1</sup>, Garzón Pérez R<sup>2</sup>, Domínguez González A<sup>1</sup>,  
Miranda Montero SI<sup>1</sup>, Simón Paniello A<sup>1</sup>, Rivero Darías A<sup>1</sup>,  
Secaduras Arbelo TM<sup>1</sup>, Viera Rosales S<sup>1</sup>, Zamora Bazo Á<sup>1</sup> y Conde Denis PL<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Analizar la relación entre distintas variables con la evolución hospitalaria y el resultado de *exitus letalis*, de pacientes ingresados con el diagnóstico de politraumatismo grave.

**Métodos:** Realizamos estudio retrospectivo observacional de pacientes registrados en el Registro Nacional de pacientes politraumatizados, RETRAUCI (SEMICYUC). Analizamos mediante test de chi-cuadrado para variables categóricas y prueba de U de Mann-Whitney para variables no paramétricas, cuantitativas. Análisis realizado con IBM® SPSS® Statistics (versión 24).

**Resultados:** Analizamos 983 pacientes, incluidos en el registro RETRAUCI por el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Santa Cruz de Tenerife). Estudiamos la posible relación de las variables: procedencia del paciente, sexo, intencionalidad del trauma, edad, frecuencia cardíaca (FC), GCS (Glasgow Coma Scale), tensión arterial sistólica en la atención inicial (TAs), RTS (Revised Trauma Score) e ISS (Injury Severity Score). Tras análisis inferencial estadístico objetivamos que existe relación (U de Mann-Whitney) entre las variables TAs, RTS e ISS, con la variable evolución hospitalaria y resultado de *exitus letalis*. Sin existir relación con el resto de las variables analizadas.

Estadísticos				
		RTS	ISS	Tensión Arterial sistólica
N	Válido	983	983	977
	Perdidos	0	0	6
Media		11,35	16,07	124,68
Desviación estándar		1,385	10,128	21,260

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>		Tensión Arterial sistólica
U de Mann-Whitney		23238,500
W de Wilcoxon		25068,500
Z		-2,026
Sig. asintótica (bilateral)		,043
a. Variable de agrupación: Evolución hospitalaria		

Cuadro 2. Test estadístico Tensión arterial sistólica.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>		RTS
U de Mann-Whitney		24638,500
W de Wilcoxon		26529,500
Z		-2,173
Sig. asintótica (bilateral)		,030
a. Variable de agrupación: Evolución hospitalaria		

Cuadro 3. Test estadístico RTS.

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>		ISS
U de Mann-Whitney		19033,000
W de Wilcoxon		444536,000
Z		-4,244
Sig. asintótica (bilateral)		,000
a. Variable de agrupación: Evolución hospitalaria		

Cuadro 4. Test estadístico ISS.

**Conclusiones:** Objetivamos que existe relación entre las variables TAs, RTS e ISS con la variable de agrupación Evolución hospitalaria con el resultado *exitus letalis*. Destacar la relación de la variable TAs, ya que las otras dos variables relacionadas están suficientemente contrastadas su utilidad como factor pronóstico, fortaleciendo la conclusión de este estudio.

#### 307. EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA GRAVE INGRESADO EN UNA UCI DE HOSPITAL DE NIVEL I EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS

Rincón Ferrari MD, Bellido Alba R, Vázquez Vicente A, Fernández Caro M, Villarrasa Clemente F, Jiménez González PI y Amaya Villar R

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

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes ingresados en nuestra UCI con el diagnóstico de traumatismo grave y conocer posibles cambios epidemiológicos en el tiempo.

**Métodos:** Se incluyen todos los pacientes ingresados en nuestra UCI neurotraumatológica desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de noviembre del 2023 que cumplen estos 2 criterios: Paciente traumatizado grave por energía mecánica que presenta lesiones únicas o múltiples que pueden comprometer su vida o provocar graves secuelas: Puntuación de Trauma score revisado de 11 puntos o menos. Alcanzan o superan los 16 puntos en la Escala de Gravedad Lesional Injury Severity Score (ISS  $\geq$  16 puntos). Se recogen las siguientes variables: Edad, sexo, tipo de traumatismo (abierto o cerrado), mecanismo lesional, escalas de gravedad relacionadas con el trauma (TSR, GCS e ISS). Se incluye también los días de estancia y la mortalidad en UCI y hospitalaria.

**Resultados:** Pacientes incluidos: 218, 98 en el año 2022 y 120 en el año 2023. Edad media (2022, 2023): 46,5 años y 51 años. 80,6% hombres (similar en los 2 años). Traumatismo cerrado (2022, 2023): 92,8% y 96%. Mecanismo lesional (2022 y 2023): Tráfico: 51% (igual en los 2 años) (distribución: moto: 40% y 53,3%, coche: 32% y 10%, atropello: 20% y 16,6, bicicletas: 8% y 14%. Caídas: 34,7% y 23%. Laboral 4% y 9%. Agresión: 12% y 6,7%. Autolisis: 4% y 6,7%. Escalas de gravedad (2022 y 2023) (expresado en medias): GCS medio: 9,9 y 11. TSR: 9,9 y 10,5. ISS: 25,6 y 26. Estancia UCI: 14 días y 16 días. Estancia hospital: 34 días y 50 días. Mortalidad UCI: 6%. Áreas lesionadas. trauma grave craneoencefálico: 75 vs. 66% (AIS  $\geq$  4: 75 vs. 69%). Trauma grave de cara: 33 vs. 28%. Trauma

grave de cuello: 5 vs. 13,5%. Trauma grave raquimedular: 28 vs. 28%. Trauma grave torácico: 55 vs. 51% (AIS  $\geq$  3: 85 vs. 73%). Trauma grave abdomino-pélvico: 27 vs. 32% (AIS  $\geq$  3: 70 vs. 52%). Trauma grave de extremidad superior: 30 vs. 32%. Trauma grave de extremidad inferior: 31 vs. 35% (AIS  $\geq$  3: 53 vs. 76%).

**Conclusiones:** En nuestra UCI ingresan traumatismos de gravedad severa, según las escalas aplicadas, siendo la mayoría varones con aumento progresivo de la edad y con traumatismo cerrado. El accidente de tráfico sigue siendo el mecanismo lesional predominante, pero con una tendencia al aumento de accidentes de motos y bicicletas frente a los coches. Existe un aumento preocupante de los accidentes laborales y los intentos de autolisis. El TCE grave y el trauma torácico grave son los más frecuentes en nuestra Unidad, observando un aumento en la gravedad de los traumas de extremidades inferiores y en el trauma de cuello.

### 308. CONTROL DE CALIDAD ASISTENCIAL EN FASE INICIAL DE REANIMACIÓN DEL TRAUMA GRAVE

Rincón Ferrari MD, Fernández Caro M, García Delgado H, Villalobos Herrera T, Cuenca Apolo D, Bellido Alba R y Amaya Villar R

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

**Objetivos:** Conocer la calidad prestada a los pacientes traumatizados graves en la fase inicial de la reanimación, tanto a nivel prehospitalario como a nivel hospitalario.

**Métodos:** Se incluyen todos los pacientes ingresados en nuestra UCI neurotraumatológica desde 1 de enero del 2022 hasta 30 de noviembre del 2023 que cumplen estos 2 criterios: Paciente traumatizado grave por energía mecánica que presenta lesiones únicas o múltiples que pueden comprometer su vida o provocar graves secuelas: puntuación de Trauma score revisado de 11 puntos o menos. Alcanzan o superan los 16 puntos en la Escala de Gravedad Lesional Injury Severity Score (ISS  $\geq$  16 puntos). Se recogen variables relacionadas con estándares de calidad asistencial relacionadas con el trauma grave, tanto a nivel de asistencia prehospitalaria como hospitalaria, recogidas en un formulario de la historia digital del paciente, elaborada por la Consejería de Salud de Andalucía, denominado hoja de severidad del trauma grave.

**Resultados:** Pacientes incluidos: 218. Control de calidad de Asistencia prehospitalaria: Intubación en TCE grave: 100%. Aplicación medidas control hemorragias externas graves en extremidades: 8 (100%). Activación de código trauma: 50%. Correcta inmovilización cervical en sospecha de lesión cervical raquídea: 71%. Uso ácido tranexámico en shock hemorrágico o riesgo de hemorragia significativa, en las primeras 3 h: 27% no se administró. Uso cinturón pélvico, en caso de sospecha fractura inestable pelvis + sangrado activo: 21,7% no se puso. Administración antibióticos en primera hora en fracturas abiertas: 19% no se administró. Control de calidad de asistencia hospitalaria: TAC craneo en tiempos adecuados en sospecha de TCE: 100%. Fijación quirúrgica precoz (primeras 24 h) en fracturas abiertas: 100%. Tratamiento quirúrgico precoz (primeras 24 h) de fracturas diafisarias de fémur: 100%. Administración de tratamiento precoz con complejo protrombínico + vitamina K, en caso de anticoagulación con dicumarínicos y hemorragia traumática: 100%. Activación protocolo transfusión masiva: 23% no se activó. Monitorización de PIC en TCE grave con TAC patológico: 16,6% no se monitorizaron. Estabilización mecánica emergente en fractura de pelvis inestable e inestabilidad hemodinámica: 7,7% no se estabilizó. Adecuada realización de TAC cervical en pacientes con TCE: 6,7% no se hizo.

**Conclusiones:** La cumplimentación de la hoja de "Gravedad del trauma grave" en la historia digital del paciente nos está permitiendo conocer nuestros resultados y nuestras debilidades, con objeto de mejorar la calidad prestada al trauma grave.

### 309. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR CERVICAL DE LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Banderas Bravo ME, Adell García P, Macías Guarasa I, Moreno Quintana JD, Delgado Amaya MJ y Sellar Pérez G

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

**Objetivos:** Analizar los resultados en UCI de los pacientes ingresados en el HRUM tras un traumatismo raquimedular cervical grave.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI del HRUM, afectados por traumatismo raquimedular cervical grave y que condiciona tetraplejía, entre junio de 2018 a octubre de 2022.

**Resultados:** El número total de pacientes es de 21, de un total de 615 pacientes registrados por traumatismo. Supone el 3,41% de todos los traumatismos. 19 varones (90,5%) y 2 mujeres (9,5%). La edad media fue de 46,95 años ( $\pm$  22,23). El mecanismo lesional fue: caída accidental el 42,9% de los casos (9), precipitación el 23,8% (5), accidente de moto con casco el 14,3% (3), accidente de coche o camión el 9,5% (2), accidente de bicicleta el 4,8% (1) y traumatismo contra objeto contundente otro 4,8% (1). Existió atención prehospitalaria en el 71,5% de los casos (15) y el 23,5% no la presentaron (5). Ninguno presentó PCR o necesidad de IOT durante la primera atención. CGS de recogida medio 13,81  $\pm$  3,79. Durante su evolución en UCI necesitaron DVA el 71,5% (15), VM el 100% con una media de 15,86 días  $\pm$  11,59 y traqueostomía el 61,9% (13) a los 8,15 días de media ( $\pm$  6,96). Solo requirieron cirugía de columna urgente el 14,3% (3), con cirugía diferida en el resto. El 71,4% (15) presentó infección nosocomial, de las cuales 14 fue NAVM. La mortalidad total fue de 9,5% (2), fallecidos en UCI. Al alta de UCI el CGS fue de 14,15  $\pm$  2,77, solo un caso presentó CGS < 8. El 52,4% (11) se fue con cánula de portex/shilley, 28,7% (6) sin vía aérea artificial, 9,5% (2) con cánula de plata y 4,8% (1) con TOT. El 47,6% (10) se fueron con NE y el 42,9% (9) con dieta oral. El destino del alta fue el Hospital Nacional de Tetrapléjicos de Toledo en un 38,1% (8), a rehabilitación el 14,3% (3) y a planta de neurocirugía el 38,1% (8). Sabadell score al alta de 0 el 57,1% (12), 1 el 33,3% (7) y 2 el 4,8% (1). La mediana de estancia en UCI fue de 19 días (2-50). Solo requirió reingreso en UCI 1 caso. La mediana estancia hospitalaria fue de 26 días (2-90 días).

**Conclusiones:** El paciente con traumatismo raquimedular grave es un paciente complejo que requiere una alta carga de cuidados, con una estancia en UCI y hospitalaria prolongada. La mortalidad no es especialmente elevada. Las principales complicaciones que presentan son la parálisis diafragmática con necesidad de VMI y las infecciones nosocomiales. El tiempo de espera para el traslado a unidades especializadas de parapléjicos tampoco es elevado. No poseemos datos de morbilidad tras el alta hospitalaria, sería adecuado realizar estudios sobre este tema.

### 310. INDICADORES PREHOSPITALARIOS DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

García Gómez IG, Mateo Romana A, Gordillo Resina MM y Moratalla Cecilia G

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

**Objetivos:** Análisis del manejo prehospitalario del paciente politraumatizado grave ingresado en nuestra Unidad.

**Métodos:** Estudio de los diferentes indicadores prehospitalarios recogidos en bases de datos generadas a partir de la hoja de gravedad del trauma grave que venimos cumplimentando en los últimos años. En este documento analizamos los primeros 9 meses de 2023. Dichos indicadores son demográficos, mecanismo lesional, situación clínica ante primer contacto sanitario y consecuente TSR, empleo de sistemas de inmovilización y fijación, aislamiento vía aérea, signos de hemorragia externa, empleo de ácido tranexámico y antibioterapia, activación de código trauma. Con todo ello hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos.

**Resultados:** De enero a septiembre de 2023 registramos un total de 50 hojas de severidad del trauma grave (n: 50). La demografía de nuestra muestra es 66% varones frente a 34% mujeres, el 66% de ellos con edades comprendidas entre los 15 y 54 años. El 90% presentaba TSR 12 puntos, solo un 10% (n:5) presentaba TSR inferior. El 90% (n:45) habían sufrido un traumatismo cerrado y 5 de los pacientes (10%) abierto. En cuanto al mecanismo lesional, distinguimos entre: tráfico 54% (n: 27), arma blanca 8% (n: 4), precipitación 14% (n: 7), caída accidental 14% (n: 7), aplastamiento 2% (n: 1) y otros 8% (n: 4). De todos ellos, solo existía intencionalidad en un 13% del total que coincide con los heridos por arma blanca y algunos de los pacientes precipitados (finalidad autolítica). En el 58% (n: 29) de nuestros pacientes se realizó inmovilización cervical con collarín y cinturón pélvico en un 6% (n: 3). Uno de los pacientes (2%) precisó IOT. Cinco de los pacien-

tes (10%) presentaban signos de hemorragia externa, en todos estos se empleó ácido tranexámico. El 10% (n: 5) recibió antibioterapia en las primeras horas. Solo consta la activación de código trauma en 9 de los casos (18%), si bien acorde a TSR solo se debía activar en 5 de ellos.

**Conclusiones:** La cumplimentación de la hoja de severidad del trauma grave, si bien aún precisa de perfeccionamiento logístico, aporta amplia información acerca del manejo del paciente politraumatizado grave. Continúa siendo el mecanismo lesional principal el accidente de tráfico, no obstante, en nuestra muestra y, por ende, servicio, los politraumatizados secundarios a autólisis suponen un grupo no despreciable. Los porcentajes de las diferentes medidas llevadas a cabo en nuestros pacientes en cuanto a IOT, fijación e inmovilización, empleo de ácido tranexámico y antibioterapia coinciden con la gravedad de los pacientes de la muestra (90% TSR 12 puntos).

### 311. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS DEL REGISTRO DE TRAUMA SCORE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Prados Ación L, Baena Angulo AM y Aguilar Alonso E

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

**Objetivos:** Análisis descriptivo de politraumatismos atendidos. Se recogen las principales escalas en atención al paciente politraumatizado (TRS, TRISS, ISS, AIS), mecanismo, intencionalidad y desenlace del paciente.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de once meses de duración. Se incluyeron los pacientes traumatizados graves atendidos en Cuidados Intensivos en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 83 pacientes; sienten traumatismos graves 6,64% con respecto al total de ingresos. 68 hombres y 15 mujeres, con una media de edad de 46 años. 80 de tipo cerrado frente a penetrante (3). La mayoría fueron de forma no intencionada (63%), dentro de ellos accidente de tráfico (38) y el resto, caídas (14) o accidentes deportivos (4). En cuanto a los intencionados se han registrado cinco casos de agresión y cinco de intento autolítico. El principal mecanismo de producción es el accidente de tráfico, algo más frecuente en moto con 18 casos frente a coche con 13 casos, 11 precipitaciones, caídas accidentales 9, atropellos 5. Un 25% tienen TRS < 12, cumpliendo un promedio de TRS pronóstico 7,16. En cuanto a la atención hospitalaria, en el registro de nuestra unidad, usamos la escala ISS, cumpliendo una media de 19,2, considerando trauma grave ISS > 16 (34,14% de los pacientes) ISS ≥ 26 un total 19 pacientes, lo que supone un 22,89% de pacientes politraumatizados con mínima probabilidad de supervivencia. Atendiendo a las regiones (escala MAIS) más gravemente afectadas con puntuación > 3 son cabeza (30) y tórax (42). En cuanto a la supervivencia, el 86% de los traumatizados fueron dados de alta a planta se produjeron dos altas voluntarias, dos traslados a otro hospital y 6 *exitus* (mortalidad 7,22%).

**Conclusiones:** Proporcionamos una visión del perfil epidemiológico de los politraumatizados atendidos. Los hallazgos indican que estamos dentro del rango en cuanto al promedio de TRS e ISS pronóstico, mecanismo y mortalidad. En cuanto a mortalidad (7,22%), cumplimos objetivos en comparativa andaluza (12,4%). En cuanto a los *exitus*, estos ponen de manifiesto causas evitables que debemos mejorar, como una recogida más amplia y seguimiento de los pacientes en los que se plantea LET o se produce *exitus* en planta. Además, hemos observado una proporción significativa de lesiones inadvertidas, resaltando la necesidad de mejora en evaluación clínica y diagnóstico por imágenes, implementación de revisiones terciarias y la educación continua del personal médico.

### 312. VALORACIÓN DE LA MORTALIDAD TRAUMÁTICA PRECOZ MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA POST MORTEM

Montalbán Sánchez A, Orejón García L, Valiente Fernández M, Ibáñez Sanz L, Delgado Moya FDP, Mudarra Reche C, Barea Mendoza JA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Determinar las causas de mortalidad precoz por trauma mediante tomografía computarizada *post mortem* (TCP), y analizar la mortalidad evitable y colocación de dispositivos médicos utilizados.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional prospectivo desde abril de 2022 hasta noviembre de 2023. Se incluyeron pacientes que fallecen durante la atención inicial y se realizó TCP de cuerpo completo sin administración de contraste intravenoso y sin retirada de dispositivos médicos. Se excluyeron aquellos pacientes con retraso en la realización de TCP más de 4 horas desde el *exitus*, procedimientos quirúrgicos donde se evidencia la causa de muerte o negativa de familiar para participar en el estudio. Se estableció la causa de muerte en sesión tras revisión de las imágenes e historia clínica. Se determinó como mortalidad evitable a aquellos casos con Injury Severity Score (ISS) < 20 y/o Trauma Related Injury Severity Score (TRISS) > 50%.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes (13 hombres y 1 mujer). La media de edad fue de 37,36 años (DE 16,87). El 28% de los casos fueron por precipitaciones y otro 28% accidentes de coche, seguido del atropello (14,3%), accidente de moto (14,3%) y arma de fuego (14,3%). La media del RTS fue de 3,36 (DE 4,11), ISS de 43,14 (DE 16,63), con un TRISS de media de 38,14% (DE 34,86). La causa de la muerte se determinó en el 92,8% de los casos siendo la causa más frecuente el *shock* hemorrágico (50%), seguido del trauma torácico (21,4%), TCE (14,2%). En un caso no se determinó la causa de la muerte y otro estuvo directamente relacionado con una parada respiratoria secundaria a intubación esofágica. La incorrecta colocación de dispositivos pudo interferir en el desenlace final de muerte en el 40% de los casos. Se consideró que la mortalidad fue evitable en el 28,57%.

**Conclusiones:** La TCP puede determinar la causa de muerte en un alto porcentaje de casos. La causa de muerte más frecuente es el *shock* hemorrágico. Se observa un elevado porcentaje de mortalidad evitable, así como incorrecta colocación de dispositivos médicos durante la atención inicial del paciente traumático grave.

### 313. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PURO O ASOCIADO, ¿TIENEN LA MISMA EVOLUCIÓN?

Navarro Palma ME, Ruiz Porras M y Ramos Cuadra JÁ

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

**Objetivos:** Analizar las diferencias existentes en los pacientes ingresados en UCI con traumatismo craneoencefálico puro (TCEp) o asociado a otro traumatismo (TCEa).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados durante más de 24 horas con TCEp y TCEa en una UCI de referencia de pacientes neurotraumatológicos. El periodo de estudio fue desde 2006 a 2023. Las variables categóricas se expresan como porcentajes y se comparan mediante chi-cuadrado, *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC95%). Las cuantitativas, tras comprobar que no siguen una distribución normal, se expresan mediante medianas y cuartiles y se analizan mediante test U de Mann-Whitney. El estudio se realizó con el Registro ENVIN.

**Resultados:** Durante el periodo fueron recogidos 997 pacientes con TCE ingresados en UCI. 590 (59,2%) fueron TCEp y 407 (40,8%) TCEa. No hubo diferencias en el sexo (mujer: TCEp 23,8 vs. TCEa 21,6%;  $p = 0,522$ ), ni en el tratamiento antibiótico (TCEp 13,2 vs. TCEa 14,5%;  $p = 0,565$ ). Los pacientes con TCEa precisaron más antibióticos incluyendo los de uso profiláctico (71,7 vs. 56,9%;  $p < 0,001$ ; OR = 1,91 (1,46-2,51)), más necesidad de cirugía urgente (36,6 vs. 30%;  $p = 0,029$ ; OR = 0,74 (0,56-0,97)), más necesidad de ventilación mecánica (66,1 vs. 59,5%;  $p = 0,035$ ; OR = 1,32 (1,20-1,72), tuvieron más infecciones nosocomiales (19,9 vs. 10,7%;  $p < 0,001$ ; OR = 2,07 (1,45-2,97)) y más neumonía asociada a ventilación mecánica (15,5 vs. 6,9%;  $p < 0,001$ ; OR = 2,45 (1,61-3,71)). Los pacientes con TCEp tuvieron mayor tendencia a ser diabéticos (15,7 vs. 10,3%;  $p = 0,051$ ; OR = 1,63 (0,99-2,67)); y los pacientes con TCEa a presentar bacteriemia asociada a catéter (3,4 vs. 1,7%;  $p = 0,077$ ; OR = 2,06 (0,90-4,69)) y global (52,6 vs. 47,4%;  $p = 0,062$ ; OR = 1,65 (0,97-2,83)). No presentaron diferencias en infecciones del tracto urinario ni en bacteriemia de foco desconocido. La mortalidad fue similar en ambos grupos (TCEp 13,1 vs. TCEa 11,1%;  $p = 0,335$ ).

**Conclusiones:** El traumatismo craneoencefálico, puro o asociado, es una patología frecuente en nuestra unidad y asocia un importante consumo de recursos. Entre ambos grupos hay diferencias significativas en el manejo, cirugía urgente, uso de antibióticos, ventilación mecánica, y en la incidencia de infecciones nosocomiales y neumonía asociada a ventilación mecánica.



### 314. EPIDEMIOLOGÍA BÁSICA DE LOS PACIENTES CON TRAUMATISMO GRAVE INGRESADOS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE ANDALUCÍA

Guerrero López F<sup>1</sup>, Bellido Alba R<sup>2</sup>, Méndez-Benegassi Cid C<sup>3</sup>, Aguilar Alonso E<sup>4</sup>, Freire Aragón MD<sup>5</sup>, Macías Guarasa I<sup>6</sup> e Iglesias Santiago A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Neurotraumatología y Rehabilitación del H. U. Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de las Nieves), Granada. <sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación Y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería. <sup>4</sup>Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz. <sup>6</sup>Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga.

**Objetivos:** Conocer la epidemiología de los pacientes que ingresan en los Servicios de Medicina Intensiva de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) por una patología traumática grave a través de la información recogida en la hoja de gravedad del trauma grave (HSTG) y sistemas de información del Servicio Andaluz de Salud desde la activación de la asistencia prehospitalaria hasta el alta del hospital.

**Métodos:** La HSTG disponible en la historia clínica del ciudadano de los hospitales del SSPA se cumplimenta por el médico intensivista con la información clínica del proceso recogida prospectivamente. Variables: edad, sexo, tipo de traumatismo, intencionalidad y mecanismo del mismo, trauma score revisado (desglosado) de triaje y pronóstico, lesiones anatómicas por regiones AIS, MAIS e ISS, estancias y mortalidad en UCI y hospital. Estadística descriptiva básica con frecuencias absolutas y relativas de las variables categóricas, medias y desviación típica o mediana y rango intercuartílico de las variables cuantitativas según su distribución.

**Resultados:** Desde el 1 de enero de 2022 a 30 de septiembre de 2023 se han recogido 1.466 registros de HSTG, de 24 hospitales de las 8 provincias andaluzas. 1.175 (80,2%) varones, 1.367 (93,2%) trauma cerrado y 99 (6,8%) penetrante; no intencionales en el 89,5% e intencionales en 10,5% [por agresiones (5,8%) e intentos autolíticos (4,7%)]. La etiología mayoritaria fue por siniestros de tráfico (45,3%) y caídas (25,7%). Entre los siniestros de tráfico los más frecuentes son de motocicleta (20,3%), seguidos de coche (14,5%) y atropellos (6,3%); caídas accidentales (20,4%), y precipitaciones desde altura (11,3%) son causas frecuentes del trauma cerrado, en tanto que el penetrante e intencional fue por arma blanca en 48 casos (3,3%) y por arma de fuego en 17 (1,2%). Edad de 48,14 ± 18,4 años, TSR-t 12 (10-12), MAIS 4 (3-4), ISS 21,8 ± 12,5 [20 (13, 27)]. Estancia en UCI 4 (2-12) días y hospitalaria 13 (6-28) días. Probabilidad de supervivencia por TRISS 0,84. Mortalidad hospitalaria 174 casos (11,9%).

**Conclusiones:** La información conjunta obtenida da una visión global de la patología traumática grave en la comunidad autónoma y un marco de referencia para las comparaciones individualizadas a nivel local que permite implantar las medidas de mejora oportunas. La epidemiología del trauma grave en Andalucía es similar a la recogida en otros registros de trauma a nivel nacional. La mortalidad hospitalaria es inferior a la predicha por TRISS.

### 315. PREDICTORES DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Ruiz Porras M, Navarro Palma ME y Ramos Cuadra JÁ

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

**Objetivos:** Análisis de la infección nosocomial en los pacientes ingresados en UCI con traumatismo craneoencefálico (TCE).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados con TCE durante más de 24 horas en una UCI referente provincial de neurocríticos entre 2006 y 2023. Las variables categóricas se expresaron como % y se compararon mediante chi-cuadrado, *odds ratio* (OR) e intervalos de confianza (IC95%). Las cuantitativas, tras comprobar que no seguían una distribución normal, se expresaron mediante mediana, cuartiles y se compararon con test de Mann-Whitney. Las variables predictivas independientes de infección nosocomial (IN) se estimaron con regresión logística binaria. El estudio se realizó con el Registro ENVIN.

**Resultados:** En el periodo estudiado se recogieron 997 pacientes con TCE: un grupo de 853 (85,6%) sin IN (SIN) y otro de 144 (14,4%) con IN (CIN). En el grupo CIN se recogieron 201 episodios de IN: el 71,5% presentó un único episodio, el 19,4% dos y el 9% tres o más. El 72,2% de los pacientes presentaron neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), el 12,5% infección del tracto urinario (ITU), el 16,7% bacteriemia por catéter, el 11,1% bacteriemia sin foco y el 15,3% otras bacteriemias. Entre ambos grupos no hubo diferencias en sexo (mujeres: CIN 14,4 vs. SIN 23,6%;

$p = 0,16$ ). Los CIN tuvieron menor edad (CIN 46 (31-62) vs. SIN 50 (34-67);  $p = 0,04$ ), mayor TCE asociado a otros traumas (CIN 56,3 vs. SIN 38,2%;  $p < 0,001$ ; OR 2,07 (1,45-2,97)), mayor gravedad (APACHE-24h CIN 17 (14-21) vs. SIN 11 (7-17) puntos;  $p < 0,01$ ) y Glasgow CIN 6 (3-8) vs. SIN 11 (6-14) puntos;  $p < 0,001$ ), mayor cirugía previa (CIN 4,2% vs. SIN 1,3%;  $p = 0,014$ ; OR 3,32 (1,21-9,14)) y urgente (CIN 53,3 vs. SIN 28,4%;  $p < 0,001$ ; OR 3,53 (2,45-5,07)), mayor uso de antibióticos (CIN 97,9% vs. SIN 57,1%;  $p < 0,001$ ; OR 35,32 (11,16-111,73)), ventilación mecánica (CIN 97,2 vs. SIN 56,3%;  $p < 0,001$ ; OR 27,19 (9,97-74,15)) y duración de esta (CIN 13 (8-18) vs. SIN 3 (1-8) días;  $p < 0,001$ ) y mayor estancia en UCI (CIN 17 (13-26) vs. SIN 3 (2-6) días;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias en mortalidad (CIN 11,9 vs. SIN 12,3%;  $p = 0,83$ ). A parte de la estancia, las variables que se asociaron de forma independiente a IN fueron APACHE-24h (OR 1,06 (1-02-1,10)), edad (OR 0,98 (0,97-0,99)) y VM (OR 11,33 (3,97-32,30)).

**Conclusiones:** El traumatismo craneoencefálico y las infecciones nosocomiales son patologías frecuentes en nuestra unidad, requiriendo un importante consumo de recursos. Los pacientes más jóvenes, con mayor gravedad y mayor estancia en UCI presentan más infecciones nosocomiales, que se pueden predecir con un escaso número de variables recogidas al ingreso.

### 316. OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INICIAL AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO Y FACTORES DE RIESGO PRONÓSTICOS: ANÁLISIS DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Barakat Fernández S, Álvarez Torres M, Corbato García Á, Benítez Garzón LE, Vidal Luján LA, Pérez Bastida L, Manuel Merino FJ, González Salamanca Á y Andaluz Ojeda D

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

**Objetivos:** Analizar el grado de cumplimiento de indicadores clínicos (IC) relacionados con la correcta atención inicial al paciente politraumatizado en un hospital secundario entre enero de 2021 y diciembre de 2023.

**Métodos:** Estudio retrospectivo en pacientes ingresados con diagnóstico de politraumatismo, evaluando variables demográficas, clínicas, procedimientos realizados, escalas de gravedad y desentace. Las variables cualitativas se analizaron mediante frecuencias, mientras que las cuantitativas mediante medianas. Se analizó la exactitud diagnóstica de las diferentes variables recogidas para predecir mortalidad mediante análisis de la curva ROC y se realizó un análisis de regresión logística multivariante (SPSS 21.0).

**Resultados:** De los 65 pacientes el 67,7% eran varones con mediana de edad de 58 años y estancia de 8 días. El mecanismo de lesión fue el trauma cerrado, salvo un caso, con un 38,5% de politraumatismos graves (PTG). EL 18,5% de ellos requirió traslado a centro de referencia. La mediana de ISS (*injury severity score*) y de TRISS (*trauma and injury severity score*) fue 21 y 95,5 respectivamente. La mortalidad global fue del 12,3% y del 32% en PTG. Se objetivó un elevado cumplimiento de los IC estudiados a excepción del uso del cinturón pélvico, la cirugía de control de daños (CCD), cirugía temprana en fracturas diáfisis femoral y el uso precoz del ácido tranexámico. Las escalas ISS y TRISS mostraron la mejor AUROC para predecir mortalidad: 0,94 IC95% (0,9-0,99) y 0,88 IC95% (0,74-0,99), respectivamente ( $p < 0,001$ ). En el análisis multivariante la escala TRISS se objetivó como única variable independiente asociada con mortalidad con una OR 1,1 IC95% (1-1,23),  $p < 0,01$ .

**Conclusiones:** Identificamos áreas de mejora en el manejo del cinturón pélvico, cirugía de control de daños, tratamiento temprano de fracturas femorales y uso precoz del ácido tranexámico; estas medidas son esenciales para elevar la calidad de la atención a nuestros pacientes. Las escalas ISS y TRISS son altamente precisas para predecir la mortalidad en PTG, por lo que deberían usarse sistemáticamente en su manejo inicial.

### 317. COHORTE DE LESIONADOS MEDULARES AGUDOS TRAUMÁTICOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

Selva Armadans I<sup>1</sup>, Jiménez Alfonso AF<sup>2</sup>, Baena Caparrós J<sup>2</sup>, Vallés Angulo S<sup>2</sup>, Acuña Vargas M<sup>2</sup>, Palmada Ibars C<sup>2</sup>, Rey Pérez A<sup>2</sup>, Marquina Escos S<sup>2</sup>, Mazo Torre CA<sup>2</sup> y Bagueña Martínez M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** La lesión medular traumática (LMAT) tiene un impacto significativo en la mortalidad y la morbilidad, con una carga sustancial

para los sistemas de salud. Esta condición se presenta como una de las principales causas de discapacidad, especialmente entre los jóvenes. Los accidentes de tráfico, las caídas y la violencia auto infligida se encuentran entre las causas más comunes. Nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes ingresados con LMAT en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neurotrauma y Rehabilitación del Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona (UCI-HVH).

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de los pacientes con LMAT de la UCI-HVH desde el 1 de enero de 2019 hasta 31 de diciembre de 2022. Para la valoración de la evolución clínica de los pacientes se utilizó la escala Glasgow Outcome Scale (GOS) a los 3 y 6 meses.

**Resultados:** Se atendieron 195 pacientes (84% hombres). La edad media fue de  $51 \pm 19$  años [14 - 87] y la duración media de la estancia fue de  $9 \pm 12$  días [0-85]. Las causas más comunes fueron caídas del mismo nivel (30%), accidentes de vehículos motorizados (21%), accidentes deportivos (16%) y caídas de diferentes niveles (13%). La mayoría de los pacientes presentaron LMAT a nivel cervical (69%), de los cuales el 63% eran incompletas; el 30% tenía LMAT a nivel torácica, de las cuales el 62% eran completas ( $p < 0,005$ ). El 45% de los pacientes con LMAT cervical recibieron corticoides. La estabilización del foco de fractura se realizó en el 90% de los pacientes, con un aumento anual dentro de las primeras 24 horas, que pasó del 6% en 2019 al 57% en 2022. Después de 72 horas, se observó una disminución progresiva en las cirugías (54 a 15%;  $p < 0,001$ ). A los 6 meses, el porcentaje de pacientes con una buena recuperación aumentó al 27% ( $p < 0,001$ ). Los pacientes operados en las primeras 24 horas mostraron un 37% de buena recuperación en el GOS a los 3 meses ( $p < 0,001$ ). A los 6 meses, el 13% de los pacientes caminaban sin ayuda, el 3% con muletas o un andador, y el 57% utilizaba una silla de ruedas.

**Conclusiones:** La muestra de este estudio es relativamente alta al tratarse de una unidad especializada. Al igual que en otras series predomina los pacientes varones y jóvenes. Cada vez se realizan más intervenciones y de manera más precoz. La intervención precoz en los pacientes con LMAT refleja un mejor pronóstico a los 3 meses, conllevando esto un menor coste en las terapias de rehabilitación.

### 318. MODELO HÍBRIDO BASADO EN LÓGICA DIFUSA Y ÁRBOLES DE CLASIFICACIÓN PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD DE PACIENTES TRAUMÁTICOS CRÍTICOS. VARIABLES PREINGRESO DEL REGISTRO RETRAUCI

Serviá Goixart L<sup>1</sup>, Montserrat Ortiz N<sup>1</sup>, Badia Castelló M<sup>1</sup>, Jiménez Jiménez G<sup>1</sup>, Barea Mendoza J<sup>2</sup>, Llompart Pou JA<sup>3</sup>, Pujol Freire A<sup>1</sup>, Chico Fernández M<sup>2</sup> y Trujillano Cabello J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

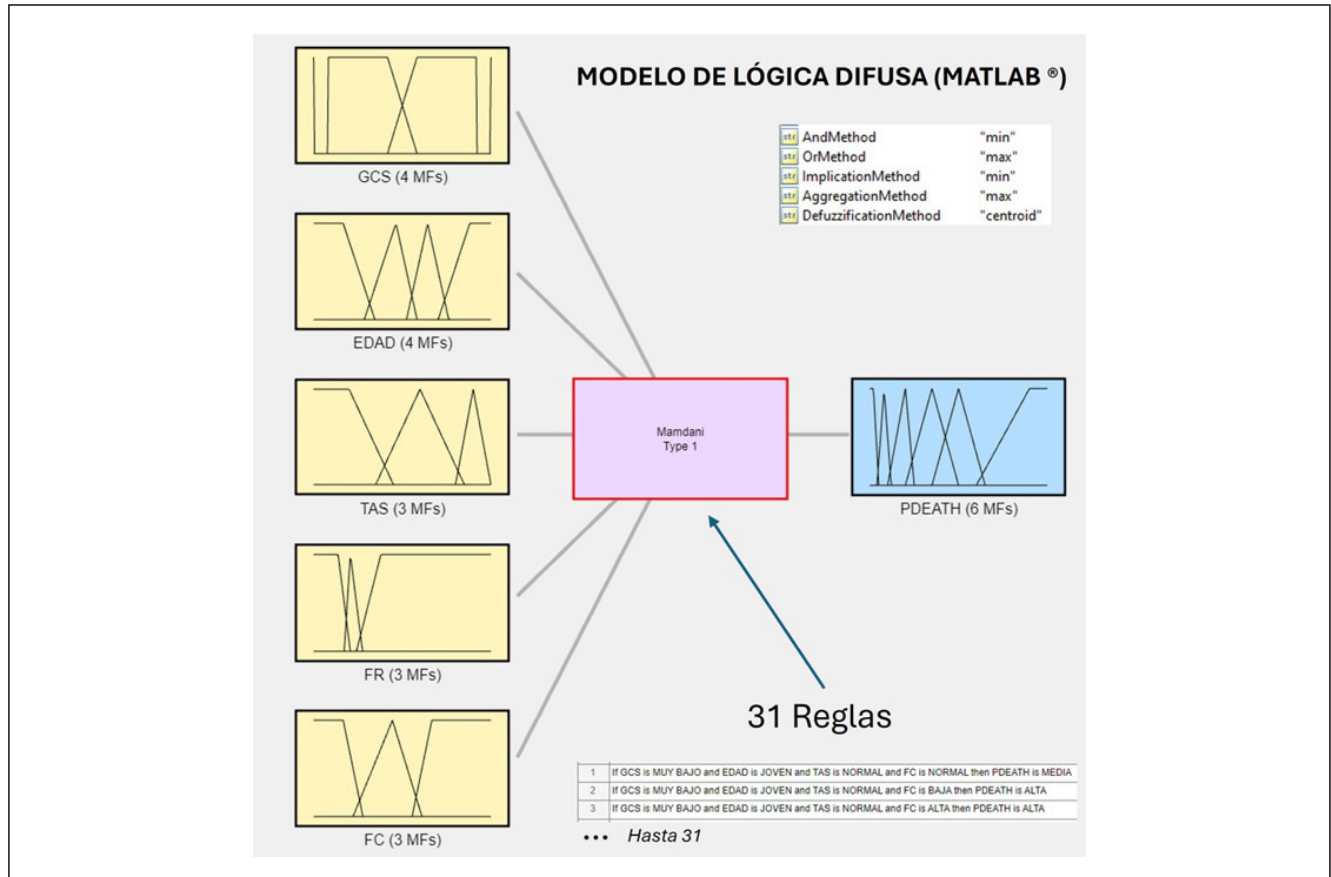
**Objetivos:** Construcción de un modelo de lógica difusa (LD) con las variables preingreso en UCI disponibles en el registro RETRAUCI para el cálculo de probabilidad de mortalidad hospitalaria (PROB-M). Selección de las reglas de decisión necesarias para LD con metodología de árboles de clasificación (AC).

**Métodos:** Fase 1 de LD con registros de RETRAUCI con las variables preingreso en UCI de Edad, puntuación Glasgow (GCS), Tensión arterial sistólica (TAS), frecuencia respiratoria (FR) y cardíaca (FC). Grupo de desarrollo (GD) (2015-19) y de validación (GV) (2020-22). Fase 2 (difusor) con asignación de las funciones de pertenencia (triangulares y trapecoidales con solapamiento) para las variables de entrada y de salida (PROB-M). Fase 3 (inferencia) tipo Mandani tipo 1 y extracción de las reglas de decisión con AC tipo CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection). Fase 4 (desdifusor) obtención de PROB-M para cada registro. Fase 5 evaluación del modelo con ABC ROC y curva de calibración. Programas MATLAB (R2023a), AnswerTree (SPSS-v32) y R.

**Resultados:** 11.203 registros incluidos (8.436 registros en el GD y 2.767 en GV) mortalidad de 10,9%. Funciones de pertenencia para edad (joven, media, mayor y muy mayor), GCS (muy bajo, bajo, medio y OK), TAS (baja, normal y alta), FR (baja, media y alta) y FC (baja, media y alta), ver figura. De 432 reglas posibles el AC seleccionó 31 con primera variable GCS seguida de edad. En GD ABC ROC de 0,85 (0,84-0,86) y en GV 0,85 (0,83-0,88). Curvas de calibración aceptables.

**Conclusiones:** El modelo LD obtiene buenos parámetros en discriminación y calibración y tiene la ventaja de su interpretación tanto en sus

Figura Póster 318



funciones de pertenencia como en sus reglas de decisión. La utilización híbrida del árbol de clasificación reduce el número de reglas necesarias y hace más comprensible el modelo. Los modelos médicos basados en LD necesitan para su construcción reglas establecidas de acuerdo con la práctica asistencial.

### 319. SOPORTE RESPIRATORIO DE LOS PACIENTES CON LESIÓN MEDULAR AGUDA TRAUMÁTICA CERVICAL INTERVENIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

Jiménez Alfonso AF<sup>1</sup>, Selva Armadans I<sup>2</sup>, Baena Caparrós J<sup>1</sup>, Acuña Vargas M<sup>1</sup>, Vallés Angulo S<sup>1</sup>, Palmada Ibars C<sup>1</sup>, Araoz Illanes R<sup>1</sup>, Domínguez Censano L<sup>1</sup>, Monforte Alemanys R<sup>1</sup> y Baguena Martínez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Objetivos:** El compromiso de la vía aérea, el alto riesgo de broncoaspiración y la presencia de disfagia orofaríngea en los pacientes con lesión medular aguda traumática (LMAT) complican su evolución y ensombrecen su pronóstico, es por esto que asegurar la vía aérea es uno de los objetivos de su tratamiento. Nuestro objetivo es describir el manejo de la vía aérea y la necesidad de traqueostomía en los pacientes que ingresan con LMAT cervical tras intervención quirúrgica en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neurotrauma y Rehabilitación del Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona (UCI-HVH).

**Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, de los pacientes con LMAT de la UCI-HVH desde el 1 de enero del 2019 hasta el 31 de diciembre de 2022.

**Resultados:** Se atendieron 195 pacientes con LMAT, de los cuales 135 fueron LMAT cervicales (LMATc), interviniéndose un total de 122. La edad media de los 122 pacientes fue de  $51,9 \pm 19,7$  años [15-87] y el 85% fueron del sexo masculino. De los pacientes intervenidos, 40 fueron una LMATc alta (C1-C4), 29 incompletos y 11 completos, y 78 una LMATc baja (C5-C8), 49 incompletos y 29 completos. De los pacientes con LMATc alta se consiguió extubar en las primeras 12 horas posquirúrgicas el 31% de los incompletos y el 27% de los completos; en las primeras 24 horas se consiguió el 64,5% de los incompletos y el 27% de los completos. No se consiguió la extubación en el 21% de los incompletos y el 55% de los completos. Se practicó traqueostomía en el 21% de los incompletos y en el 73% de los completos ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los pacientes con LMATc baja pudieron ser extubados tras la cirugía en las primeras 12 horas el 55% de los incompletos y el 31% de los completos, y en las primeras 24 horas el 84% de los incompletos y el 59% de los completos. No se consiguió la extubación en el 4% de los incompletos frente al 31% de los completos ( $p < 0,05$ ). Se practicó traqueostomía en el 4% de los incompletos y en el 35% de los completos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El 90% de los pacientes con LMAT cervical fueron intervenidos. Más de la mitad de los pacientes con LMATc alta completa no pudieron ser extubados tras la cirugía. Más de la mitad de los pacientes con LMATc baja incompleta pudieron ser extubados en las primeras 12 horas y más del 75% en las primeras 24 horas. Requieren reintubación en los primeros 7 días, el 18% de los pacientes con LMATc alta completa y el 10% de los LMATc baja completa. Solo un paciente con LMATc alta incompleta requirió reintubación en los primeros 7 días. Se realizó traqueostomía predominantemente a los pacientes con LMATc completa.

### 320. CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL TRAUMATISMO ESPLÉNICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Antón Juarros S, Castrillo Guiral S, Montes Aranguren MP, Malingre Gajino M, Mercado Castillo H, Orduna Casta I, Lorenzo Álvarez R, Serrano L, Herrero García S e Isern de Val I

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar las características del traumatismo esplénico en nuestro medio. Valoración del manejo del traumatismo esplénico en nuestro hospital según la gravedad del mismo.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional de una cohorte retrospectiva de 53 pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de traumatismo esplénico desde enero de 2012 hasta diciembre de 2022.

**Resultados:** El total de pacientes ingresados con el diagnóstico de traumatismo esplénico en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos en los últimos 10 años han sido 53. La edad media fue de 49 años (DE 16), con

un predominio del género masculino 74%. El tipo de traumatismo fue en el 100% de los casos cerrado. El mecanismo lesional más frecuente fue el accidente de tráfico (50,9%), seguido de la precipitación (20,8%). El APACHE de ingreso de estos pacientes tiene una mediana de 11 (RIC 8). El ISS medio de la serie fue 18 (DE 10). El traumatismo esplénico se acompaña de lesiones a otros niveles en un 79,2% de los casos, principalmente torácicas (66,1%), en extremidades (35%) y raquis (28%). Se analizó el tratamiento recibido según la clasificación de AAST, diferenciado entre lesiones de bajo grado (I, II y III) y alto grado (IV y V). En las lesiones de bajo grado (32 casos) existe un claro dominio del manejo conservador, realizando observación en un 72% de los casos, de los cuales precisaron posteriormente esplenectomía el 6,25% (2 casos). De las restantes lesiones de bajo grado se realizó como primera opción: cirugía de control de daños en un 12% y esplenectomía en un 16%. Requirieron politransfusión un 37,5%, procoagulantes 15,6% y fármacos vasoactivos 34%. En cambio, en las lesiones de alto grado (21 casos) el tratamiento principal fue la esplenectomía 85,7%, realizándose en nuestro hospital tan solo embolización en 1 caso (4,8%) y cirugía de control de daños otro caso (4,8%). Precisaron politransfusión 47,6%, procoagulantes 23,8% y drogas vasoactivas 33%. La mediana de estancia en UCI fue de 4 días (RIC 6). Fallecieron el 9,4%. En el caso de los pacientes esplenectomizados han recibido vacunación para la prevención de la sepsis por bacterias encapsuladas el 100% de los pacientes.

**Conclusiones:** El mecanismo más frecuente para sufrir un traumatismo esplénico es un accidente de tráfico. La lesión esplénica se asocia en un alto porcentaje a lesión a otros niveles, principalmente torácica y de extremidades. El tratamiento del traumatismo esplénico en lesiones de alto grado en nuestro hospital continúa siendo mayoritariamente quirúrgico, resultando la cirugía de control de daños y la observación anecdóticas.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO I

08:30-10:00 - Sala 128

Moderadores: María Angeles Rodríguez Esteban/  
Juan Carlos Ruiz Rodríguez

### 321. MANEJO DEL SCACEST EN TIEMPO DE PANDEMIA COVID SEGÚN EL REGISTRO ARIAM-ANDALUCÍA

Díaz Torres I

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar atención inicial al paciente con SCACEST durante 2 periodos consecutivos, febrero 2020- diciembre 2021 periodo covid y mayo 2018-febrero 2020 periodo precovid.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de los datos introducidos en registro ARIAM-Andalucía, de los pacientes ingresados con SCACEST en las unidades de cuidados intensivos (UCI).

**Resultados:** Analizamos un total de 9.346 casos con SCACEST. 77% hombres. Edad media 62 años. La estancia media en periodo covid de 2,76 días, frente a 2,5 días en periodo precovid. La mortalidad periodo covid 4,1% frente 3,69% en periodo precovid. Los factores de riesgo cardiovascular y acceso al hospital en ambos periodos han sido similares. Síntomas-sistema: La mediana de retraso fue de 60 min periodo covid, 58 min periodo precovid. Sistema-hospital: La mediana de retraso de 60 minutos en ambos periodos. Tasa de reperforación en periodo covid del 98%, mayor a la registrada en periodo precovid 95,5%. Periodo covid se han realizado ICPp 92,1% de los casos y fibrinólisis 6%. Periodo precovid se han realizado ICPp en el 81,9% y fibrinólisis 13,6% de los casos. Periodo covid la mayoría de las fibrinólisis se han realizado a nivel prehospitalario 64,4%, en periodo precovid el 56% de las fibrinólisis fueron realizadas en centros hospitalarios. Tiempo de retraso inicio de los síntomas-fibrinólisis, periodo covid de 120 min y periodo precovid

125 min. ICPp los retrasos registrados en el periodo covid han sido ligeramente superior al periodo precovid. inicio síntomas-inflado balón: periodo covid mediana de 195 min frente a 193 min periodo precovid. hospital-inflado balón: periodo covid mediana 80,5 min frente a 79 min en periodo precovid. Acceso sistema sanitario-inflado balón: periodo covid mediana de 120 min frente a 117,5 min periodo precovid. Se ha observado un aumento de *shock* cardiogénico de 1,4% en periodo covid con respecto al periodo precovid. En ambos periodos, la tasa de *exitus* se ha mantenido 4%. La mortalidad ajustada a la gravedad, periodo covid tasa de mortalidad 40,4% en pacientes KILLIP IV. Periodo precovid la tasa de mortalidad ha sido del 38,2%.

**Conclusiones:** El tratamiento de reperfusión más utilizado ha sido ICPp con un retraso mediano desde el contacto con la asistencia sanitaria-inflado de balón de 120 min. La mayoría de las fibrinolisis se han realizado a nivel prehospitalario. Los pacientes con Killip III y IV presentaron una tasa de mortalidad del 3,3% superior al mismo tipo de pacientes en la etapa precovid.

### 322. INDICADORES DE CALIDAD “CÓDIGO INFARTO”, CÓMO ESTAMOS CON RESPECTO A NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Díaz Torres I

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar nuestros datos de los indicadores de calidad del Código Infarto y los comparamos con los resultados obtenidos en la Comunidad Autónoma de Andalucía del año 2022 según registro ARIAM-Andalucía.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los datos introducidos en el registro ARIAM-Andalucía de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados intensivos con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) durante el año 2022, analizando los indicadores de calidad “código Infarto”. Todo el análisis ha sido realizado con el programa de ARIAM-Andalucía.

**Resultados:** Los indicadores de calidad “Código Infarto”: Criterio 1: porcentaje de pacientes reperfundidos (ACTP + fibrinolisis) con respecto al número total de pacientes diagnosticados de SCACEST mayor o igual al 85%. En nuestra serie de pacientes han sido reperfundidos el 98,9%. En la serie de Andalucía se han reperfundido el 98,2%. Criterio 2: porcentaje de pacientes que reciben APTC 1ª con respecto al número de pacientes reperfundidos mayor o igual al 70%. En nuestra serie el resultado en este indicador del 98%. En la serie de Andalucía ha sido del 94,9%. Criterio 3: mortalidad hospitalaria al alta tras APTC 1ª (excluyendo a los pacientes que debutan con PCR o *shock* cardiogénico) inferior al 5% de acuerdo a las recomendaciones de la Estrategia Nacional de Cardiopatía Isquémica. En nuestra serie ha sido del 1,90%. En la serie de Andalucía ha sido 3,6%. Criterio 4: tiempo promedio primer contacto médico-ECG < 10 minutos. En nuestra serie el tiempo promedio ha resultado de 6 minutos. En la serie de Andalucía el tiempo promedio es de 5 minutos. Criterio 6: tiempo promedio primer contacto médico-fibrinolisis < 30 minutos. Según nuestra serie el tiempo promedio es de 45 minutos. En la serie de Andalucía el tiempo promedio es de 40 minutos. Criterio 7: puerta-balón (tiempo promedio) en centros con APTC 1ª < 60 minutos. En nuestra serie la mediana es de 100 minutos. En Andalucía la mediana es de 78 minutos. Criterio 8: si activación por 061(DCCU), tiempo promedio primer contacto médico-balón < 90 minutos. En nuestra serie el tiempo promedio es de 138 minutos. En la serie de Andalucía el tiempo promedio es de 84,5 minutos. Criterio 9: ACTP posfibrinolisis eficaz en las primeras 24 horas en > 90% pacientes. En nuestra serie el resultado ha sido del 100%. En la serie de Andalucía es del 79%.

**Conclusiones:** El resultado de nuestra serie de pacientes se asemeja a los resultados de Andalucía excepto el criterio 7 y 8 que ellos si cumplen y nosotros no. Tenemos una importante área de mejora.

### 323. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MINOCA INGRESADOS EN UCI. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Corbato García A, Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Benítez Garzón LE, Vidal Lujan LA, López Ramos EM, Andaluz Ojeda D, Pérez Bastida L, Manuel Merino FJ y Ortega Saez M

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

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de MINOCA en un hospital de segundo nivel en los últimos 6 años (2018-2023), así como estudiar su evolución posterior.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de casos consecutivos de pacientes con sospecha de SCA y coronariografía sin evidencia de lesión coronaria significativa con diagnóstico de MINOCA. Analizamos variables demográficas, clínicas, epidemiológicas y su relación con el desenlace clínico final. Se realizó un análisis descriptivo: mediana + RIQ para variables cuantitativas, n y porcentajes para cualitativas.

**Resultados:** Un total de 1.069 pacientes ingresaron con sospecha de SCA. De ellos 34 (3%) no presentaban lesión coronaria significativa en el cateterismo. 9 (26%) se diagnosticaron de síndrome de Tako-Tsubo (STT), 5 (15%) vasoespasmos, 3 (8%) emergencia hipertensiva, 3 (8%) estenosis aórtica, 2 (6%) IAM tipo 2 y el resto (4 pacientes) otras causas como miocardiopatía hipertrófica y miocarditis. En un 21% de los pacientes (7) no se completó el estudio etiológico. El 68% de los pacientes con diagnóstico de MINOCA fueron mujeres, con mediana de edad de 64 años (RIQ 21). Los antecedentes más frecuentes fueron: dislipemia (65%), HTA (50%), cardiopatía isquémica (35%), DM (32%), obesidad (29%) y enfermedad vascular periférica (15%) El 26% de los pacientes eran fumadores y 21% exfumadores. Respecto a los cambios visualizados en ECG: las ondas T negativas fueron el hallazgo más frecuente (32%), seguido de elevación (21%) y descenso de ST (21%), bloqueos de rama de cronología incierta (12%) y ECG sin cambios (12%). El 32% de los pacientes no elevaron troponina, el valor mediano de pico de c troponina I fue 538 ng/mL (RIQ 2327). Al 88% de los pacientes se les realizó ecocardiograma previo al alta, objetivando alteraciones segmentarias de la contractilidad en el 37%, con FEVI alterada en un 27%. La mediana de estancia hospitalaria fue 6 días (RIQ 3). Durante el ingreso, un 22% de los pacientes presentaron complicaciones agudas, siendo la más frecuente las arritmias (9%). Durante el seguimiento, un 20% presentaron angina recurrente, 15% descompensaciones de insuficiencia cardiaca y 6% infarto. Un 6% de los pacientes fallecieron (2), ambos por causas no cardíacas.

**Conclusiones:** El MINOCA es una patología infrecuente, en muchos casos no completamente estudiada para lograr un diagnóstico etiológico. La causa más frecuente es el STT, seguido de vasoespasmos. La mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones a largo plazo siendo la más frecuente la angina recurrente. Su mortalidad es muy baja.

### 324. PREDICIENDO LA DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO DESDE EL TRIAJE

Garrido Callén A<sup>1</sup>, Fernández Martín-Caro I<sup>1</sup>, Maqueda Lluva D<sup>1</sup>, Pérez Torres M<sup>1</sup>, López Cuenca S<sup>1</sup>, Merino Vega CD<sup>1</sup>, Fernández Muñoz I<sup>1</sup>, Jiménez Álvarez G<sup>1</sup>, Pérez Márquez M<sup>1</sup> y Cui-Jie J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

**Objetivos:** Predecir qué pacientes con infarto agudo de miocardio evolucionaron a Killip IV con necesidad de soporte vasoactivo con las primeras constantes a su llegada a urgencias y una FEVI visual a pie de cama.

**Métodos:** Estudio unicéntrico retrospectivo, observacional, sobre una cohorte de pacientes con SCA con necesidad de coronariografía en la UCI del Hospital Rey Juan Carlos del 09/2018-10/2022 se recogieron variables hemodinámicas derivadas de las constantes en triaje según fórmulas recientemente propuestas además de la FEVI visual previa a la coronariografía. Se realizó una regresión logística univariante para la respuesta dicotómica binaria soporte vasoactivo o no. Posteriormente se modeló de forma predictiva partiendo del acoplamiento ventriculoarterial calculado a su llegada a análisis multivariante de un nivel ajustado por diferentes variables (con una  $p < 0,15$  en el univariante) recogidas a su llegada a la urgencia, incluyendo edad, comorbilidades, tipo IAM y otras variables hemodinámicas. Para la selección se utilizaron valores de AIC, BIC y criterios clínicos hasta la selección del modelo final con el mejor rendimiento y su diagnóstico posterior con el estudio de residuos. Bondad ajuste *log-likelihood* y test  $\chi^2$  para la eficacia.

**Resultados:** 242 pacientes con 65 ( $\pm 13$ ) años. 77% varones. 12% ventilación mecánica invasiva de los cuales 26 (10%) precisaron fármacos vasoactivos. Mortalidad 17% al año del estudio. Como limitaciones el sesgo de selección en la angina inestable bajo riesgo que no ingreso en UCI, cálculo de dichas fórmulas y trabajo con ellas a pie de cama, estudio unicéntrico sin suficiente n para partición en *datasets* para *training*/

Figura 1 Póster 324

Variable	OR	IC 95%
1 o2 vmi	49,85	11,17 354,4
2 charlson7	23,25	3,29 205,51
3 vent_mecanicapara_kt	22,67	6,06 87,64
4 charlson6	15,50	1,64 149,95
5 indice_shock_sistolico_triaje	12,52	1,73 89,54
6 tto_antitrombotico aas+clopi	12,17	1,36 109,1
7 tto_antitrombotico naco	12,17	0,46 321
9 nyhaclase3	11,73	3,31 42,13
10 ercerog5	9,74	1,12 85,01
11 indice_shock_modificado_triaje	7,79	1,78 34,14
12 cardiopatia_isquemiasis_no_tratada	7,08	1,31 34,66
13 vaceaMApees	5,52	2,92 11,03
14 cfs3_managing_well	5,43	1,49 18,36
15 cfs5_mild_frailty	4,70	0,63 24,15
16 cfs4_very_mild_frailty	4,23	0,84 17,04
17 tto_antitrombotico sintrom	4,06	0,55 19,97
18 vacea0,9ees	3,89	2,35 6,73
19 acef	3,77	2,1 6,98
20 cat_nyha>=clase2	3,69	1,53 8,68
21 cat_lcsi	3,06	1,02 8,23
22 cat_dmsi	2,60	1,14 6,02
23 cat_tto_antitromboticosi	2,54	1,12 5,88
24 dmDMNIDorales	2,53	1,07 6,02
25 cat_ercsi	2,43	0,88 6,11
27 eaMAP	2,27	1,31 4,11
28 cat_obesidadsi	2,10	0,82 6,5
29 hipolipemiantesi_hipolip	2,03	0,89 4,82
30 ea0,9	1,86	1,22 2,98
31 apacheii	1,20	1,13 1,28
32 sapsiii	1,10	1,06 1,15
33 esv	1,10	1,06 1,14
34 sapsii	1,09	1,06 1,13
35 tas	0,98	0,96 0,99
36 tad	0,96	0,94 0,99
37 pam_triaje	0,96	0,93 0,98
38 ef	0,91	0,87 0,94
39 sv	0,91	0,87 0,94
40 cat_fumadorsi	0,54	0,23 1,22
41 dlno dislipemico	0,49	0,19 1,15
42 co	0,49	0,32 0,71
43 eesporESV	0,24	0,12 0,44

Análisis univariante.

testing salvo con el uso de simulación, además estudio retrospectivo condicionado a resultados registrados de ecocardiograma muy básicos.

	OR	2.5 %	97.5 %
vac0.9eesend	2.91	1.64	5.26
VMI triaje	18.34	3.51	140.88

Análisis multivariante.

**Conclusiones:** En nuestra muestra de pacientes, cada punto que aumentó el acoplamiento ventrículo arterial estimado aumento 2,91 veces la probabilidad de precisar soporte vasoactivo y si precisaron de intubación en ese momento 18,34 veces más de forma independiente ajustado a comorbilidad previa.

**325. LA UCI CORONARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, ¿SON REALES NUESTRAS IMPRESIONES?**

Ruiz Urbano A, Domínguez García M, Rojas Peláez S, Jiménez Conde C y Granja Gómez IL

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.

**Objetivos:** Con el presente estudio se pretende objetivar si verdaderamente la pandemia por COVID supuso una diferencia significativa en nuestra UCI coronaria. Nuestra hipótesis inicial es que durante esta, el número de pacientes coronarios disminuyó significativamente, presentando además un peor estado clínico fruto de la demora en la atención, repercutiendo además en las cronas de revascularización y mortalidad.

**Métodos:** Estudio observacional, analítico y retrospectivo usando la base de datos "ARIAM" comparado un total de 42 meses, divididos en

Figura 1 Póster 325

EPIDEMIOLOGIA	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)		
	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST	PRE	PAND	POST
Tot. Ingresos	527	415	519	100	100	100	63,4	61,9	62,6	2,5	2,57	3,17	16	17	29	3,04	4,1	5,59
Hombre	387	318	371	73,43	76,62	71,48	62,67	61,51	62,43	2,61	2,54	3,06	13	12	20	3,36	3,77	5,39
Mujer	140	97	148	26,57	23,37	25,52	65,41	63,18	63,03	2,19	2,68	3,43	3	5	9	2,14	5,15	6,08
SCAEST	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)		
Tot. Ingresos	80	62	36	100	100	100	65,3	64,19	62,42	2,25	2,02	2,75	1	2	0	1,25	3,23	0
Hombre	60	45	22	75	72,58	61,11	62,25	54,44	64,23	2,12	1,8	3,18	1	2	0	1,67	4,44	0
Mujer	20	17	14	25	27,42	38,89	65,45	53,53	59,57	2,65	2,59	2,07	0	0	0	0	0	0
SCAEST	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)		
Tot. Ingresos	259	234	348	100	100	100	60,59	61,15	61,76	2,34	2,12	2,77	6	5	10	2,32	2,14	2,87
Hombre	195	185	264	75,29	79,06	75,86	59,94	60,91	61,65	2,56	2,04	2,52	5	4	9	2,56	2,16	3,41
Mujer	64	49	84	24,71	20,94	24,14	62,56	62,08	62,13	1,69	2,45	3,55	1	1	1	1,56	2,04	1,19
MOTIVO INGRESO	N			%			Edad Media (años)			Estancia UCI (Días)			Mortalidad UCI (N)			Mortalidad UCI (%)		
SCA	339	296	384	65,44	71,67	75												
OTRO CARDIAC	179	117	128	32,85	27,84	23,65												
CARDIACO	518	413	512	98,29	99,51	98,65												
NO CARDIACO	9	2	7	1,71	0,48	1,35												

tres periodos de tiempo lo más equitativos posibles, definidos como “Prepandemia” (del 01/01/2019 al 14/03/2020), “Pandemia” (del 15/03/2020 al 30/06/2021) y “Pospandemia” (01/07/2021 al 30/11/2022). Estadísticos utilizados: chi-cuadrado, Anova, Kruskal Wallis y t-Student. Se realizó un análisis por residuos corregidos. Se analizaron múltiples variables: número total de ingresos, motivo de ingresos, características clínico-epidemiológicas y demográficas, medios de atención sanitaria, días de estancia y mortalidad. Se analizaron cada uno de

los subgrupos poblaciones según diagnóstico de ingreso. Para los SCA-CEST, se analizaron factores de riesgo, tratamiento de reperusión (ICP vs. fibrinólisis), gravedad a su ingreso (según Killip), localización y diferencias de cronas (divididas: “Inicio de síntomas-Primer contacto”, “Inicio de síntomas-Balón”, “Primer contacto-EKG” y “Primer contacto-Balón”). Se realizó una comparación bruta entre dichas cronas y acotando el número máximo de minutos dada la dispersión de datos observada.

PREPANDEMIA (01/01/19-14/03/20)										PREPANDEMIA (01/01/19-14/03/20)									
EPIDEMIOLOGÍA			Edad Media Estancia UCI Mortalidad Mortalidad UCI (%)							Fumador			Media Mediana N						
	N	%																	
Tot. Ingresos			527	100	63,4	2,5	16	3,04	Fumador	128	49,42	Sx-Balón 895,7 201 194							
Hombre			387	73,43	62,67	2,61	13	3,36	Exfumador	57	22,01	Sist-Balón 834 129 165							
Mujer			140	26,57	65,41	2,19	3	2,14	DM	62	23,94	EKG-Balón 737,3 107 187							
									HTA	127	49,03	(* EKG-Balón < 120min 58,29%)							
									DL	110	42,47								
									Obesidad	47	18,15								
									AF	66	25,48								
									Alguno* (Fum)	245	94,59								
									Angina	32	12,36								
									Dolor repos	39	15								
									IAM	28	10,81								
									Lesion coron	26	10,04								
									Alguno* (Ang)	128	49,42								
									Medios propios	23	23,23								
									Planta	12	4,62								
									Sistema sani TOTAL	224	86,15								
									Medico	15	7								
									CS	121	54								
									DCCU	43	19								
									HAR	1	0								
									O61	33	15								
									Transp. No I	2	1								
									Otros	9	4								
									TOTAL	259	100								
									Hemodinám	224	86								
									Urgencias	27	10								
									Planta	2	1								
									Directo sist.	6	2								

PANDEMIA (15/03/20-30/06/21)										PANDEMIA (15/03/20-30/06/21)									
EPIDEMIOLOGÍA			Edad Media Estancia UCI Mortalidad Mortalidad UCI (%)							Fumador			Media Mediana N						
	N	%																	
Tot. Ingresos			415	100	61,9	2,57	17	4,1	Fumador	110	47,01	Sx-Balón 353 197,5 190							
Hombre			318	73,43	61,51	2,54	12	3,77	Exfumador	61	26,07	Sist-Balón 172 162 151							
Mujer			97	23,37	63,18	2,68	5	5,15	DM	58	24,79	EKG-Balón 196 104 182							
									HTA	123	52,56	(* EKG-Balón < 120min 64,29%)							
									DL	110	47,01								
									Obesidad	44	18,8								
									AF	63	26,92								
									Alguno* (Fu)	221	94,44								
									Angina	48	20,51								
									Dolor repos	25	10,68								
									IAM	29	12,39								
									Lesion coron	27	11,54								
									Alguno* (Ar)	122	52,14								
									Medios propios	32	13,68								
									Planta	12	5,13								
									Sistema sani TOTAL	190	81,2								
									Medico	5	3								
									CS	82	43								
									DCCU	42	22								
									HAR	0	0								
									O61	50	26								
									Transp. No I	0	0								
									Otros	11	6								
									TOTAL	234	100								
									Hemodinám	212	91								
									Urgencias	16	7								
									Planta	1	0								
									Directo sist.	5	2								

POSTPANDEMIA (01/07/21-30/11/22)										POSTPANDEMIA (01/07/21-30/11/22)									
EPIDEMIOLOGÍA			Edad Media Estancia UCI Mortalidad Mortalidad UCI (%)							Fumador			Media Mediana N						
	N	%																	
Tot. Ingresos			519	100	62,6	3,17	29	5,59	Fumador	169	48,56	Sx-Balón 491 210 307							
Hombre			371	71,48	62,43	3,06	20	5,39	Exfumador	87	25	Sist-Balón 384 128 257							
Mujer			148	28,52	63,03	3,43	9	6,08	DM	88	25,29	EKG-Balón 332 110 300							
									HTA	194	55,75	(* EKG-Balón < 120min 56,67%)							
									DL	145	41,67								
									Obesidad	76	22,09								
									AF	93	27,03								
									Alguno* (Fur)	330	95,93								
									Angina	64	18,39								
									Dolor repos	53	15,23								
									IAM	42	12,07								
									Lesion coron	37	20,63								
									Alguno* (An)	198	56,9								
									Medios propios	45	12,93								
									Planta	15	4,31								
									Sistema sani TOTAL	288	82,76								
									Medico	6	2								
									CS	129	45								
									DCCU	80	28								
									HAR	5	2								
									O61	40	14								
									Transp. No I	3	1								
									Otros	25	9								
									TOTAL	288	100								
									Hemodinám	330	95								
									Urgencias	4	1,2								
									Planta	0	0								
									Directo sist.	5	1								

MediaMes								
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	para la media		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	superior		
Prepandemia	14	36,4286	6,28447	1,67959	32,8000	40,0571	26,00	47,00
Pandemia	15	27,1333	9,34166	2,41201	21,9601	32,3066	7,00	41,00
Postpandemia	17	30,5294	3,74362	,90796	28,6046	32,4542	25,00	36,00
Total	46	31,2174	7,53799	1,12026	28,9611	33,4737	7,00	47,00

**Prueba de homogeneidad de varianzas**

MediaMes			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2,918	2	43	,065

**ANOVA**

MediaMes					
	cuadrados	gl	cuadrático	F	Sig.
Entre grupos	638,429	2	319,214	7,005	,002
Dentro de grupos	1959,397	43	45,567		
Total	2597,826	45			

epidemiología poblacional		Periodo										Significación	POBLACIONAL GENERAL (Chi Cuadrado, Anova muestras independientes)		
		Prepandemia			Pandemia			Postpandemia							
		N	% - Media	estándar	N válidos	Media	estándar	N válidos	Media	estándar	N válidos	Media	estándar		
Edad		527	63	13	415	62	12	519	63	12				0,171	
Días de Estancia en UCI		527	2	4	415	3	4	519	3	7				0,095	
Mortalidad UCI	Otros	511	97,0%		398	95,9%		490	94,4%					0,121	
	Exitus	16	3,0%		17	4,1%		29	5,6%						
Sexo	Hombre	387	73,4%		318	76,6%		371	71,5%					0,206	
	Mujer	140	26,6%		97	23,4%		148	28,5%						
Sexo	Hombre	Edad	387	63	13	318	62	11	371	62	11			0,408	
		Días de Estancia en UCI	387	3	5	318	3	4	371	3	6				
		Mortalidad UCI	374	96,6%		306	96,2%		351	94,6%				0,343	
		Exitus	13	3,4%		12	3,8%		20	5,4%					
	Mujer	Edad	140	65	13	97	63	13	148	63	13			0,243	
		Días de Estancia en UCI	140	2	3	97	3	3	148	3	9				
		Mortalidad UCI	137	97,9%		92	94,8%		139	93,9%				0,245	
		Exitus	3	2,1%		5	5,2%		9	6,1%					
Diagnostico al Ingreso	SCACEST	Edad	259	61	12	234	61	11	348	62	12			0,47	
		Días de Estancia en UCI	259	2	5	234	2	2	348	3	7				
		Mortalidad UCI	253	97,7%		229	97,9%		338	97,1%				0,834	
		Exitus	6	2,3%		5	2,1%		10	2,9%					
	Sexo	Hombre	195	75,3%		185	79,1%		264	75,3%				0,565	
		Mujer	64	24,7%		49	20,9%		84	24,1%					
	SCASEST	Edad	80	65	11	62	64	11	36	62	10			0,404	
		Días de Estancia en UCI	80	2	1	62	2	1	36	3	2				
		Mortalidad UCI	79	98,8%		60	96,8%		36	100,0%				0,45	
		Exitus	1	1,3%		2	3,2%		0	0,0%					
	Sexo	Hombre	60	75,0%		45	72,6%		22	61,1%				0,299	
		Mujer	20	25,0%		17	27,4%		14	38,9%					
	Otros Cardiacos	Edad	179	67	14	117	62	13	128	65	12			0,025	
		Días de Estancia en UCI	179	3	4	117	4	7	128	4	7				
		Mortalidad UCI	170	95,0%		107	91,5%		109	85,2%				0,012	
		Exitus	9	5,0%		10	8,5%		19	14,8%					
	Sexo	Hombre	124	69,3%		86	73,5%		80	62,5%				0,171	
		Mujer	55	30,7%		31	26,5%		48	37,5%					
	Otros no Cardiacos	Edad	9	64	15	2	55	9	7	63	16			0,717	
		Días de Estancia en UCI	9	3	2	2	5	4	7	3	2				
		Mortalidad UCI	9	100,0%		2	100,0%		7	100,0%				-	
		Exitus	0	0,0%		0	0,0%		0	0,0%					
	Sexo	Hombre	8	88,9%		2	100,0%		5	71,4%				0,518	
		Mujer	1	11,1%		0	0,0%		2	28,6%					

GENERAL

**Tabla cruzada Primer contacto\*Periodo**

	Periodo			Total
	Prepandemia	Pandemia	Postpandemia	
Primer contact	76	62	70	208
Paciente o fam				
Recuento	0,2	0,5	-0,6	
Residuo corre:	16	6	9	31
Recuento	1,8	-1,1	-0,8	
Residuo corre:	162	100	145	407
Recuento	1,8	-2,0	0,1	
Residuo corre:	76	66	90	232
Recuento	-1,1	0,0	1,1	
Residuo corre:	0	0	4	4
Recuento	-1,5	-1,3	2,7	
Residuo corre:	50	67	55	172
Recuento	-2,0	3,3	-1,0	
Residuo corre:	2	0	3	5
Recuento	0,2	-1,4	1,1	
Residuo corre:	8	13	28	49
Recuento	-2,9	-0,3	3,2	
Residuo corre:	137	101	115	353
Recuento	1,2	0,1	-1,3	
Residuo corre:				
Total	527	415	519	1461

**OTROS CARDIACOS**

**Tabla cruzada Mortalidad UCI\*Periodo**

	Periodo		
	Prepandemia	Pandemia	Postpandemia
Mortalidad UCI			
Recuento	170	107	109
Residuo corre:	163,0	106,5	116,5
Recuento	2,4	0,2	-2,8
Residuo corregido			
Recuento	9	10	19
Residuo corre:	16,0	10,5	11,5
Recuento	-2,4	-0,2	2,8
Residuo corregido			
Recuento	179	117	128
Residuo corre:	173,0	117,0	128,0
Recuento			

	Pre-pandemia			Pandemia			Post-Pandemia			significación
	Recuento	%	estándar	Recuento	%	estándar	Recuento	%	estándar	
Destino alta UCI										
Planta medica	432	93,4%		386	93,0%		478	92,1%		
Planta quirurgica	0	0,0%		1	0,2%		0	0,0%		
Otro hospital	11	2,1%		10	2,4%		10	1,9%		
Domicilio	8	1,5%		0	0,0%		2	0,4%		
Alta voluntaria	0	0,0%		1	0,2%		0	0,0%		0,051
Exitus	16	3,0%		17	4,1%		29	5,6%		
Hombre	368	73,5%		318	76,6%		371	71,5%		
Mujer	140	26,5%		97	23,4%		148	28,5%		0,206
Edad	528		63	415		62	519		63	12
										12
										0,174



EPIDEMIOLOGIA Y VARIABLES PARA SCACEST

\*\* TABLA DE DIAGNOSTICOS AL ALTA SCACEST

SCACEST	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación
	Niñidaz	Media	Desviación estándar	Niñidaz	Media	Desviación estándar	Niñidaz	Media	Desviación estándar	
Edad	259	61	12	224	61	11	348	62	12	0,433
Días de Erancien UCI	259	2	5	224	2	2	348	3	7	0,002
Mortalidad Otrar	253	97,7%		229	97,9%		338	97,7%		0,834
UCI	6	2,3%		5	2,2%		10	2,9%		
Sosa	195	75,2%		185	79,2%		264	75,2%		0,565
Mujer	64	24,7%		49	20,9%		84	24,2%		

Killip inicial	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
I	225	86,9%	196	83,8%	244	84,5%	118	45,6%	81	34,6%	127	36,5%
II	20	7,7%	17	7,2%	21	6,9%	30	11,6%	48	20,5%	39	11,2%
III	6	2,3%	9	3,8%	15	4,3%	40	15,4%	41	17,5%	79	22,7%
IV	8	3,1%	12	5,1%	18	5,2%	12	4,6%	5	2,1%	6	1,7%
UCI Pear Killip	176	71,0%	157	68,8%	224	71,1%	12	4,6%	5	2,1%	6	1,7%
II	45	18,1%	32	14,2%	39	11,9%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%
III	11	4,4%	11	4,9%	18	5,6%	47	18,1%	47	20,1%	82	23,6%
IV	16	6,5%	25	11,1%	37	11,2%	40	15,4%	41	17,5%	79	22,7%
Killip de Ingreza	245	94,6%	213	91,0%	315	90,5%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%
III-IV	14	5,4%	21	9,0%	33	9,5%	47	18,1%	47	20,1%	82	23,6%
Pear Killip	221	84,1%	189	84,0%	273	83,0%	38	14,7%	37	15,7%	51	14,7%
III-IV	27	10,9%	36	16,0%	56	17,0%	12	4,6%	5	2,1%	6	1,7%

4. Disparencias al ingreso - SCACEST	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%

Mortalidad de reporfuzian. SCACEST	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%

Mortalidad UCI	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%

Mortalidad Otrar	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%

Estar	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%

Lateral	Prepandemia			Pandemia			Postpandemia			Significación		
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento		%	
Tratamiento de reporfuzian. SCACEST	13	5,0%	8	3,4%	11	3,2%	2	0,8%	0	0,0%	3	0,8%
Ninguna reporfuzian. SCACEST	238	94,9%	220	94,0%	320	94,8%	7	2,7%	10	4,3%	24	6,8%
Fibridaluz	8	3,1%	6	2,6%	7	2,0%	12	4,6%	12	5,1%	15	4,3%



ANÁLISIS POR PERIODO EN LAS TRES CRONAS- SELECCIONAM. análisis realizados con ANOVA.

**Inicio síntomas\_Primer contacto <585**

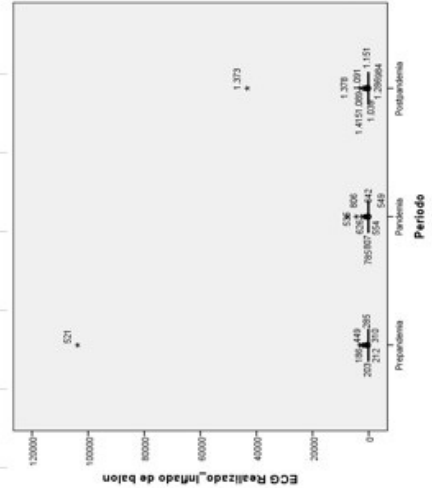
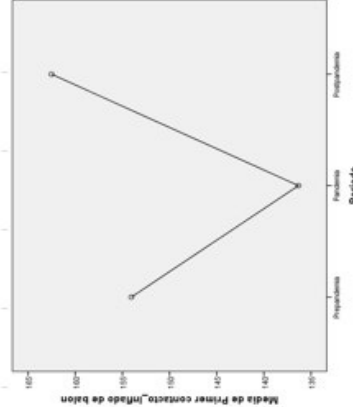
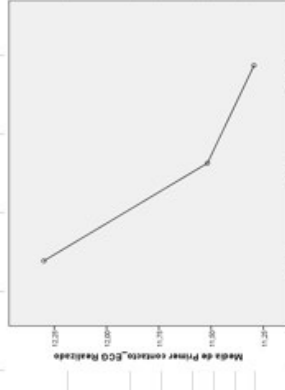
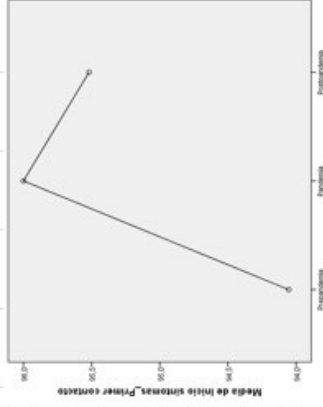
Período	Inicio/síntomas_Primer contacto					SIGNIFICACI ÓN
	Nivel/día	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínima	
Prepandemia	205	94	59	109	0	585
Pandemia	172	96	60	100	5	585
Postpandemi	272	96	58	107	0	540

**Primer contacto\_ECG Realizado <60**

Período	Primer contacto_ECG Realizada					SIGNIFICACI ÓN
	Nivel/día	Media	Mediana	Duración estándar	Mínima	
Prepandemia	200	12	9	11	0	55
Pandemia	172	12	8	10	0	57
Postpandemi	248	11	8	10	0	50

**ECG Realizado\_Inflado de balón <778**

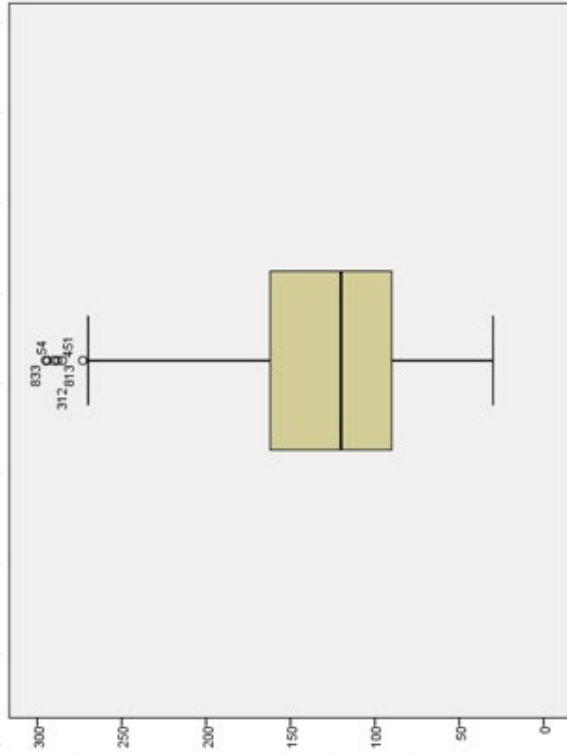
Período	ECG Realizado_Inflado de balón					SIGNIFICACI ÓN
	Nivel/día	Media	Mediana	Duración estándar	Mínima	
Prepandemia	184	132	105	96	30	775
Pandemia	181	122	104	80	24	621
Postpandemi	246	140	106	105	20	735



DESCRPTIVO GRÁFICO INFLADO BALÓN

Primer contacto_infada de balon	Pre-pandemia			
	Nivelitar	Media	Mediana	Desviación estándar
	156	127	124	55
				Máxima
				Mínima
				48
Pandemia				
Nivelitar	Media	Mediana	Desviación estándar	Máxima
146	126	120	48	285
				Mínima
				30
Post-pandemia				
Nivelitar	Media	Mediana	Desviación estándar	Máxima
226	130	120	53	294
				Mínima
				50

n Kruskal-wallis	0,293
Significación ANOVA	0,493

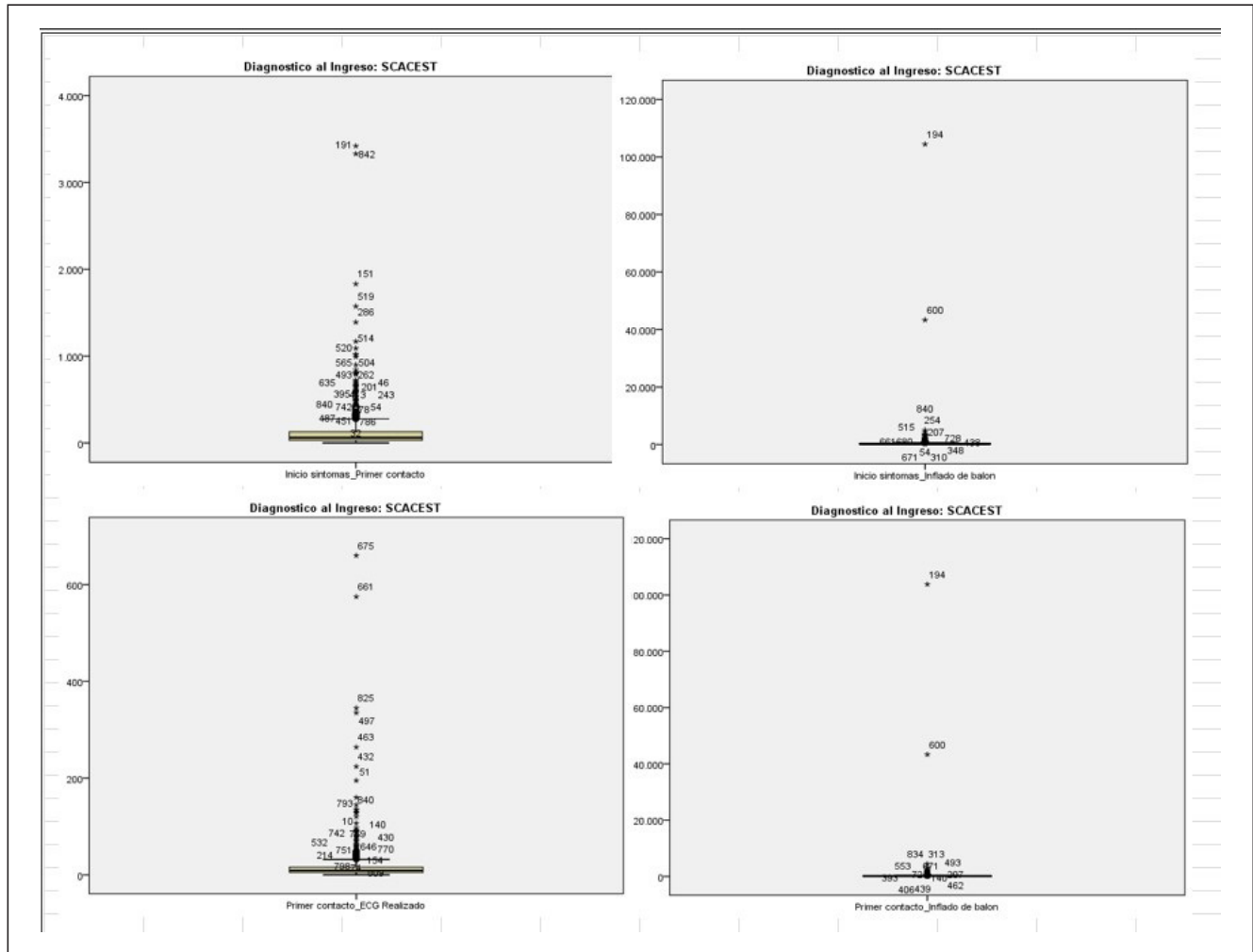


Primer contacto\_inflado de balon

**\* DIAGNOSTICOS AL ALTA SCACEST**

	Pre-pandemia			Pandemia			Post-Pandemia		
	Recuento	% de N columnar	Desviación estándar	Recuento	% de N columnar	Desviación estándar	Recuento	% de N columnar	Desviación estándar
Dartina alta UCI	247	95,4%		225	96,2%		334	96,0%	
Planta medica	0	0,0%		0	0,0%		0	0,0%	
Planta antitubercica	6	2,3%		3	1,3%		4	1,1%	
Ovarioepitel	0	0,0%		0	0,0%		0	0,0%	
Dermicilia	0	0,0%		1	0,4%		0	0,0%	
Alta voluntaria	0	0,0%		5	2,1%		10	2,9%	
Estur	6	2,3%							
									0,621

Figura 12 Póster 325



**Resultados:** Descriptivo poblacional y SCACEST.

**Conclusiones:** Se confirmó que el número total de ingresos fue menor durante la pandemia. Existió una disminución en la búsqueda de atención médica presencial y aumento de la domiciliaria. El análisis del total de tiempos no arrojó diferencias, siendo similar la gravedad. El periodo pandemia presentó mejor mediana de tiempo para el intervalo “Primer contacto-balón” (122 minutos). El subgrupo poblacional “Otros cardiacos” presenta mortalidad significativa, siendo importante la variabilidad de diagnósticos y entidades clínicas que lo componen y abriendo una nueva ventana de estudio e investigación.

**326. CÓDIGO INFARTO Y SUS FALSOS POSITIVOS: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

Giner Brocal E, Borrás Pallé S, Hernández Garcés H, Zaragoza Crespo R, Alcalá Gallardo CA, Chavero García T, Chacón Betancourt B, Sánchez Zafra S y Sigona-Giangreco I

Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia.

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del H.U Dr. Peset de Valencia tras activación del “código infarto” (CI) durante un año; y evaluar las diferencias entre aquellos que fueron falsos positivos (FP) con respecto a los verdaderos positivos (VP).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, en los que se activó el código infarto ante SCACEST. Se recogieron variables demográficas, antecedentes, características del episodio y evolución. Se analizaron las características de los FP frente a VP, siendo los FP aquellos que no mostraban lesiones oclusivas/suboclusivas en la coronariografía. Las variables cualitativas se ex-

presan mediante N (%); las cuantitativas como mediana (RIQ). Para la comparación de grupos se utilizó  $\chi^2$  para las variables cualitativas y U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas. Se consideró significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 103 pacientes. La mediana de edad fue 67 (56-76) años. 80 (77,7%) eran varones, 12 (11,7%) tenían un infarto previo y 3 (2,9%) presentaban BRI (bloqueo de rama izquierda) previo. El 87,4% de los CI se activaron por elevación del ST en al menos 2 derivaciones contiguas, el 44 (42,7%) en las inferiores. Se activó por parada cardiorrespiratoria en 2 (1,9%) pacientes. Por orden de activación del CI, el SMI activó 71 (68,9%), el servicio de emergencias (SAMU) 14 (13,6%) y el servicio de urgencias (SU) 6 (5,8%); el resto 11 (10,7%) otros servicios u hospitales. Se realizaron 25 (24,3%) cateterismos en nuestro hospital y 78 (75,7%) en el de referencia. En 11 (10,7%) no se objetivó oclusión coronaria, siendo catalogados como FP. Al comparar los FP y VP las características fueron similares, salvo en el porcentaje de mujeres y la presencia de BRI previo. Entre las mujeres, 6 (26%) de los CI fueron FP frente al 6% de los hombres ( $p = 0,013$ ). 2 (66%) de los 3 pacientes con BRI previo no presentaron oclusión coronaria, frente al 9% de FP que no presentaban BRI previo ( $p = 0,03$ ). Respecto al servicio de activación: SMI tuvo 8 (11,3%) FP, frente a 2 (33,3%) del SU y 1 (9,1%) del SAMU, sin estadificación significativa. Los diagnósticos al alta de los FP fueron: angina inestable en 3 pacientes; 2 “MINOCA”, 1 caso de miocarditis; 1 síndrome de “tako-tsubo”, 2 miocardiopatías, 1 ansiedad.

**Conclusiones:** En nuestro medio, el SMI activa la mayoría de los CI. En nuestra serie el porcentaje de FP en relación a la activación del mismo es similar a otras series publicadas, siendo las mujeres y los pacientes con BRI previo los que presentan mayor proporción de FP.

**327. DEPRESIÓN Y RIESGO CARDIOVASCULAR. ¿SE PUEDE MORIR DE UN CORAZÓN ROTO?**

Lardelli Picallos S, Pérez Caballero FL, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Aguirado Sánchez RM, Gil Pérez NM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MF y Valverde Calvo T

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

**Objetivos:** La depresión es factor de riesgo independiente de infarto agudo de miocardio (IAM). Además, parece ser factor de riesgo de complicaciones, justificando por tanto el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como prevención de IAM. Como objetivos: 1º Cuantificar la asociación entre la depresión previa, tratada o no con ISRS, con la incidencia de los principales desenlaces adversos (DA) del IAM. 2º Conocer las principales características de los pacientes con IAM ingresados.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo con 132 pacientes ingresados por IAM en la UCI del Hospital de Mérida entre octubre 2022 y 2023. Se estudió la distribución de variables basales y de DA en función

de la presencia o no de depresión. Para cuantificar la asociación entre esta, su tratamiento y los DA del IAM se aplicaron modelos de regresión logística. Análisis: paquete Stata versión 17.

**Resultados:** El 19,7% de la muestra presentaba depresión al ingreso y de ellos, un 53,8% se trataba con ISRS. El SCACEST es más frecuente en los pacientes con depresión (88,5 vs. 63,2%). Respecto a la distribución de los DA, el más frecuente fue el *shock* cardiogénico (12,9%). Hay asociación entre depresión y DA, destacando el *shock* y la parada cardiopulmonar (PCR). Diferenciando depresión con/sin tratamiento se mantiene significación en las asociaciones del *shock* y la PCR para ambos estratos. En los pacientes con depresión no se observan asociaciones relevantes entre la ausencia de tratamiento y los DA salvo para el edema agudo de pulmón (EAP).

**Conclusiones:** Se sugiere que la depresión es un factor de mal pronóstico de IAM. Aun ajustando las asociaciones con modelos de regresión es un diseño observacional y la causalidad es cuestionable. Respecto al papel protector de los ISRS frente a DA la escasa muestra limita los resultados, parece que la PCR y el EAP asocian más incidencia sin tratamiento. El estudio es un pilotaje de diseños más potentes.

Tabla 1. Estudio descriptivo I: Variables basales.

Variable	Categorías	Población total		Con depresión		Sin depresión		P*
		N	%	N	%	N	%	
SCACEST	No	42	31,8	3	11,5	39	36,8	0,013
	Sí	90	68,2	23	88,5	67	63,2	
Hombre	No	33	25	12	46,1	21	19,8	0,005
	Sí	99	75	14	53,8	85	80,2	
HTA	No	59	44,7	10	38,4	49	46,2	0,475
	Sí	73	55,3	16	61,5	57	53,7	
DLP	No	81	61,4	18	69,2	63	59,4	0,358
	Sí	51	38,6	8	30,8	43	40,6	
Fumador	Nunca	54	40,9	9	34,6	45	42,5	0,251
	Exfumador	25	18,9	3	11,5	22	20,8	
	Sí	53	40,2	14	53,9	39	36,8	
Exfumador	No	106	80,3	23	88,5	83	78,3	0,243
	Sí	26	19,7	3	11,5	23	21,7	
Cocaína	No	127	96,2	24	92,3	103	97,2	0,245
	Sí	5	3,8	2	7,7	3	2,8	

\*: Test Chi cuadrado.

Tabla 2. Estudio descriptivo II: Desenlaces adversos del IAM

Variable	Categorías	Población total		Con depresión		Sin depresión		P*
		N	%	N	%	N	%	
Segundo IAM	No	130	98,5	24	92,3	106	100	0,004
	Sí	2	1,5	2	7,7	0	0	
EAP	No	121	91,7	22	84,6	99	93,4	0,147
	Sí	11	8,3	22	84,6	4	15,4	
Shock Cardiogénico	No	115	87,1	18	69,2	97	91,5	0,002
	Sí	17	12,9	8	30,8	9	8,5	
BAV	No	129	97,7	26	100	103	97,2	0,386
	Sí	3	2,3	26	100	3	2,8	
PCR	No	122	92,4	21	80,8	101	95,3	0,012
	Sí	10	7,6	5	19,2	5	4,7	
Muerte	No	124	93,9	22	84,6	102	96,2	0,026
	Sí	8	6,1	4	15,4	4	3,8	

\*: Test Chi cuadrado.

Tabla 3. Odds Ratio crudas (ORc) y ajustadas (ORa) de la asociación entre depresión (ausencia versus presencia) y desenlaces adversos.

Desenlace	Exposición: Depresión*			
	ORc	IC 95%	ORa#	IC 95%
Muerte	4,64	1,08 - 19,97	4,33	0,53-35,23
EAP	2,57	0,69-9,55	5,88	0,92 - 37,71
Shock cardiogénico	4,79	1,63-14,06	6,83	1,41 - 32,98
PCR	4,81	1,28 - 18,11	26,99	2,85 - 255,57

\*: Categoría de referencia: ausencia de depresión al ingreso.

#: Resto de variables incluidas en el modelo: edad, sexo, diabetes, hipertensión, tabaco, dislipemia, consumo de cocaína y tratamiento con ISRS.

Tabla 4. Odds Ratio crudas (ORc) y ajustadas (ORa) de la asociación entre depresión (ausencia, depresión tratada y depresión no tratada) y desenlaces adversos.

Desenlace	Estimaciones crudas				Estimaciones ajustadas			
	Depresión tratada		Depresión no tratada		Depresión tratada		Depresión no tratada	
	ORc*	IC 95%	ORc*	IC 95%	ORa*#	IC 95%	ORa*#	IC 95%
Muerte	4,65	0,76-28,27	4,65	0,76-28,27	5,63	0,71-44,71	4,29	0,52-35,29
EAP	1,18	0,13-10,42	4,24	0,95-19,03	2,61	0,23-30,02	5,84	0,90-37,88
Shock cardiogénico	4,79	1,23-18,69	4,79	1,23-18,69	6,61	1,38-31,60	6,39	1,27-32,21
PCR	3,67	0,64-21,22	6,06	0,20-0,12	15,13	1,38-166,13	24,56	2,43-247,95

\*: Categoría de referencia: ausencia de depresión al ingreso.

#: Resto de variables incluidas en el modelo: edad, sexo, diabetes, hipertensión, tabaco, dislipemia y consumo de cocaína.

Tabla 5. Odds Ratio crudas (ORc) y ajustadas (ORa) de la asociación entre el tratamiento con ISRS (no versus sí) y desenlaces adversos en los pacientes con depresión (n=26).

Desenlace	Exposición: depresión no tratada con ISRS*			
	ORc	IC 95%	ORa#	IC 95%
PCR	1,65	0,23-12	1,15	0,03-41,49
Muerte	1	0,12-8,42	-&	-
EAP	3,6	0,32-40,23	7,09	0,13-393,22
Shock cardiogénico	1	0,19-5,29	0,7	0,07-6,83

\*: Categoría de referencia: depresión tratada con ISRS.

#: Resto de variables incluidas en el modelo: edad, sexo, diabetes, hipertensión, tabaco, dislipemia y consumo de cocaína.

&: No se pudo ajustar el modelo.

### 328. DEPRESIÓN MINOR E IAM. ¿LA GRAVEDAD DE LA DEPRESIÓN INFLUYE EN LA INTENSIDAD DEL RIESGO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES?

Lardelli Picallos S, Pérez Caballero FL, Luque Mármol E, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Aguirado Sánchez RM, Gil Pérez NM, Borge Rodríguez G, Benítez Morillo MF y Valverde Calvo T

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

**Objetivos:** El estudio previo sugiere que la depresión mayor (DM) es un factor pronóstico además de factor de riesgo independiente del infarto agudo de miocardio (IAM), cuestionando la causalidad dado el tamaño muestral. Se sospecha acorde a comorbilidades de la muestra el infradiagnóstico del síndrome depresivo (SD) y por tanto la posibilidad de que la gravedad o subtipos condicionen diferencias pronósticas en el IAM.

**Objetivos:** 1º Cuantificar la asociación entre los SD (incluyendo DM, depresión menor y trastornos depresivos persistentes) con los desenlaces adversos (DA) del IAM. 2º Conocer las principales características de los pacientes con IAM ingresados.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo con 132 pacientes ingresados por IAM en la UCI del Hospital de Mérida entre octubre 2022 y 2023. Se estudió la distribución de variables basales y de DA arreglo a la presencia de SD. Para detectar los pacientes con posible SD previo al IAM se diseñó una encuesta de cribado del SD no diagnosticado basada en el DSM-V y validada por el Servicio de Psiquiatría. La asociación entre SD previos, tratamiento y DA se valoró con modelos de regresión logística. Análisis: paquete Stata versión 17.

**Resultados:** El 43% muestral presenta SD y de ellos un 25% en tratamiento. El shock cardiogénico es el DA total más frecuente (13%), siendo la parada cardiorrespiratoria (PCR) el DA más frecuente en los pacientes con SD (67 vs. 75%), sin hallar otra asociación entre los SD menores y la

mayoría de los DA. El sexo masculino, el tabaco y la cocaína están asociados con el SD en el IAM. No se ha encontrado diferencias en los DA entre los SD con/sin tratamiento.

Tabla 1. Estudio descriptivo I: Variables basales.

Variable	Categorías	Población total		Con depresión		Sin depresión		P*
		N	%	N	%	N	%	
Otro	No	93	70,45	34	59,6	59	78,7	0,018
A.PSQ.	Si	39	29,5	23	40,3	16	21,3	
	No	118	89,4	13	50	105	99,1	0
ISRS	Si	14	10,6	13	50	1	0,9	
	No	33	25	22	38,6	11	14,7	0,002
Hombre	Si	99	75	35	61,4	64	85,3	
	No	59	44,7	25	43,8	34	45,3	0,866
HTA	Si	73	55,3	32	56,1	41	54,7	
	No	81	61,4	33	58	48	64	0,475
DLP	Si	51	38,6	24	42,1	27	36	
	No	79	59,8	27	47,4	52	69,3	0,011
Tabaco	Si	53	40,15	30	52,6	23	30,7	
	No	106	80,3	48	84,2	58	77,3	0,325
Exfumador	Si	26	19,7	9	15,8	17	22,7	
	No	127	96,2	52	91,2	75	100	0,009
Cocaína	Si	5	3,8	5	8,8	0	0	

\*: Test Chi cuadrado.

Tabla 2. Estudio descriptivo II: Desenlaces adversos del IAM

Variable	Categorías	Población total		Con depresión		Sin depresión		P*
		N	%	N	%	N	%	
SCACEST	No	42	31,8	18	31,6	24	32	0,959
	Si	90	68,2	39	68,4	51	68	
Segundo IAM	No	130	98,5	55	96,5	75	100	0,102
	Si	2	1,5	2	3,5	0	0	
EAP	No	121	91,7	52	91,2	69	92	0,874
	Si	11	8,3	5	8,8	6	8	
Shock Card.	No	115	87,1	48	84,2	67	89,3	0,384
	Si	17	12,9	9	15,8	8	10,7	
BAV	No	129	97,7	56	98,2	73	97,3	0,728
	Si	3	2,3	1	1,7	2	2,7	
PCR	No	122	92,4	2	3,3	1	2,5	0,012
	Si	10	7,58	4	6,7	3	7,5	
Muerte	No	124	93,9	53	93	71	94,7	0,688
	Si	8	6,1	4	7	4	5,3	

\*: Test Chi cuadrado.

Tabla 3. Odds Ratio ajustadas de la asociación entre síndrome depresivo (ausencia, síndrome depresivo tratado y síndrome depresivo no tratado) y desenlaces adversos.

Desenlace	Síndrome depresivo		Tratamiento con ISRS	
	OR ajustada *#	IC 95%	OR ajustada *#	IC 95%
Desenlace	N		N	
Muerte	0,68	0,09-4,72	4,92	0,52-46,8
EAP	1,02	0,22-4,77	1,58	0,14-18,3
shock cardiogénico	1,06	0,3-3,77	3,57	0,74-17,16
PCR	3,05	0,52-17,99	1,73	0,24-12,64

\*: Categoría de referencia: ausencia de depresión al ingreso.  
#: Resto de variables incluidas en el modelo: edad, sexo, diabetes, hipertensión, tabaco, dislipemia y consumo de cocaína.

**Conclusiones:** Se sugiere un factor protector en comparación con la muestra aislada con DM. Se podría inferir que, a mayor gravedad de la depresión, mayor riesgo de DA. Las características, el tamaño muestral y el formato de detección del SD deberían reevaluarse en próximos estudios.

### 329. HALLAZGOS CORONARIOS, TIEMPO DE REVASCULARIZACIÓN, ESTANCIA MEDIA Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Martín Castillo R, Eliche Mozas R, Barreno García D, Sánchez García AM, Nuevo Ortega P y Esteche Fonca MA

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

**Objetivos:** Comparar la arteria responsable del síndrome coronario agudo, el tiempo hasta realización de angioplastia primaria, la estancia media en la unidad y la mortalidad durante el ingreso; intentando relacionar una mayor enfermedad y demora con un incremento de mortalidad y estancia.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los 168 pacientes con síndrome coronario agudo con y sin elevación del segmento ST ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el 1 de junio al 11 de noviembre de 2023.

**Resultados:** Las arterias causantes del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST con mayor frecuencia son la coronaria derecha en un 34,5% de los casos, la descendente anterior en el 28,2% y la circunfleja en el 12,7%. En caso del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST, el 19% de los casos se produce por enfermedad de tres vasos, seguido de la lesión monovaso en coronaria derecha en el 17,2% y la enfermedad de dos vasos en el 15,5%, siendo este último predominante cuando existe intermedio riesgo, encontrándose en el 29,2% de los pacientes. Finalmente, la mediana de estancia en la Unidad de Medicina Intensiva en todos los tipos de síndrome coronario agudo ha sido de 2 días.

TIPO	URGENTE	DIFERIDO			MORTALIDAD		
		< 24 h	24 - 48 h	> 48 h	UCI	PLANTA	GLOBAL
SCACEST	95.5%	4.5%	0%	0%	1.8%	3.6%	5.5%
SCASEST	R. Alto	38.9%	38.9%	16.7%	5.6%	16.7%	22.2%
	R. Medio	16.7%	63.5%	12.5%	8.3%	0%	4.2%
	R. Bajo	31.3%	37.5%	18.5%	12.5%	0%	0%
	Total	27.6%	48.3%	15.5%	8.6%	5.2%	3.4%

**Conclusiones:** La arteria más afectada en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST ha sido la coronaria derecha, seguida de la descendente anterior. La enfermedad de tres vasos es la causa más frecuente de síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST. Casi todos los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST se trataron de forma urgente y la mayor parte de los sin elevación del ST se revascularizaron de manera diferida en las primeras 24 horas. La mortalidad global del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST es mayor al con elevación del ST, a expensas del alto riesgo, en probable relación a la demora en el tratamiento. La mediana de estancia ha sido similar en todos tipos de infarto agudo de miocardio.

### 330. MODELO HUB & SPOKE PARA REPERFUSIÓN EN EL SCACEST. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL COMARCAL

Delgado Mesa P, Macías Clemente J, Razak Soriano M, González Contreras JJ, Gómez Prieto MG y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos:** El modelo Hub & Spoke de centros intermedios entre la emergencia primaria y el centro de referencia se han convertido en estándar de atención, siempre que se garanticen los tiempos. Analizamos los resultados de este modelo en la atención del SCACEST en un hospital comarcal.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de enero 2022 a septiembre de 2023 sobre una base de datos anonimizada de pacientes atendidos en Urgencias con diagnóstico de SCACEST con indicación de reperusión en un hospital comarcal de ámbito periurbano referencia de 300.000 hab a 14 Km de la Sala de Hemodinámica. Variables: presentación, tiempos de atención y derivación, estrategia de reperusión, tratamiento médico aplicado, procedimientos realizados, complicaciones y mortalidad. Las variables continuas se expresan como medianas (percentil 25-75) y las categóricas como porcentajes. Se utilizó test de chi-cuadrado o test de Fisher con nivel de significación  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizan 94 pacientes con SCACEST, de los que se excluyen 3 regresos tras ACTP en hospital de referencia y 23 diferidos, 14 por evolucionados > 8 h, 5 por normalización del ECG y 4 por cambios clínicos, quedando 68 para el análisis. Edad 62 (52,5-72) años, 72% varones, 54 (79%) con dolor torácico inicial, 73% atendidos en emergencia. No se utilizaron fibrinolíticos, y todos se derivaron a hemodinámica. El tiempo de llegada a Urgencias fue de 117 (51-186) minutos, de llegada a hemodinámica 76 (64-101,5) minutos [ $< 90$  min un 68% y  $< 120$  min 85%], y un tiempo de isquemia 201 (132-297). Una gran parte de la de-



mora se debió a la activación del transporte secundario. Recibieron AAS 100%, clopidogrel 9%, prasugrel 44%, ticagrelor 43%, heparina sódica 99%, nitroglicerina 91% y atorvastatina el 93%. Un 96% tenían lesiones coronarias, 53% en ADA, 46% en ACD y 24% en ACX, y 1% en tronco. 8 pacientes requirieron intervencionismo en 2º tiempo. Se realizó ACTP en 71%, tromboaspiración en 35%, y se colocaron *stents* en el 69%. El flujo obtenido fue TIMI 3 en 94%, con TIMI 0 en 2 casos. Hubo 1 caso de Tako-Tsubo y una miocarditis fulminante. La FEVI al alta fue 51 (47-56) y la mortalidad al alta y a los 30 días fue de un 3%. La mortalidad a la alta y 30 días de los pacientes con Coronariografía diferida fue del 9% ( $p = 0,260$ ).

**Conclusiones:** El modelo *Hub & Spoke* exige una alta coordinación, pero obtiene buenos resultados, con una elevada concordancia entre hospitales y unos tiempos razonables, aunque mejorables por el transporte secundario.

### 331. AFECTACIÓN CARDÍACA Y NEUROLÓGICA SECUNDARIA A INFARTO DE MIOCARDIO POR CONSUMO DE COCAÍNA

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

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

**Objetivos:** Análisis de las complicaciones neurológicas y episodios arritmicos malignos tras sufrir un IAM secundario a consumo de cocaína.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo del 2019 al 2023, obteniendo una muestra de 14 pacientes ingresados en UCI de nuestro hospital por IAM con antecedentes de consumo de cocaína. Se obtuvieron las siguientes variables: edad, sexo, FRCV, consumo de tabaco, alcohol y marihuana, tipo de infarto y coronaria afectada, episodios de arritmias malignas y afectación neurológica. Se empleó el chi-cuadrado para el análisis estadístico con el programa SPSS. El nivel de significación estadística de referencia fue de  $p < 0,05$  para rechazar hipótesis nula (no relación).

**Resultados:** El 86% eran varones, con una media de edad de 47 años. El 32% presentó algún factor de riesgo cardiovascular. El 57% sufrió un SCASEST. En cuanto a la afectación de las coronarias, el 57% tuvo lesión en la descendente anterior (DA), 57% en la circunfleja (Cx) y un 35% en la coronaria derecha (CD). El tabaquismo se encontraba presente en el 71%, el consumo de alcohol en el 92% y la marihuana en el 42%. El 14% presentó un episodio de arritmia maligna y el 50% de estos sufrió una PCR ( $p < 0,01$ ). El 33% que fumó marihuana presentó un episodio de arritmia ( $p 0,07$ ). El 100% de las arritmias se produjeron tras un SCACEST ( $p 0,78$ ), y la Cx se lesionó en el 100% ( $p 0,25$ ). La afectación neurológica estuvo presente en el 14%, de los cuales el 50% sufrió una PCR ( $p 0,19$ ). El 100% consumió alcohol y tabaco ( $p 0,83$ ) y el 50% marihuana ( $p 0,82$ ). El 50% presentó una afectación Cx ( $p 0,65$ ). Tampoco hay una asociación significativa entre el tipo de infarto y la afectación neurológica ( $p 0,89$ ).

**Conclusiones:** Tal y como se describe en la literatura, la presencia de una arritmia maligna aumenta el riesgo de PCR. Por otro lado, no hay relación o mayor riesgo de presentar complicaciones ya sean neurológicas o cardiológicas según el tipo de infarto o que coronaria se vea afectada. Así mismo, el consumo de tóxicos tampoco tiene una asociación estadísticamente significativa, aunque parece que el consumo de marihuana puede presentar un aumento del riesgo de sufrir una arritmia maligna, pero dado que la muestra es muy pequeña, en concreto 2 pacientes con afectación neurológica, no es valorable.

### 332. SOPORTE RESPIRATORIO, HEMODINÁMICO Y MORTALIDAD EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO

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

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

**Objetivos:** Comparar pronóstico y gravedad al ingreso del SCA con necesidad de soporte hemodinámico y respiratorio y riesgo de mortalidad durante la estancia hospitalaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo donde registramos pronóstico y severidad de los pacientes ingresados por SCA en nuestra unidad relacionándolo con la necesidad de soporte vasoactivo y respi-

ratorio con la mortalidad durante su estancia hospitalaria. Presentamos una muestra de 168 pacientes (110 SCACEST y 58 SCASEST) ingresados en los últimos 6 meses del 2023. Valoramos pronóstico y severidad al ingreso con la escala Killip y la escala TIMI, considerando a los SCACEST como alto riesgo, mientras que los SCASEST los hemos dividido en riesgo bajo, intermedio o alto según las características de cada paciente.

**Resultados:** Los SCA hospitalizados en nuestra UCI presentaban en su mayoría un pronóstico favorable al ingreso (89% Killip  $\leq 2$ ). Al utilizar la escala TIMI observamos como el 76% de los SCA son de alto grado, el 14% de riesgo intermedio y el 10% de bajo riesgo. Apreciamos como el 65% de las hospitalizaciones con pronóstico moderado-grave al ingreso (Killip  $\geq 3$ ) precisaron algún tipo de soporte. El 63% requirió soporte farmacológico y el 84% precisó soporte respiratorio. Valorando la severidad con la escala TIMI, de los SCA de alto riesgo, el 17% precisó soporte vasoactivo y el 11% soporte respiratorio, con porcentajes mínimos en los SCA de riesgo intermedio-bajo. Con respecto a la mortalidad fallecen el 6,5% del total, precisando todos soporte vasoactivo y respiratorio. Destaca como el 45% presentó un Killip  $\leq 2$  al ingreso. Con respecto a la gravedad, el 90% correspondía con SCA de alto riesgo. Por grupos, SCACEST vs. SCASEST, en los primeros apreciamos que el 22% precisó soporte farmacológico y el 10% soporte respiratorio, falleciendo el 5,5% del total de SCACEST (50% Killip  $\leq 2$ ), que corresponde al 55% del total de la muestra. En los SCASEST el 10% precisó soporte farmacológico (todos de alto grado), y el 12% soporte respiratorio, correspondiendo el 87% con SCASEST de alto grado. Fallecieron el 8,6% del total de SCASEST (40% Killip  $\leq 2$ ).

**Conclusiones:** La mayoría de los SCA hospitalizados en nuestra unidad presentaban un pronóstico favorable al ingreso. Un alto porcentaje fueron SCA de alto riesgo, siendo los que mayor soporte vasoactivo y respiratorio han precisado y los que mayor mortalidad han presentado. Comparando por grupos, mayor necesidad de soporte vasoactivo y respiratorio junto a mayor mortalidad en SCACEST. Alto porcentaje de las defunciones corresponden a pacientes que ingresaron con un pronóstico a priori favorable.

### 333. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE SCASEST INGRESADOS EN UCI DESDE EL AÑO 2017 HASTA 2022

González Santamaría M

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Objetivos:** Análisis descriptivo de SCASEST ingresados en UCI desde el año 2017 hasta 2022.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de SCASEST en la UCI del C.H.U. de Ourense. Análisis de comorbilidades, *scores* de gravedad, necesidad de soporte, tratamiento y pronóstico. Las variables cuantitativas se expresan como mediana [ $p0,25$ ,  $p0,75$ ] y las cualitativas como porcentaje.

**Resultados:** 531 pacientes. 78,7% varones. Edad 70 (59-78) años. Comorbilidades más frecuentes: fumadores (38,8), enolismo (18,8), HTA (65,5), dislipemia (56,7), DM2 (57,7), cardiopatía isquémica (28,4), EPOC (12,1), arteriopatía (7,9), ERC moderada-grave (11,5), enfermedad cerebrovascular (5,1), sangrado previo (1,7), úlcera gastroduodenal (1,5). Índice de Charlson: 1 (0-3). El 94,9% presentaban NYHA basal I. Al ingreso, escala Killip-Kimball 3 (8,5%) y 4 (2,3%). GRACE 120 (99-142), CRUSADE 25 (16-39). El 91,1% recibió doble antiagregación: AAS (99,2); clopidogrel (42); ticagrelor (50,5); prasugrel (0,4). El 87,8% recibió anticoagulación antes de la coronariografía. Se realizó coronariografía en el 99,2%. Tipo: 4,3% precoz ( $< 24$  h), 61,8% temprano ( $< 24$  h) y 31,3% electivo ( $< 72$  h). Arteria responsable: DA (34,8), Cx (26,6). Enfermedad multivaso (52,1). Uso de antagonistas GP IIB/IIIa (1,5), cangrelor (8,7). El 69,5% presentó TIMI 3 poscoronariografía. Soporte: aminas (2,1), VMI (2,1), VMNI (7,7), marcapasos temporal (0,4), BCPIAo (0,4). Complicaciones mecánicas (2,4), eléctricas (2,6). PCR (1,1). Traslado para CABG (9,2). Se realizó ETT en el 94,2%, presentando alteraciones el 70,6% con FEVI  $> 50$  67,8%. Estancia en UCI 2 (2-4) días. Mortalidad en UCI 0,9%. Mortalidad hospitalaria 11,3%. A los 6 meses: mortalidad 5,1%; reinfarto 1,9%. NYHA  $> 2$  poshospitalario 13,2%.

**Conclusiones:** Son pacientes de edad avanzada con múltiples factores de riesgo cardiovascular. En un alto porcentaje de paciente se consiguió una reperfusión óptima, siendo la ARI más frecuente la DA. En la mayoría de los pacientes se realiza coronariografía precoz y ETT antes del alta de UCI. La mortalidad en UCI y a 6 meses es muy baja, así como la tasa de reinfarto y la aparición de IC.

**334. IAMSEST EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. PREDICTORES DE MORTALIDAD Y/O DISFUNCIÓN VENTRICULAR**

Larrañaga Sigwald L

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Objetivos:** Análisis comparativo entre pacientes con/sin disfunción VI y/o mortalidad los 6 meses. Identificación de predictores de mortalidad y/o disfunción.

**Métodos:** Estudio cohortes retrospectivo (2017-2022). Análisis comparativo: IAMSEST con/sin disfunción y/o mortalidad (comorbilidad, gravedad, soporte, evolución). Variables cuantitativas: mediana y RIC (p25-p75), comparadas: U de Mann-Whitney. Variables cualitativas: n y (%), comparadas con  $\chi^2$ . Análisis de regresión logística con el *outcome* compuesto de mortalidad a los 6 meses y/o disfunción VI (< 40%).

**Resultados:** Hombre (RR = 1,16, IC95% 0,517-2,627, p 0,712), edad < 70a (OR = 0,77, IC95% 0,365-1,647, p 0,508), aminas/inotropos (OR = 0,37, 0,056- 2,538, p 0,315), p CR (RR = 1,104, 0,06-2,03,0,947), multiviso (RR = 1,205, 0,749-1,402, p 0,878), TAPD (OR = 0,492, 0,189-1,276, p 0,145), tipo cde ateterismo (OR = 0,977, 0,621-1,536, p 0,919), SOFA (RR = 1,069, IC95% 0,837, p 0,594), GRACE (RR = 1,014, IC95% 1,002- 1,026, p 0,021), Killip (RR = 2,478, IC95% 1,603-3,830, p < 0,001), Charlson (RR = 1,019, 0,88-1,175, p 0,799), TIMI III (OR = 0,76, IC95% 0,60-0,96, p 0,023), TAPD (OR = 0,492,0,189-1,276, p 0,145) .

Variables	No disfx ni mortalidad	Disfx y/o mortalidad	p
N	471	60	
Edad	69 (58-78)	74 (65-80)	0,04
Hombres	370 (79)	48 (80)	0,797
Estancia hospital	7 (5-9)	9 (6-13)	< 0,01
Índice Charlson	1 (0-2)	2 (1-4)	< 0,01
GRACE	116 (97-137)	152 (129-172)	< 0,01
CRUSADE	24 (15-36)	41 (26-55)	< 0,01
SOFA	0 (0-0)	1 (0-3)	< 0,01
DM	21 (4)	10 (17)	< 0,01
NYHA > 2	20 (4)	7 (12)	< 0,01
Killip > 3	33 (7)	24 (40)	< 0,01
TAPD	434 (92)	50 (83)	0,024
Clopidogrel	185 (39)	38 (63)	< 0,01
PCR	3 (0,6)	3 (5)	0,003
Cate temprano< 24 h	293 (62)	35 (58)	
Cate electivo< 72 h	148 (31)	18 (30)	0,021
TIMI III	340 (72)	29 (48)	0,001
Enfermedad multiviso	154 (32)	30 (50)	0,048
Aminas/inotropos	5 (1)	6 (10)	< 0,001
VMI	5 (1)	6 (10)	< 0,001
Revascularización incompleta	141 (30)	31 (52)	< 0,001
Reperusión fallida	15 (3)	9 (15)	< 0,001
Revascularización 2º tiempo	64 (14)	14 (23)	0,045
Complicaciones mecánicas	9 (2)	4 (7)	0,025
Arritmias	8 (3)	6 (10)	< 0,001
CABG	35 (7)	14 (23)	< 0,001
IECAs	453 (96)	54 (90)	0,03
NYHA ≥ 2 pos-UCI	40 (9)	30 (50)	< 0,001
RelAM 6 meses	7 (1,5)	3 (5)	0,059

**Conclusiones:** Los IAMSEST con disfx y/o muerte tienen mayor gravedad al ingreso, enfermedad multiviso, reperusión fallida y soporte El Killip y el GRACE score son factores predictores independientes de mortalidad a 6 meses y/o disfunción.

**335. IAMSEST EN PACIENTES > 70 AÑOS. ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD**

Suárez Fernández DE, Larrañaga Sigwald L, González Santamaria M, Flores Caballero B, Cortes Cañones JR, González Chana B, Vilaboy Alvite EM y Priego Sanz J

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

**Objetivos:** Comparar pacientes con IAMSEST menores y mayores de 70 años. Identificar predictores de mortalidad o disfunción miocárdica en el grupo de pacientes > 70 años) ingresados por IAMSEST en la UCI del Complejo Hospitalario de Ourense.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo (2017-2022). Analizamos características demográficas, gravedad, tratamiento, soporte y pronóstico. Variables cuantitativas expresadas como mediana

y RIC (p25-p75) y comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y % y comparadas con  $\chi^2$ .

**Resultados:** 531 pacientes. 49,15% son > 70 años. Resultados estadísticamente significativos con  $p > 0,05$ , donde se compararon < 70a vs. > 70a respectivamente. Varones 73,9 vs. 83,3%. Edad 78 (74-82) vs. 59 (53-65). Grace score 137(122-156) vs. 103 (85-118). Fumadores 21 vs. 55,9%. Enolismo 14,6 vs. 23%. HTA 79% vs. 52,2%, dislipemia 62,8 vs. 50,7%, índice de Charlson 2(1-4) vs. 1(0-2). CRUSADE score 33 (23-44) vs. 18(9-27). Tratamiento antiagregantes: clopidogrel 63 vs. 21,5%, ticagrelor 31 vs. 69,3%. enfermedad multiviso 41,7 vs. 27,7% (p 0,07). Necesidad de VMNI 11,9 vs. 3,7%. Aminas 1,5 vs. 2,6% (p = 0,391). Betabloqueantes 87 vs. 90,4% (p = 0,216), IECA 96 vs. 95% (p = 0,453), estatinas el 97,3 vs. 96,3% (p = 0,504). FE < 40%: 13 vs. el 9,2%. Deterioro del NYHA > 2: 21 vs. el 5,6%. Estancia hospitalaria 7(5-10) vs. 6(5-9) días. Mortalidad en UCI 0 vs. 1,9%. RelAM 1,9 vs. 1,9% (p = 0,957). En > 70a *exitus* en 6 meses es del 7,3 vs. 3%.

Análisis multivariante. Relación morbimortalidad/disfunción miocárdica			
Variables	OR/RR	IC95%	p
GRACE	1,056	1,012-1,067	< 0,001
CRUSADE	1,044	1,022-1,075	< 0,001
I. Charlson	1,102	0,452-0,856	< 0,146
VMI/IOT	0,038	1,070-1465	0,010
VMNI	4,473	1,0330,1,478	0,010
FEVI estimada	0,745	0,498-1,011	0,106

**Conclusiones:** Los > 70 años son pacientes con más comorbilidades y presentan IAMSEST de mayor riesgo. Son pacientes con mayor necesidad de soporte no invasivo y de estancia hospitalaria, pero presentan una mortalidad muy baja. La gravedad, la necesidad de aminas y el soporte invasivo y no invasivo respiratorio son factores independientes de mortalidad o disfunción miocárdica. En los pacientes > 70a tener GRACE elevado, índice de Charlson > 1, enfermedad multiviso son factores de riesgo para FEVI < 40% al alta de UCI.

Martes, 14 de mayo de 2024

**Pósteres orales****NEUROINTENSIVISMO IV**

08:30-10:00 - Sala 127

**Moderadores:** Bárbara Vidal Tegeador/  
Arturo Zabalegui Pérez**336. HSA ANEURISMÁTICA Y RECUPERACIÓN DE VIDA NORMAL AL AÑO**

Dopazo López B, Bello Villaverde B, Ruibal Couso M, Sánchez de la Iglesia M, Suanzes Hernández J, Simón Miguel L y Manglano Clavero M

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 factores que afecten no solo a la mortalidad, sino a la calidad de vida de los pacientes y recuperación de su estado basal al año del alta de UCI.

**Métodos:** Realizamos estudio observacional prospectivo de pacientes con HSA aneurismática ingresados en nuestra UCI (38 camas, hospital de 3º nivel) del 01/2013- 12/2022. Analizamos variables demográficas, clínicas (síntomas y focalidad al ingreso), antecedentes (tóxicos, FRCV), tratamientos (ventilación mecánica invasiva (VMI), vasopresores, endovascular o quirúrgico) y complicaciones que mejoran el pronóstico al año del alta de UCI, basándonos en la escala GOS. Se realizó un análisis bivariante y multivariante con selección hacia atrás.

**Resultados:** Ingresaron 336 pacientes de edad media 58,1 años (15-90a.). 105 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 4,52; náuseas OR 2,38, plejía OR 0,29 y pares craneales OR 0,34; mayor GCS inicial OR 1,23; menor APACHE II OR 0,87; H-H < 4 OR 0,14; WFNS < 4 OR 0,17; Fisher < 4 OR 0,30; menor GRAEB OR 0,89; tto de exclusión del aneurisma OR 2,95; no otras complicaciones (vasoespasmos OR 0,43; hidrocefalia OR 0,47; Htic OR 0,27; Infección OR 0,13) y no otros tratamientos: vasopresores OR 0,36; anti-comiciales OR 0,44; hipertónico OR 0,16; VMI OR 0,16; Descompresiva OR 0,31). En el análisis multivariante fueron significativos menor edad; no necesidad de VMI, tto de exclusión del aneurisma y ausencia de Infección y complicaciones

**Conclusiones:** La presencia al ingreso de cefalea, náuseas, vómitos y Glasgow mayor, están asociadas a un GOS mayor. Los pacientes menos graves al ingreso de acuerdo a las escalas de gravedad (H&H, WFNS, Fisher, Graeb), presentaron mejor pronóstico y situación al año. La ausencia de necesidad de VMI, tratamiento con vasopresores, anticomiciales e hipertónicos demostraron mejor GOS, en probable relación con ausencia de complicaciones de la propia HSA (vasoespasmos, HTIC, hidrocefalia). En cuanto al tratamiento el tratamiento de exclusión del aneurisma y la ausencia de craneotomía descompresiva mostraron mejor pronóstico funcional. En el análisis multivariable: menor edad, tratamiento de exclusión del aneurisma y ausencia de infecciones durante su estancia en UCI presentaron relación significativa con buena recuperación del estado basal al año del alta de UCI.

### 337. FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Bringas Bollada M, Castrillo Cortecedo, L, González Casanova R, Valdés Francí E, Rubio de la Garza G, de Miguel Martín S y Maichle Null SF

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** La HSA es una enfermedad grave y compleja. Su incidencia se sitúa en torno 9 casos por 100.000 habitantes/año y supone un 5% de todos los ictus. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con HSA (espontánea y traumática) entre julio 2012 y diciembre del 2023. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero. Descriptivo, análisis bivariados mediante U Mann-Whitney y  $\chi^2$ . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

**Resultados:** Se analizaron 431 pacientes. El 47,8% fueron mujeres. El 51,5% se encontraban entre 45 y 70 años. El 38,3% presentaron Fisher IV. El 48,49% tenía lesión vascular asociada (209 pacientes, siendo las más frecuentes el aneurisma 45,7%). El tratamiento más habitual fue la embolización, 173 pacientes (40,13%), seguido de embolización y DVE (7,8%). Presentaron resangrado el 8,4% e hidrocefalia el 20,4%. Se diagnosticó vasoespasmos en 35 pacientes (8,1%). Fallecieron 90 pacientes (20,9%) de los pacientes. En el multivariado los pacientes con GCS de ingreso entre 13-15 presentan una OR de 0,21 (IC 0,06-0,73) respecto a niveles inferiores. La presencia de HIV supone incremento de la mortalidad con un OR 2,71 (IC 1,34-5,49) ocurriendo lo mismo con el resangrado OR 3,2 (IC95% 1,26-8,34).

**Conclusiones:** La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. En la mayoría de los casos se identifica alteración vascular subyacente que es tratada de forma endovascular. El GCS < 13, y el resangrado son factores que condicionan la mortalidad. La asociación con otros diagnósticos vasculares cerebrales como la hemorragia intraventricular fue, también, determinante de un peor pronóstico. El gran peso de la HSA espontánea desdibuja el papel de la HSA traumática.

### 338. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA HSA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, Rubio de la Garza G, Delgado Pascual A, Valdés Francí E, Valiente Raya P, Yordanoz Zlatkoz V y Palazón Blanco A

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Objetivos:** La causa más frecuente de hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) es la rotura de un aneurisma cerebral. Su incidencia se sitúa en torno 9 casos por 100.000 habitantes/año y supone un 5% de

todos los ictus. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar 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 mediante t-Student y  $\chi^2$ . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 25 (IBM®) y R.

**Resultados:** Se analizaron 254 pacientes. El 61,8% fueron mujeres. El 53,9% presentaron Fisher IV. Se realizaron 242 arteriografías diagnósticas. La lesión subyacente fue aneurisma en 195 (76,8%) pacientes, en uno de ellos acompañado de malformación vascular. Hubo 2 pacientes con fistula, y 3 malformaciones vasculares (incluida la descrita en aneurisma). En el 50,8% tratamiento endovascular de la lesión, solo el 12,2% preciso DVE. El 95% se realizaron en las primeras 24 horas. La incidencia de vasoespasmos fue del 13,4%, y resangrado 8,7%. La mortalidad en UCI fue del 2,4%. En el estudio bivariado, fueron marcadores de mal resultado: la presencia de hematoma intraparenquimatoso OR de 3,74 (IC 1,084-12,934), la hemorragia intraventricular OR 3,63 (IC 1,26-10,43) y el GCS < 8 en el ingreso como durante la evolución en UCI OR de 5,78 (IC95% de 1,39-23,9). La intubación emergente y la necesidad de ventilación mecánica también mostraron significación entre los fallecidos y supervivientes.

**Conclusiones:** En nuestra serie se muestra de forma mayoritaria la presencia de aneurisma como causante de dicha hemorragia. El GCS definen la gravedad de los pacientes y es factor asociado a menor supervivencia. La presencia de hematoma intraparenquimatoso, la HIV, la intubación y la ventilación mecánica son también factores de riesgo de mortalidad.

### 339. PACIENTES CON SÍNDROME POS-UCI CON DETERIORO COGNITIVO. DIFERENCIAS SEGÚN LA CAUSA DE INGRESO NEUROLÓGICO O NO NEUROLÓGICA

Murcia Saez IM, Pérez Villena M, Gómez del Pulgar Villanueva AM, Barrios Arnau M, Gallego Luján C, Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L, Pedrero Rosario JM y García López FA

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

**Objetivos:** Conocer en pacientes con diagnóstico de síndrome pos-UCI (SPUCI) con deterioro cognitivo las diferencias que existieron si el motivo de ingreso en UCI fue por causas neurológicas o no neurológicas.

**Métodos:** Estudio de cohortes prospectivo de pacientes con diagnóstico de SPUCI a los tres meses del alta hospitalaria. Se evaluaron variables demográficas, gravedad, del ingreso en UCI (ventilación mecánica (VM), debilidad adquirida en UCI (DAUCI), delirium, días de ingreso en UCI y hospitalario) y variables de la consulta pos-UCI, Barthel (dependencia), escalas HADS (ansiedad-depresión), IES-R (estrés posttraumático), MOCA (cognitivo), presencia de dolor, trastorno del sueño, calidad de vida EUROQUOL Y FS-12. Estudio descriptivo y comparativo, significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se evaluaron 66 pacientes con deterioro cognitivo, edad mediana 69 (RI: 60,5-75,5), varones 40 (60,6%), APACHE de ingreso 13 (RI: 11-17), antecedentes psiquiátricos 13 (19,7%), requirieron VMI 41 (62,1%), presentaron DAUCI 50 (75,8%) o delirio 33 (50%). Días de ingreso en UCI 11 (RI: 7-22) y en hospital 21 (RI: 15-37). A los tres meses presentan Barthel de 85; DE: 27, HADS 8 (RI: 3,5-15), IES-R 6 (RI: 2-18), MOCA 18 (RI: 14,5-22), presentan dolor 29 (43,9%), trastornos del sueño 21 (31,8%), EUROQUOL 67,5 (50-80), Fs-12PCS 38 (32-47) y Fs-12MCS 54,5 (32-47). Solo un tercio fueron estudiados 22 (33,3%), diagnóstico de causa orgánica 7 (31,8%), psiquiátrica 5 (22,7%) y el resto pendiente de terminar el estudio. Diagnóstico principal neurológico en 23 (34,8%) pacientes que fueron más jóvenes que los no neurológicos 60 (52-68) vs. 67 (61-74) años;  $p: 0,019$ , con menor APACHE 11 (9-16) vs. 14,5 (12-18);  $p: 0,03$ , menor necesidad de VM 15 (36,6%) vs. 26 (63,4%);  $p: 0,03$ . A los tres meses presentan mayor dependencia por Barthel 73,5; DE: 34 vs. 18 (85,7%);  $p: 0,01$  y refieren menos trastorno del sueño 3 (14,3%) vs. 18 (85,7%);  $p: 0,01$ . No encontramos diferencias en DAUCI o *delirium*. Llama la atención en ambos grupos una evaluación cognitiva por MOCA baja, 18,5 (16-22) vs. 18 (13-22) sin diferencias significativas;  $p: 0,5$ .

**Conclusiones:** En nuestra muestra los pacientes con SPUCI con deterioro cognitivo secundario a causa neurológica fueron más jóvenes, con menor gravedad o necesidad de VM pero presentaron mayor dependencia a los tres meses que los pacientes no neurológicos, sin embargo no vimos diferencias significativas en factores como DAUCI o *delirium*. No

hubo diferencias significativas en grupo neurológico o no neurológico en evaluación cognitiva por cuestionario MOCA, siendo en ambos baja. Solo un tercio fueron estudiados.

### 340. FACTORES RELACIONADOS CON PRONÓSTICO DESFAVORABLE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Díaz-Tejeiro Rodríguez A, García Olivares P, Castañeda G, Cedeño Mora J, Álvarez Calonge C, Cango N, Blanco Álvarez A, Ruiz R, Artabe M y Rodríguez A

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

**Objetivos:** Obtener factores pronósticos relacionados con pronóstico desfavorable en pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea aneurismática (HSA) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en pacientes con HSA en UCI del HGU Gregorio Marañón en 2021 y 2022. Se recogieron datos epidemiológicos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), índice de comorbilidad de Charlson, necesidad de soporte orgánico, localización del aneurisma, tratamiento sobre aneurisma, presencia de hemorragia intraventricular (HIV), necesidad de drenaje ventricular externo (DVE) y presencia de vasoespasmo. Escalas pronósticas: SOFA, APACHE II, escala de Fisher modificada (EFm), escala Hunt & Hess (H&H), escala coma de Glasgow (GCS) y escala Federación Mundial Sociedades de Neurocirugía (WFNS). Pronóstico desfavorable fue puntuación 4-6 en escala de Rankin modificada (ERm) (discapacidad moderada-severa o muerte). Análisis descriptivo expresado como media  $\pm$  DE para variables continuas de distribución normal, mediana para variables de distribución no normal y porcentajes para variables categóricas. Análisis univariante realizado mediante chi-cuadrado (RR) para variables cualitativas y regresión logística simple (OR) para variables cuantitativas. Factores relacionados con pronóstico desfavorable obtenidos mediante regresión logística múltiple sobre modelo máximo incluyendo variables significativas en análisis univariante.

**Resultados:** Cincuenta y dos pacientes analizados. 78,8% mujeres, edad  $57 \pm 12$  años, índice de Charlson 0 puntos (0-1). FRCV: HTA 34,6%, dislipemia 21,2%, DM 11,5%. Localización aneurisma: 80,8% circulación anterior y 19,2% posterior. Aneurismas tratados 84,6%, HIV 71,2%, DVE 50%, vasoespasmo 48,1%. Requirieron VMI 59,6%. Escalas: APACHE II  $11 \pm 7$ , SOFA  $5 \pm 5$ , GCS  $10 \pm 5$ , EFm  $3 \pm 1$ , WFNS  $3 \pm 2$  y H&H  $3 \pm 2$ . Evolución desfavorable 31% y mortalidad hospitalaria 23%. En el análisis univariante, las variables relacionadas con evolución desfavorable: edad (OR 1,21; IC95% 1,11-1,33), WFNS (OR 2,49; IC95% 1,58-3,93), H&H (OR 2,71; IC95% 1,66-4,44), HIV (RR 1,48; IC95% 1,18-1,85), VMI (RR 11; IC95% 1,29-93,39), APACHE II (OR 1,19; IC95% 1,08-1,31) y GCS (OR 0,75; IC95% 0,65-0,87). En el análisis multivariante, la edad (OR 1,19; IC95% 1,09-1,31) y la escala H&H (OR 2,71; IC95% 1,66-4,44) únicos factores asociados independientemente con pronóstico desfavorable.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, los factores asociados independientemente con pronóstico desfavorable en pacientes con HSA fueron la edad y la escala Hunt & Hess.

### 341. VALIDEZ DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD UTILIZADAS HABITUALMENTE EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA

Díaz-Tejeiro Rodríguez A, García Olivares P, Cedeño Mora J, Rodríguez C, Candela A, Blanco Álvarez A, Castañeda G, Artabe M, Álvarez C y Rodríguez A

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

**Objetivos:** Evaluar el valor predictivo de escalas pronósticas utilizadas en el paciente crítico y de escalas específicas usadas en pacientes con hemorragia subaracnoidea espontánea aneurismática (HSA).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo, realizado en pacientes con HSA en UCI del HGU Gregorio Marañón en 2021 y 2022. Se recogieron datos epidemiológicos y características clínicas de los pacientes. Escalas pronósticas: SOFA, APACHE II, escala de Fisher modificada (EFm), escala Hunt & Hess (H&H) y escala Federación Mundial de Sociedades de Neurocirugía (WFNS). El pronóstico fue evaluado mediante la escala de Rankin modificada (ERm), considerando desfavorable una puntuación 4-6 (moderado-grave o muerte). Análisis descriptivo expresado como media

$\pm$  DE o mediana para variables continuas y porcentaje para categóricas. La validación de cada escala se realizó con un análisis de su capacidad de discriminación mediante el área bajo la curva ROC (AUROC) y una estimación de su calibración mediante la bondad de ajuste (prueba de Hosmer-Lemeshow).

**Resultados:** Cincuenta y dos pacientes, 78,8% mujeres, edad media  $57 \pm 12$  años e índice de comorbilidad de Charlson 0 puntos (0-1). Escalas pronósticas: APACHE II  $11 \pm 7$ , SOFA  $5 \pm 5$ , EFm  $3 \pm 1$ , WFNS  $3 \pm 2$ , H&H  $3 \pm 2$ . El pronóstico fue desfavorable en un 31%. Estancia hospitalaria de  $41 \pm 29$  días y mortalidad del 23%. Se confirmó que tanto las escalas de gravedad utilizadas en UCI como las específicas de HSA, excepto la EFm, fueron predictoras de pronóstico desfavorable: APACHE II (OR 1,19; IC95% 1,09-1,31), SOFA (OR 1,22; IC95% 1,06-1,40), WFNS (OR 2,49; IC95% 1,58-3,93) y H&H (OR 2,71; IC95% 1,66-4,44). Usando el área bajo las curvas ROC (AUROC) (tabla 1), la escala H&H (AUROC 0,86, IC 0,76-0,96) fue la que presentó mejor discriminación respecto a ERm desfavorable, con una buena capacidad de discriminación (prueba de Hosmer-Lemeshow: chi-cuadrado 3,99,  $p = 0,86$ ). Sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de predicción entre las escalas (fig.) (tabla 2).

Tabla 1. AUROC de las escalas pronósticas analizadas

	DISCRIMINACIÓN		CALIBRACIÓN	
	AUROC	IC 95%	Chi-cuadrado	Sig
APACHE II	0.83	0.72-0.94	3.99	0.86
SOFA	0.80	0.67-0.92	5.44	0.49
WFNS	0.83	0.71-0.95	0.76	0.68
H&H	0.86	0.76-0.96	1.42	0.7

Figura 1. AUROC diferentes escalas pronósticas utilizadas

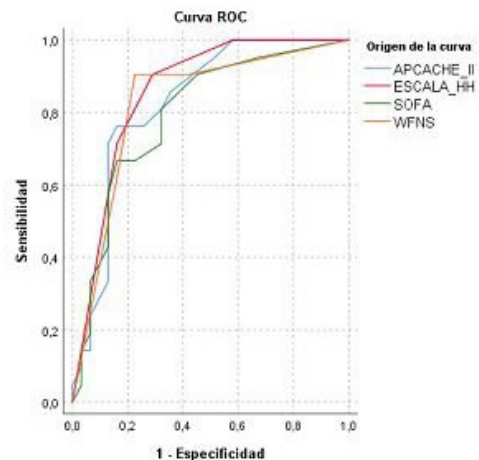


Tabla 2. Diferencia de área de muestras pareadas bajo curvas ROC

	Asintótica	AUROC	95% CI	
	Sig. (bilateral)		Limite inferior	Limite superior
APACHE II - SOFA	,602	,033	-,091	,157
APACHE II - WFNS	,973	,002	-,086	,089
APACHE II - H&H	,472	-,029	-,109	,050
SOFA - WFNS	,408	-,031	-,106	,043
SOFA - H&H	,122	-,062	-,141	,017
WFNS - H&H	,153	-,031	-,073	,011

**Conclusiones:** Según nuestros resultados, las escalas pronósticas específicas utilizadas en pacientes con HSA no fueron superiores a las escalas de gravedad usadas habitualmente en el paciente crítico. De todas las escalas pronósticas analizadas, la que presentó mayor capacidad de discriminar un pronóstico desfavorable fue la escala Hunt & Hess.

**342. EVALUACIÓN DE BIOMARCADORES EN LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA-ISQUÉMICA**

Vega Rodríguez AS, Ortega Cámara J, Villanueva Ortiz A, Prada Osorio R, Amela Peris R y Díaz Díaz A

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

**Objetivos:** Este estudio evalúa los biomarcadores neuronales, enolasa y SB100, en pacientes posparada cardiorrespiratoria, con el fin de correlacionarlos con los resultados médicos a largo plazo, utilizando la Escala de Glasgow (GOS) para medir resultados. Se busca determinar el potencial de estos biomarcadores como predictores de mal pronóstico en encefalopatía hipóxica-isquémica.

**Métodos:** Realizado entre agosto de 2022 y marzo de 2023, este Estudio Observacional Descriptivo incluyó 24 pacientes, recopilando datos demográficos, antecedentes de parada cardiorrespiratoria, y características clínicas. Se midieron los niveles de enolasa y SB100 dentro de las primeras 24 a 72 horas tras la parada. Para el análisis, se empleó SPSS versión 25, utilizando chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher para evaluar la relación entre biomarcadores y resultados médicos.

**Resultados:** De los pacientes analizados, el 91% eran hombres y la mayoría sufrió paradas cardíacas fuera de hospitales. El 62% presentó causa isquémica, y el 95% requirió ventilación mecánica. El 61,9% tenía niveles elevados de enolasa y el 52% superó el umbral de SB100. Los análisis mostraron una asociación significativa entre enolasa elevada y peores resultados neurológicos (p = 0,004), pero no se halló una conexión significativa entre SB100 y los resultados médicos (p > 0,05).

**Conclusiones:** La enolasa mostró ser un predictor potencial de mal pronóstico en encefalopatía hipóxica-isquémica tras paros cardiorrespiratorios, capaz de prever peores resultados neurológicos y un riesgo aumentado de desenlaces fatales. Por el contrario, la SB100 no demostró una asociación significativa con los desenlaces médicos, contrastando con la literatura existente y sugiriendo la necesidad de más estudios. Estos hallazgos subrayan la importancia de los biomarcadores neuronales, especialmente la enolasa, en la estratificación del pronóstico y la toma de decisiones clínicas en pacientes con encefalopatía hipóxica-isquémica posparada cardiorrespiratoria.

**343. IMPACTO DE LA INCLUSIÓN EN EL CIRCUITO ROTATORIO “GRAN GUARDIA” DE ATENCIÓN A LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN EL PERFIL CLÍNICO Y EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Cordón Abalde A, Flores Orella M, Díaz Tormo C, Torrens Sonet M, Álvarez Viloria AV, Castro Gallardo P, Nieves V y Mas Serra A

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en las características demográficas, clínicas, resultados funcionales y mortalidad de los pacientes con diagnóstico de HSA ingresados antes y después de la participación en la “Gran guardia” (GG).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohortes en el que se incluyeron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de HSA espontánea (HSAe) ingresados entre marzo de 2018-julio de 2023 en el SMI de un hospital de tercer nivel. Se comparan datos de pacientes ingresados antes y después de inclusión en la GG (mayo 2022) en el cuál un hospital es receptor de todas las HSA de un territorio. La asociación entre GG y mortalidad y situación funcional al alta (Rankin) se analizó mediante análisis multivariado, ajustando por potenciales variables de confusión (SAPS, APACHE, Fisher, WFNS, tiempo hasta arteriografía).

**Resultados:** De 116 HSAe, 90 (77,6%) fueron aneurismáticas, de éstas 47 (52%) ingresaron en periodo pre-GG y 43 (48%) en GG. Los pacientes GG presentaron menor porcentaje de mujeres (63 vs. 83%) y menor gravedad según la puntuación de WFNS (puntuación IV/V: 55,8 vs. 85,1%), SAPS II (41 vs. 54) y APACHE II (15 vs. 20). Además, se realizaron más arteriografías diagnósticas (41 vs. 32%) con un tiempo desde ingreso hasta la misma menor (6,4 vs. 13,9 horas); no hubo diferencias significativas en las complicaciones. En el análisis multivariante ni la asociación entre GG y mortalidad (*odds ratio* 1,67, IC95% [0,36-7,19]) ni GG y mRS (*odds ratio* 0,43, IC95% [-0,41- 1,30]) fueron significativas. Para detalle y resto de datos ver tabla.

**Conclusiones:** La inclusión en la GG comportó un cambio en el perfil clínico del paciente hacia una menor gravedad, un incremento en la indicación de arteriografías y una reducción del tiempo hasta su realización. No se apreciaron diferencias en cuanto a complicaciones ni aso-

Figura Póster 343

	Gran guardia (GG) (n=43)	Pre-Gran guardia (n=47)	p
Edad, mediana [RIQ]	62.0 [52.1-71.7]	64.1 [53.1-73.7]	0.47
Mujeres, n (%)	28 (63)	39 (83)	0.05
Arteriografía, n (%)	41 (95.3)	32 (68.1)	<0.01
Tiempo hasta arteriografía (horas), mediana [RIQ]	6.4 [2.6-10.7]	13.9 [7.6-22.0]	<0.01
Fisher IV, n (%)	41 (95.3)	45 (95.7)	0.93
WFNS, n (%)			<0.01
- 1	7 (16.3)	3 (6.4)	
- 2	7 (16.3)	2 (4.3)	
- 3	5 (11.6)	2 (4.3)	
- 4	14 (32.6)	16 (34.0)	
- 5	10 (23.3)	24 (51.0)	
WFNS IV/V, n (%)	24 (55.8)	40 (85.1)	<0.01
SAPS, mediana [RIQ]	41 [32-53]	54 [39-59]	<0.01
APACHE, mediana [RIQ]	15 [10-19]	20 [15-22]	<0.01
Tratamiento, n (%)	35 (81.4)	36 (76.6)	0.58
Mortalidad, n (%)	11 (25.6)	21 (44.7)	0.06
Complicaciones NRL, n (%)	39 (90.7)	43 (91.5)	0.90
- VSE	22 (51.1)	17 (36.2)	0.15
- Resangrado	6 (14.0)	5 (10.6)	0.63
- Hidrocefalia	33 (76.7)	27 (57.4)	0.05
- HTIC	32 (76.2)	29 (61.7)	0.14
Complicaciones sistémicas, n (%)	22 (51.2)	21 (44.7)	0.54
Ventilación mecánica, n (%)	39 (90.7)	44 (93.6)	0.61
Tiempo ventilación mecánica (días), mediana [RIQ]	11 [3-17] (n=37)	4.5 [1-10.5] (n=40)	0.01
Estancia SMI (días), mediana [RIQ]	13 [4-21]	6.5 [2-13]	<0.01
Estancia hospitalaria (días), mediana [RIQ]	25 [17-40]	19 [2-30]	0.02
Rankin (mRS), mediana [RIQ]	4 [2-6]	5 [3-6]	0.06

ciación entre el ingreso durante GG y la mortalidad o la situación funcional al alta.

#### 344. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES Y PRINCIPALES RESULTADOS DE PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Ticona Espinoza TG, Barbero Garrote S, Herran Monje R, Merino García PA, García García M, Colmenero Calleja C, Canas Pérez I, Pérez Torres D y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

**Objetivos:** Análisis comparativo de características clínicas y resultados en pacientes > 75 años ingresados por traumatismo craneoencefálico (TCE) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con TCE en una UCI comparando entre menores y mayores de 75 años, desde 2019 a 2022 (excepto 2020). Se registraron variables de interés y mortalidad. Se aplica t-Student o test de Fisher, según corresponda. Resultados expresados como mediana (P25-P75) o frecuencia (%).

**Resultados:** Se incluyeron 125 pacientes, cuyas características se describen en la tabla.

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan por TCE > 75 años presentan una diferencia significativa en cuanto al mecanismo lesional, siendo las caídas accidentales las más frecuentes. Destaca el mayor consumo de antitrombóticos y psicotrópicos crónicos, que pueden empeorar el pronóstico y grado de lesiones. Los índices de gravedad son significativamente mayores. Mayor uso de recursos y aplicación de medidas de LTSV. Aunque no es estadísticamente significativa, hay una tendencia hacia una mayor duración de la estancia hospitalaria. Presentan una elevada mortalidad.

#### 345. CORRELACIÓN DE UNA ESCALA PREDICTIVA (ARCTIC) DE ACLARAMIENTO RENAL AUMENTADO Y DEL FILTRADO GLOMERULAR CON LA VARIABILIDAD DE CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS DE LEVETIRACETAM EN UNA COHORTE DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS

García García S, Lalueza Broto P, Arévalo Bernabé AG, Pau Parra A, Hontalba Rifa Á, Larrosa García M, Jiménez Alfonso A, Vallés Angulo S, Palmada Ibars C y Bagueña Martínez M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad predictiva de la escala ARCTIC y de diferentes fórmulas de cálculo del filtrado glomerular (FG) sobre la variabilidad de las concentraciones plasmáticas de levetiracetam (CpLEV) en pacientes críticos con aclaramiento renal aumentado (ARA).

**Métodos:** Estudio observacional que incluye pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Neurotraumatología (UCI-NT) tra-

tados con levetiracetam como profilaxis antimicrobial postraumática a los que se les determinó CpLEV entre octubre de 2019 y mayo de 2021. Se calculó el FG con diferentes fórmulas [CKD-EPI, MDRD-6 y Cockcroft-Gault (C-G)]. Se calculó la escala predictiva ARCTIC (Augmented Renal Clearance in Trauma Intensive Care) de ARA (FG > 130 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) considerando como *cut-off* una puntuación ≥ 6. Se consideró un rango terapéutico de CpLEV valle 10-40 µg/mL. Las variables continuas se expresan como mediana (rango intercuartílico) y las categóricas como casos (porcentajes). Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) y distribución F de Fisher-Snedecor y una regresión logística multivariada (SPSS® v25).

**Resultados:** Se incluyeron 28 pacientes (86% hombres): edad mediana 57 (43-66) años; IMC 28 (23-33) Kg/m<sup>2</sup>. Las dosis empleadas fueron: 500 mg/12 h en 8 (28,6%) pacientes, 1.000 mg/12 h en 16 (57,1%) y 1.500 mg/12 h en 4 (14,3%) pacientes, con una duración media de 18 (10-25) días. La mediana de CpLEV fue 13,3 (8,3 - 16,9) µg/mL: 10 (36%) infraterapéuticas y 2 (7%) supratrapéuticas. El FGe medio fue 106 (97-119), 113 (89-134), 134 (111-176) mL/min/1,73 m<sup>2</sup> con CKD-EPI, MDRD-6 y C-G, respectivamente. De las covariables analizadas (edad, dosis, sexo, IMC, vía de administración, FG), solo las dos primeras influyeron significativamente en las CpLEV (p < 0,059 y p < 0,006, respectivamente). CKD-EPI explica en un 53,1% la variabilidad de las CpLEV, MDRD-6 en un 43,1% y C-G en un 35%. Se observa una mayor probabilidad de CpLEV infraterapéuticas para aquellos pacientes con FG > 115 ml/min según CKD-EPI [sensibilidad: 90,5%; especificidad: 88,9%]. Para la dosis de 500 mg/12 h se observa un aumento de CpLEV infraterapéuticas si FG > 80 ml/min, para la dosis de 1.000 mg/12h si FG > 100 ml/min y para 1.500 mg/12 h si FG > 120 ml/min. La escala ARCTIC estimó que 20 pacientes (71%) tendrían ARA. Nueve de los 10 pacientes que presentaron concentraciones subóptimas presentaron ARCTIC-score ≥ 6.

**Conclusiones:** CKD-EPI es la fórmula de estimación de la función renal que mejor explica la variabilidad de CpLEV. Un porcentaje significativo de pacientes presentó valores infraterapéuticos de CpLEV, con una buena correlación con el ARCTIC-score.

#### 346. ¿QUÉ PARÁMETROS ANALIZAMOS EN SANGRE Y LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN ASOCIADA A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO?

Castaño Ávila S, Elosegui Ruiz de Larrea I, Percas Ibero K, Carrión Esteban M, Urroz Zabalegui M, Rodríguez Trujillo I, López Llorente E, Fernández Miret B, Cabañes Daro Francés S y Corral Lozano E

Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

**Objetivos:** Evaluar la capacidad del cultivo y la citobioquímica del líquido cefalorraquídeo (LCR) y la sangre para estimar el diagnóstico (dx) de la infección asociada a ventriculostomía (IAV).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con DVE de hospital de nivel terciario entre el 2000 y 2018. Se registraron

Tabla Póster 344	< 75 años, N = 96	> 75 años, N = 29	p
Edad	48,50 (31,00, 65,00)	79,00 (76,00, 82,00)	< 0,001
Sexo: masculino	75,0/96,0 (78,1%)	20,0/29,0 (69,0%)	
Mecanismo lesional más frecuente			0,017
Tráfico	37,0/96,0 (43,02%)	5,0/29,0 (14,29%)	
Caída accidental	15,0/96,0 (15,62%)	17,0/29,0 (59%)	
Consumo de antitrombóticos	9,0/96,0 (9,3%)	15,0/29,0 (51,7%)	
Psicotrópicos	16,0/96,0 (16,7%)	9,0/29,0 (31%)	
Alteración pupilar	13,0/96,0 (13,6%)	8,0/29,0 (27,5%)	
GCS inicial	14,00 (7,75, 15,00)	11,00 (3,00, 15,00)	0,11
TCE grave	26,0/96,0 (27,08%)	14,0/29,0 (48,27%)	
Retrascore	4,00 (1,75, 6,00)	9,00 (6,00, 12,00)	< 0,001
Injury severity score (ISS)	20,00 (13,00, 26,00)	25,00 (17,00, 25,00)	0,6
APACHE II	13,00 (9,00, 20,00)	23,00 (14,00, 30,50)	< 0,001
SOFA al ingreso	1,00 (0,75, 4,00)	3,00 (1,00, 7,00)	0,031
Ventilación mecánica (VM)	47,0/96,0 (49,0%)	19,0/29,0 (65,5%)	
Días de VM	6,00 (2,00, 15,50)	3,00 (1,00, 8,50)	0,011
HIC	17,0/96,0 (17,7%)	8,0/29,0 (27,6%)	
Días de UCI	4,00 (2,00, 12,00)	4,00 (2,00, 11,00)	0,1
Días estancia hospitalaria	8,50 (5,00, 19,00)	11,00 (4,00, 22,00)	0,3
LTSV	8,0/95,0 (8,4%)	13,0/29,0 (44,8%)	
Exitus	9,0/92,0 (9,8%)	14,0/29,0 (48,3%)	< 0,001

Tabla Póster 346

Resumen de la capacidad dx de los parámetros estudiados

Marcadores	Punto de corte	ABC	Error estándar	ASysig	IC95%	S%	E%	VPP%	VPN%	LR +	LR -	Youden Index
Glucosa LCR mg/dl	55,5	0,69	0,04	0,00	0,6-0,78	58 (44,2-70,6)	84,1 (81,1-86,7)	22 (15,8-29,8)	96,3 (94,4-97,6)	3,65 (2,72-4,9)	0,5 (0,36-0,7)	0,4
Glucorraquia/ glucemia	0,47	0,77	0,03	0,00	0,7-0,84	72 (58,3-82,5)	72,8 (69,2-76,1)	16,8 (12,4-22,4)	97,1 (95,3-98,3)	2,65 (2,14-3,28)	0,38 (0,24-0,6)	0,4
Proteinorraquia mg/dl	118,5	0,64	0,04	0,00	0,56-0,72	52 (38,5-65,2)	73,4 (69,8-76,6)	13,1 (9,1-18,5)	95,2 (92,9-96,7)	1,95 (1,45-2,62)	0,65 (0,48-0,88)	0,3
Leucocitos en LCR	42	0,7	0,03	0,00	0,63-0,77	100 (93,2-100)	61,7 (57,9-65,4)	17,8 (13,9-22,6)	100 (99-100)	2,61 (2,37-2,88)	0	0,6
Leucocitos LCR corregidos	1,97	0,75	0,04	0,00	0,67-0,83	100 (88,3-100)	52,4 (47,6-57,2)	12,9 (9,1-17,9)	100 (98,3-100)	2,1 (1,9-2,33)	0	0,5
Índice celular en LCR	6,05	0,75	0,04	0,00	0,66-0,84	100 (88,3-100)	72,5 (68-76,6)	20,3 (14,5-27,6)	100 (98,7-100)	3,64 (3,11-4,26)	0	0,7
Leucocitos en sangre	15850	0,54	0,04	0,23	0,46-0,63	100 (93,2-100)	86,3 (83,5-88,7)	37,1 (29,6-45,2)	100 (99,3-100)	7,3 (6,03-8,84)	0	0,9
Cultivo + de LCR						87,3 (76-93,7)	87,3 (84,4-89,7)	37,8 (29,8-46,5)	98,7 (97,4-99,4)	6,85 (5,45-8,62)	0,15 (0,07-0,29)	0,7

datos demográficos, clínicos, dx de IAV, analíticas de sangre y LCR y cultivos de LCR. Se analizaron las curvas COR de cada parámetro para el dx y se determinaron los valores de corte con mejor binomio sensibilidad (S) y especificidad (E), el índice de Youden, sus razones de probabilidad (LH+ y LH-) y valores predictivos +(VPP) y - (VPN).

**Resultados:** De 12.929 pacientes, 338 tuvieron al menos un DVE. Excluimos 7 por infección de derivación ventrículo-atrial o peritoneal y dos por infección de neurocirugía previa. Tuvieron IAV 55 pacientes (16,7%), 7 (12,72%) con cultivos de LCR -.

**Conclusiones:** Casi todos los parámetros tienen alto VPN. Parecen más útiles el índice celular en LCR mayor a 6,05 y la leucocitosis sanguínea mayor de 15.850/mm<sup>3</sup>. Se necesitan modelos de predicción dx.

**347. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA ANEURISMÁTICA (HSA). CARACTERÍSTICAS, COMPLICACIONES, MORTALIDAD Y ESTADO FUNCIONAL**

Díaz Tormo C, Cordón Abalde A, Torrens Sonet M, Flores Orella M, Mateo Marquina L, Valdés Garicano M, Ángeles Sistac D, Rodríguez Farre N, Bellés Casas A y Mas Serra A

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Objetivos:** Determinar las características, complicaciones, mortalidad y estado funcional de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por HSAa.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de tercer nivel entre marzo 2018 y julio 2023. Se extrajeron datos de la historia clínica. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y de supervivencia con STATA 14.

**Resultados:** De 116 HSA espontáneas, 77,59% (90) fueron aneurismáticas. Centrándonos en las HSAa: la media de edad: 61,9 años; el 74,44% eran mujeres (67); mediana de SAPS II era 48 (RIQ 34-55) y la de APACHE II (17 RIQ 13-21). El 92,22% (83) requirió ventilación mecánica invasiva (VMI), con mediana de 6 días (RIQ 2-13). De los pacientes con VMI, se realizó traqueostomía en 6 (6,82%) tras una media de 22,33 días de VMI. La mediana de estancia en UCI fue de 8 días (RIQ 3-17). Mediana de estancia hospitalaria: 22 (RIQ 10-36). C. sistémicas: el 47,25% (43) del total de HSAa presentó complicaciones sistémicas, con mediana de estancia de 30 días (RIQ 18-40) vs. 19 días (RIQ 3-27) de estancia de los 47 pacientes que no tuvieron estas complicaciones (p 0,009 entre diferencia de estancias). C. neurológicas: el 91,11% (82) del total de HSAa presentó complicaciones neurológicas, con mediana de estancia de 23,5 días (RIQ 10-36) vs. 16,5 (RIQ 7-28) de estancia de los 8 pacientes que no tuvieron dichas complicaciones (p 0,26 entre diferencia de estancias). Mortalidad hospitalaria: 32 (35,56%) fueron exitus, de los cuales 12 presentaron complicaciones sistémicas y 30 neurológicas, sin diferencias significativas en exitus entre presentar complicaciones sistémicas vs. no presentarlas (p 0,14) ni entre tener complicaciones neurológicas vs. no (p 0,51). Rankin modificado (mRS) al alta hospitalaria: 4 (RIQ 2-6).

**Conclusiones:** En nuestra muestra: 1) El 90% de los pacientes tienen complicaciones neurológicas. 2) Los pacientes con complicaciones sistémicas tienen una mediana de estancia significativamente más larga que los que no las presentan. 3) La diferencia de mortalidad no es estadísticamente significativa entre los que presentaron alguna complicación vs. los que no. 4) La mediana del mRS fue la misma independientemente de las complicaciones.

camente significativa entre los que presentaron alguna complicación vs. los que no. 4) La mediana del mRS fue la misma independientemente de las complicaciones.

Tabla 1

Fisher		WFNS	
Grado	% (nº pacientes)	Grado	% (nº pacientes)
1	2,22 (2)	1	11,11 (10)
2	1,11 (1)	2	10 (9)
3	1,11 (1)	3	7,78 (7)
4	95,56 (86)	4	33,33 (30)
		5	37,78 (34)

Escalas.

Tablas 2 y 3

Complicaciones sistémicas	% (nº pacientes)
Cardiovasculares	12,22 (11)
Infecciones nosocomiales	33,33 (30)
Fracaso Renal Agudo	8,89 (8)

Complicaciones neurológicas	% (nº pacientes)
Resangrado	12,22 (11)
Crisis comicial	22,22 (20)
Vasoespasmio	43,33 (39)
Hidrocefalia	66,67 (60)
Hipertensión Intracraneal	68,54 (61)

Complicaciones.

Tabla 4

Complicaciones sistémicas. mRS			Complicaciones neurológicas. mRS		
SÍ	4 (RIQ 3-6)	p 0,57	SÍ	4 (RIQ 2-6)	p 0,50
NO	4 (RIQ 2-6)		NO	4 (RIQ 1,5-5,5)	

### 348. CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PARA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN ASOCIADA A DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO DEL PACIENTE CRÍTICO

Castaño Ávila S, López Pagoaga RA, Tajadura Alonso J, Vizcay Iriarte I, Indave Iribarren L, Puente Jorge J, Ocariz Montoya G, Mordillo Cano H, Martín López A y Poveda Hernández Y

Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

**Objetivos:** Establecer un modelo predictivo del riesgo de infección asociada a ventriculostomía (IAV) en el paciente (pac) con drenaje ventricular externo (DVE).

**Métodos:** Análisis retrospectivo de historias clínicas de pac con DVE de hospital de nivel terciario entre el 2000 y 2018. Registramos datos demográficos, clínicos, diagnóstico de IAV, analíticas de sangre y LCR y cultivos de LCR. Comparamos variables de infectados frente al resto. Análisis de regresión logística de Wald para detectar factores de riesgo. Umbral de significación ( $p$ ) < 0,05.

**Resultados:** De 12.929 pac, 338 tuvieron DVE. Excluimos 7 por infección de derivación ventrículo-atrial o peritoneal y dos por infección de neurocirugía previa. 55 pac (16,7%) con IAV en 4.099 días de DVE (13,41 IAV por mil días de DVE). Se asociaron de modo independiente con IAV el tiempo y número de DVE, la HSA y la clínica de infección. Ecuación predictora:  $\ln(p/1-p) = 2 \times \text{clínica} + 0,07 \times \text{días de DVE} + 1,21 \times \text{HSA} + 0,54 \times \text{número de DVE} - 4,72$ . Predice apropiadamente IAV en el 87,2% de los pac (especificidad 96,4% IC95% 93,4-98, sensibilidad 41,8%, IC95% 29,7-55, VPP 69,7%, IC95% 52,7-82,6 y VPN 89,2%, IC95% 85,1-92,2).

Comparación de IAV y el resto			
Características	55 pac con IAV	274 pac sin IAV	p
Edad	60 [50-69]	63 [49-74]	0,04
APACHE II	15,25 ± 6,13	15,68 ± 7,37	0,68
Hombres	28 (50,9)	153 (55,8)	0,5
Indicación de DVE			
Hidrocefalia obstructiva	20 (36,4)	109 (39,8)	0,63
Sangrado intraventricular	21 (38,2)	100 (36,5)	0,81
Hemorragia subaracnoidea (HSA)	12 (38,2)	25 (9,1)	< 0,01
Peroperatorio neo cerebral	1 (1,8)	19 (6,9)	0,14
Monitorización de PIC	0 (0)	15 (5,5)	0,07
Monitorización de PIC en cirugía de la fosa posterior	0 (0)	5 (1,8)	0,31
Fistula de LCR	1 (1,8)	1 (0,4)	0,2
Número DVE (por pac)	1 [1-2]	1 [1-1]	< 0,01
Días con DVE	19 [13-30]	9 [4,75-15]	< 0,01
ATB previo al DVE	26 (47,3)	96 (35)	0,08

PIC: presión intracraneal; LCR: líquido cefalorraquídeo; ATB: antibiótico.  
Expresión datos: media ± desviación estándar, o número (%) y mediana [rango intercuartílico].

Análisis multivariante de regresión logística				
Factor	B	Wald	p	Exp(B) (IC95%)
Clínica	2	26,51	< 0,01	7,43 (3,46-15,96)
Días con DVE	0,07	13,93	< 0,01	1,08 (1,03-1,12)
HSA	1,21	6,2	0,01	3,36 (1,29-8,71)
Número de DVE	0,54	3,1	0,07	1,72 (0,94-3,15)
Constante	-4,72			

**Conclusiones:** Un modelo predictivo basado en el tiempo y número de DVE, la HSA y la clínica predice la IAV en el 87,2% de los casos.

### 349. EFECTOS DEL TRATAMIENTO CON MILRINONA INTRAVENOSA EN EL VASOESPASMO DE LA HSA ANEURISMÁTICA

Bauçà Socías M, Serra Soler S, Misis del Campo M, Herráiz Ruiz A, Anglada Oliván M, Sánchez Satorra M, Marcos Neira P, Mota Montané D, Pons López T y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Objetivos:** Pese a que la etiología del daño cerebral tardío (DNT) presente en los pacientes con HSA es multifactorial, el único componente detectable y tratable actualmente es el vasoespasmo (VS). La milrinona intravenosa podría ser una opción terapéutica en el tratamiento del VS de la HSA. Los objetivos de este estudio son: describir los pacien-

tes tratados con milrinona; analizar si el tratamiento con milrinona disminuye la incidencia de DNT; comparar las HSA tratadas con milrinona + nimodipino vs. nimodipino.

**Métodos:** Estudio de cohortes observacional y retrospectivo. Criterios de inclusión: HSA aneurismática en una UCI de tercer nivel (2023). Análisis descriptivo. Variables cuantitativas: medias o medianas (normalidad analizada por test Shapiro-Wilk), IC95%. Variables cualitativas: porcentajes, IC95%. Análisis bivariable. Medias: test t-Student. Porcentajes: test F-Fisher o chi-cuadrado.

**Resultados:** n = 73 HSA. Edad media 56,2 años (IC95%: 53,3-59,1). Mujeres 65,8% (IC95%: 54-76). Hunt-Hess IV (54,8%); III (24,7%). Fisher IV (80,8%); Fisher III (12,3%). 20/73 (27,4%; IC95%: 18,2-39) desarrollaron VS y 21/73 (28,8%; IC95%: 19,4-40,4) DNT. El 35% (7/20) de los pacientes con VS presentaron DNT vs. el 26,4% (14/53) sin VS ( $p = 0,4$ ). El 55% (11/20) de los pacientes con VS fueron tratados con milrinona intravenosa. Tratamiento con milrinona + nimodipino vs. nimodipino. Edad media: 50,4 (DE 14) vs. 57,2 (DE 11),  $p = 0,09$ . Mujeres: 81,2 vs. 62,9%,  $p = 0,2$ . Hunt-Hess IV: 18,2 vs. 61,3 y Hunt-Hess III: 45,5 vs. 21%,  $p = 0,03$ . Fisher IV: 90,9 vs. 79% y Fisher III: 0 vs. 14,5%,  $p = 0,1$ . DNT: 66,3 vs. 72,6%,  $p = 0,5$ . Otras características HSA tratadas con milrinona. Todos presentaron VS [grave (63,6%) y moderado (36,4%)]. Localización: territorio anterior (81,8%); ACoM (72,7%) y ACM (72,7%). El diagnóstico de VS se realizó por DTC en el 72,7% de casos [velocidad media de 182 (IC95%: 166,4-197,4)], disminuyendo a 112,4 (IC95%: 81,6-143,3) postratamientos ( $p = 0,00$ ). Confirmación VS: AngioTC (90,9%) y TC perfusión (81,8%). Arteriografías realizadas antes del tratamiento con milrinona: 1 (IC95%: 1-2) y, posmilrinona: 0 (IC95%: 0-2), practicándose angioplastia en el 36,3% de los pacientes. Dosis mediana máxima de milrinona: 1,2 (IC95%: 0,97-1,24)  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ , durante 10 días (IC95%: 8-11). mRankin alta UCI: 4 (IC95%: 2-5). GOSE alta UCI: 4 (IC95%: 3-6). Estancia UCI: 36 días (IC95%: 24-48).

**Conclusiones:** El 55% de los pacientes afectados de VS fueron tratados con milrinona. Los pacientes tratados con milrinona tendieron a presentar menor incidencia de DNT. El tratamiento con milrinona puede ser útil para disminuir el VS.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### SEDACIÓN/ANALGESIA I

08:30-10:00 - Sala 125

Moderadoras: Patricia Rodríguez Villamizar /  
Manuela García Sánchez

### 350. UTILIZACIÓN DE LA NOCICEPCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL DOLOR ANTE UN PROCEDIMIENTO DOLOROSO COMÚN EN UCI, EL ASPIRADO ENDOTRAQUEAL (AET)

Vallejo de la Cueva A<sup>1</sup>, López de Audicana Jiménez de Aberasturi Y<sup>2</sup>, Elosegui Ruiz de Larrea I<sup>1</sup>, López Pagoaga RA<sup>1</sup>, Carrión Esteban M<sup>1</sup>, Vizcay Iriarte I<sup>1</sup>, Percaz Ibero K<sup>1</sup>, Orive Gandía C<sup>1</sup>, Tajadura Alonso J<sup>1</sup> y Bermúdez Ampudia C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

<sup>2</sup>Escuela Universitaria de Enfermería. UPV, Álava.

**Objetivos:** Determinar si el efecto protector sobre el dolor, diagnosticado por pupilometría, BPS y ESCID, tras AET, en los pacientes en los que se administra preanalgesia guiada por pupilometría frente a la práctica clínica habitual (PCH) se mantiene tras el ajuste por posibles factores de confusión.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico del 1/11/19 al 21/01/23. Control-C: analgesia pre-AET según PCH (criterio de enfermería). Experimental-E: analgesia pre-AET en pacientes con reflejo de dilatación pupilar (PDR) > 11,5%, tras estímulo de 20 mA (punto de corte e intensidad con mejor rendimiento diagnóstico estudio previo). Preanalgesia: fentanilo 1  $\mu\text{g}/\text{kg}$  bolo ev. PDR: AlgiScan®. Dolor = PDR > 11,5, BPS > 3, ESCID1. CEIC Euskadi. Inclusión: > 18, analgesados con BPS



= 3, ESCID = 0, y RASS -1 y -4. Exclusión: miorelajantes, enfermedades neuromusculares, afectación pupilar, ECG < 6, clonidina, dexmedetomidina, tramadol, ketamina, adrenalina, antagonistas Ca, noradrenalina > 0,6 y/o dobutamina > 10 µg/kg/min. Descripción: Continuas: X ± DE. Categóricas: %. Univariante y multivariante Regresión logística. p < 0,05.

**Resultados:** Se presentan en las tablas.

%		C (N = 51)	E (N = 41)
Varón		64,7	80,5
Ingreso	SDRA	14,6	17,5
	Sepsis	10,4	12,5
	Qx	45,8	55
	Coronario		5
	Trauma	14,6	5
Sedante	Neurocrítico	14,6	5
	Midazolam	11,8	14,6
	Propofol	68,6	68,3
	Ambos	5,8	4,88
Opioide	No	13,7	12,2
	Fenta	33,3	53,7
	Remi	47,1	36,6
	Morfi	5,88	7,32
	Varios	13,76	2,44
Inotrópicos	No	19,6	36,6
	Nora	72,5	56,1
	Dobuta	1,96	7,32
	Ambos	5,88	

X ± DE		
Edad	63,2 ± 14,1	66,0 ± 13,1
IMC	25,6 ± 4,1	26,7 ± 4,5
APACHE	16,0 ± 7,4	17,1 ± 8,4
Glasgow	13,4 ± 3,0	13,8 ± 3,1
Midazolam	0,2 ± 0,3	0,2 ± 0,4
Propofol	2,2 ± 0,9	1,9 ± 0,8
Fentanilo	1,2 ± 1,0	1,27 ± 1,6
Remifentanilo	7,5 ± 2,8	7,17 ± 2,9

Univariante					
ESCID		BPS		PDR	
OR-E	IC	OR-E	IC	OR-E	IC
0,52	0,21-1,26	0,6	0,6	0,45	0,19-1,04

Multivariante ajustado						
Sexo	0,52		0,59		0,38	0,16-0,9
APACHE ≥ 20	0,44	0,08	0,54		0,42	0,18-1,01
Remi	0,5		0,59		0,38	0,16-0,93
BIS ≥ 60	0,36	0,04	0,46	0,09	0,38	0,15-0,96
Sexo+ APACHE+	0,32		0,41		0,22	0,04
Remi+ BIS		0,03		0,07		0,07-0,68
						0,009

**Conclusiones:** El uso de pupilometría para la detección de nocicepción y guiar profilácticamente la analgesia antes de la AET, tiene efecto protector sobre el dolor, con independencia del nivel de gravedad, nivel de sedación y opioide basal.

### 351. ¿PODEMOS SEDAR A LOS PACIENTES CON VMNI?: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO “DEXMEDETOMIDINA (DEX) VERSUS PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL (PCH) DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA (VMNI)”

Pérez Francisco I<sup>1</sup>, Vallejo de la Cueva A<sup>1</sup>, Carrión Esteban M<sup>1</sup>, Vizcay Iriarte I<sup>1</sup>, Elosegui Ruiz de Larrea I<sup>1</sup>, Argaluz Escudero J<sup>1</sup>, Gómez Ugartondo E<sup>1</sup>, Espinosa Berenguel JL<sup>2</sup>, Quintano Rodero A<sup>1</sup> e Indave Iribarren L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

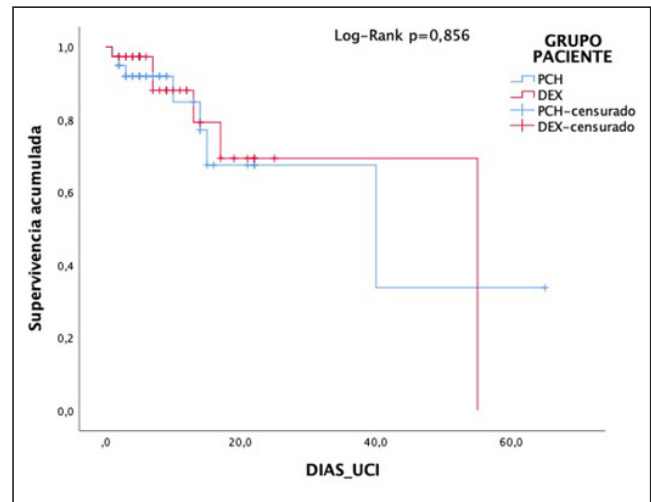
<sup>2</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Objetivos:** Analizar la proporción de pacientes que requieren IOT, determinar las horas de VMNI, días de estancia en UCI, comparar la

mortalidad, la tolerancia a la VMNI y los efectos adversos y el grado de satisfacción del paciente en ambos grupos.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorio, controlado, abierto, de grupos paralelos, Fase IV. Aprobado por CEIC Euskadi y AEMPS. NCT02958150. Aleatorización 1:1 grupo dexmedetomidina (GI) o grupo práctica clínica habitual (GPCH). GI: dexmedetomidina según protocolo. GPCH: tratamiento de acuerdo con el protocolo del servicio. Descriptivos categóricas %; comparación con  $\chi^2$  o Fisher. Descriptivos cuantitativos: X, mediana y RIC. Comparación: t Student/U Mann-Whitney. p < 0,5.

**Resultados:** GI vs. GPCH. Edad: 72,49 (8,64) vs. 68,98 (11,90) (p 0,15), Sexo: Hombre 62,2 vs. 65% (p 0,80); Motivo de VMNI: EAP 16,2 vs. 22,5%. EPOC 16,2 vs. 20%. Neumonía 24,3 vs. 22,5%. Apoyo Ex-tubación 35,1 vs. 20%. Otras 8,1 vs. 15%. (p 0,59). SOFA total: 5 (3-8) vs. 5 (3-8,5). (p 0,94). DEX: 0,6 (0,45-0,70) µg/kg/h. Horas de DEX: 20 (8,25-28,75) medicación concomitante: 29,7% vs. 47,5% (p 0,11). Tolerancia VMNI: náuseas y vómitos 2,7 vs. 0 (p 0,49). Neumonitis por broncoaspiración 0 vs. 0. Delirio 10,8 vs. 15 (p 0,18). Agitación 27 vs. 12,5 (p 0,12). Intolerancia interfase 16,2 vs. 15 (p 0,92). Dolor secundario interfase 10,8 vs. 30 (p 0,03). Porcentaje de IOT: 18,9 vs. 12,5 (p 0,47). Horas VMNI: 16 (10-26,38) vs. 16 (8-39) (p 0,95). Días UCI: 7 (7-13,5) vs. 7 (3-14) (p 0,74). Mortalidad intra-UCI: 16,2 vs. 17,5 (p 0,84). Seguridad de la DEX: Depresión respiratoria 0 vs. 0. FC < 60 16,2 vs. 15 (p 0,96). FC < 40 5,4 vs. 2,5 (p 0,036). Hipertensión 5,4 vs. 2,5 (p 0,0,62). Taquicardia 0 vs. 5 (p 0,49). Satisfacción del paciente: Descanso: de acuerdo (A) 59,5 vs. 20 (p 0,00). Confortabilidad (A) 54,1 vs. 20 (p 0,02). Recuerdo desagradable: en desacuerdo 54,1 vs. 20 (p 0,01). Repetir misma sedación (A) 18 vs. 5 (p 0,00).



**Conclusiones:** El uso de dex en la VMNI generó una mayor satisfacción en los pacientes y evitó el dolor, sin generar mayor depresión respiratoria o hipotensión, mayor duración de la ventilación o estancia en UCI o mortalidad. La dex podría ser segura para permitir adaptación a la VMNI.

### 352. SEDACIÓN INHALADA PROLONGADA CON ISOFLURANO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Tarré Ferré L, Vilà Rivas M, Vilà Currius M, Castillo Niell A, Palomanes Espadale ML y Murcia Gubianas C

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

**Objetivos:** El empleo de sedación inhalada (SI) con isoflurano está implementándose en muchas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) debido a sus potenciales ventajas farmacodinámicas y farmacocinéticas respecto a la sedación endovenosa (SE) convencional. A pesar de la experiencia cada vez más amplia en nuestros pacientes críticos, existen pocos estudios que describan periodos de SI superiores a 72 horas. Describir una cohorte de pacientes con SI desde el ingreso en UCI y durante más de 72 h de duración, evaluando la eficacia de la SI a lo largo del tiempo. Describir la incidencia y duración del delirium. Registrar efectos adversos detectados.

**Métodos:** Análisis descriptivo observacional prospectivo y unicéntrico (mayo de 2022- julio de 2023), en el que se recogieron variables socio-demográficas, nivel de sedación alcanzado según escala de RASS objetivo deseado, dosis administradas de isoflurano, necesidad de otros sedantes así como incidencia y duración de *delirium* y tiempos requeridos para obtener RASS 0 en el proceso de despertar. Además, se registraron efectos adversos relacionados. Las variables cualitativas se muestran en porcentaje (%) y las cuantitativas en medias  $\pm$  desviación estándar (programa R).

**Resultados:** De los 68 pacientes que recibieron SI en el periodo de estudio, 20 la recibieron desde el ingreso y por más de 72 horas. La edad media fue de  $46 \pm 13$  años siendo el 80% varones y con escalas de gravedad y de comorbilidad APACHE II:  $26,2 \pm 5,4$ , SAPS II:  $61 \pm 10,7$ , Charlson:  $1,5 \pm 1,2$ . El motivo de ingreso más frecuente fue respiratorio (70%). La estancia en UCI fue de  $23 \pm 11$  días. Se mantuvo SI  $11 \pm 7$  días con dosis medias de  $3,7 \pm 1,8$  ml/h. Se alcanzó en un 100% de los casos el valor RASS objetivo sin añadir otros sedantes. En fase de destete, se hizo *switch* a SE ligera, consiguiendo RASS 0 a los  $3 \pm 2$  días. La incidencia de *delirium* fue del 30% con una duración de  $1,2 \pm 2,5$  días. Respecto a los efectos adversos detectados, no registramos mayor necesidad de soporte vasoactivo ni prolongación de complejo QTc así como tampoco alteración de la función hepática o renal. Aunque la presencia de midriasis bilateral arreactiva no es despreciable según nuestra experiencia, no se detectó ningún caso en nuestra cohorte. Cabe destacar un caso de hipertermia que precisó de la retirada de la SI.

**Conclusiones:** La SI administrada de forma prolongada es eficaz y segura en nuestra población a estudio. Nuestra experiencia sugiere un proceso de despertar más rápido y con menor incidencia de *delirium* respecto a registros habituales con SE. Son necesarios más estudios para comprobar dichas conclusiones.

### 353. SEDACIÓN INHALADA DURANTE PERIODOS SUPERIORES A 21 DÍAS: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Tarré Ferré L, Vilà Rivas M, Vilà Currius M, Castillo Niell À, Palomanes Espadale ML y Murcia Gubianas C

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

**Objetivos:** El uso de sedación inhalada (SI) con isoflurano se está instaurando en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Sus probables ventajas respecto a la sedación endovenosa (SE) convencional incluyen un menor consumo de opioides, más días libres de ventilación mecánica (VM) o un menor tiempo en el proceso de despertar. Pero la gran mayoría de referencias bibliográficas hasta el momento no exploran periodos de SI superiores a 72 h. Evaluar la eficacia de la SI a lo largo de > 21 días. Analizar los efectos adversos en relación a la SI. Evaluar el proceso de despertar y la incidencia del *delirium*.

**Métodos:** Presentamos una serie de tres casos (05/2022-07/2023) que recibieron SI desde el ingreso en UCI y durante más de 21 días. Se analizaron características sociodemográficas, motivo de ingreso en UCI, días de VM, dosis de isoflurano administradas, eficacia de la SI mediante escala RASS objetivo y sistema. BIS $\Delta$  a lo largo de los días, así como la evaluación del proceso de despertar. Finalmente, se monitorizaron tanto la presencia de *delirium* como posibles efectos adversos relacionados.

**Resultados:** Los tres casos son varones de 44, 56 y 63 años y fueron ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria aguda (estatus asmático (67%) y traumatismo torácico grave (33%)). Precisaron de sedación profunda y bloqueo neuromuscular de largo recorrido debido a complicaciones infecciosas. Los días de VM totales fueron de 31 días en dos de los pacientes y 43 días en el tercero y los días de estancia en UCI fueron de 35, 38 y 45 días. La SI se instauró al ingreso alcanzando en un 100% de los casos el valor RASS y BIS $\Delta$  objetivo sin necesidad de añadir SE y con dosis medias de isoflurano administradas de 4-6 ml/h. Los días totales de SI fueron 23, 23 y 24 días. Posteriormente, se realizó el destete con sedación ligera, obteniendo RASS 0 en las siguientes 24-96 h. En uno de los 3 pacientes (33%) se detectó *delirium* hiperactivo (escala CAMICU). Respecto a los efectos adversos, no obtuvimos mayor necesidad de soporte vasoactivo ni alteración de la función hepática, renal o del complejo QTc. Aunque la midriasis bilateral arreactiva no es infrecuente según nuestra experiencia, no se detectó en ninguno de estos tres casos.

**Conclusiones:** En nuestra serie de casos de pacientes con SI durante > 21 días, observamos que la SI es eficaz a lo largo de los días sin necesidad de añadir sedantes endovenosos. El proceso de destete se realizó mediante sedación ligera, obteniendo RASS 0 en menos de 4 días. La

incidencia del *delirium* es del 33%. No se detectaron efectos adversos durante la administración de SI.

### 354. CONSECUENCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANALGOSEDACIÓN EN EL PACIENTE CRÍTICO

Czapka Mital JD, Mateus Sanabria LM, Avilés García M, Gutiérrez Mavárez CE, Leal Micharet AM, Benítez Ferreiro VA, Cubells Romeral M y Gamó de Maeyer A

Hospital Universitario General de Villalba, Madrid.

**Objetivos:** Analizar si la implementación de un protocolo de analgo-sedación actualizado con las últimas recomendaciones científicas permite disminuir el uso de midazolam en el paciente crítico. Los objetivos secundarios son comparar la mortalidad, los tiempos de ventilación mecánica (VM), las estancias y las complicaciones asociadas a la sedación antes y después de la aplicación del protocolo. También se estudia la capacidad de adherencia de los profesionales al mismo y los motivos en los casos de incumplimiento.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes prospectivo con controles históricos tras la implementación de un protocolo de analgo-sedación en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente en mayo de 2023. Se reclutaron adultos ingresados por patología médica y quirúrgica con indicación de sedación profunda durante más de 24 horas, entre abril de 2022 y noviembre de 2023. El análisis estadístico se realizó con el paquete StataC versión 15, mediante prueba t de Student o  $\chi^2$  de Pearson según las variables a estudio.

**Resultados:** Se incluyó 157 pacientes (99 preprotocolo y 58 post), siendo varones un 62,4%, con una edad media de 60,3 (DE 14,6) años. No hubo diferencias significativas en los antecedentes personales, los índices de gravedad ni los motivos de ingreso (siendo un 30,6% por insuficiencia respiratoria, 28,0% por *shock* séptico y 22,3% por patología neurológica). Tras la implementación del protocolo, el uso de midazolam se redujo del 64,7 al 36,2% de los pacientes (IC95% 12,9-44,0%,  $p = 0,001$ ), especialmente a expensas de su uso indebido como sedante de primera línea. Además, la duración de su uso se acortó de 7,6 a 3,8 días (IC95% 1,5-6,2,  $p = 0,001$ ). De los objetivos secundarios, no hubo diferencias en la mortalidad (32,3 vs. 27,6%, IC95% -10,0-19,5,  $p = 0,534$ ). Los días de VM se redujeron de 14,6 a 6,9 días (IC95% 3,4-11,9,  $p = 0,002$ ), y la estancia en UCI de 18,8 a 10,2 días (IC95% 3,4-13,8,  $p < 0,001$ ). Las neumonías asociadas a VM (NAVM) disminuyeron del 26,3 al 8,6% (IC95% 6,4-28,9%,  $p = 0,007$ ). La miopatía y el íleo paralítico también se redujeron de forma estadísticamente significativa, sin evidenciarse diferencias en el desarrollo de *delirium* ni de otras complicaciones. Las recomendaciones del protocolo se incumplieron en el 13,8% de los casos.

**Conclusiones:** La implementación del protocolo de analgo-sedación se asoció a un menor uso de midazolam. Además, hubo una reducción de los tiempos de VM, de la estancia en UCI y de algunas complicaciones relacionadas con la sedación, como las NAVM, la miopatía y el íleo paralítico. La adherencia a las recomendaciones del protocolo fue adecuada.

### 355. IMPACTO DE LA SELECCIÓN DEL FÁRMACO SEDANTE EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES ASOCIADAS

Czapka Mital JD, Avilés García M, Mateus Sanabria LM, Gutiérrez Mavárez CE, Benítez Ferreiro VA, Leal Micharet AM, Cubells Romeral M y Gamó de Maeyer A

Hospital Universitario General de Villalba, Madrid.

**Objetivos:** Analizar las complicaciones desarrolladas en función del fármaco utilizado para la sedación profunda del paciente crítico.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo desarrollado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente. Se reclutaron adultos ingresados por patología médica y quirúrgica con indicación de sedación profunda durante más de 24 horas, entre abril de 2022 y noviembre de 2023. El análisis estadístico se realizó con el paquete StataC versión 15, con ajuste de las variables identificadas como factores de confusión mediante análisis multivariable.

**Resultados:** Se incluyó 157 pacientes, siendo varones un 62,4%, con una edad media de 60,3 (DE 14,6) años. Entre los motivos de ingreso destacaron un 30,6% por insuficiencia respiratoria, un 28,0% por *shock* séptico y un 22,3% por patología neurológica. Los sedantes utilizados fueron: propofol en el 66,2% de los pacientes, midazolam en el 44,0% y

sedación inhalatoria en el 35,0%. La sedación fue combinada en el 48,4% de los casos, y se asoció analgesia con opiáceos en el 96,2%. Los principales factores de confusión identificados fueron: ser paciente pluripatológico, los índices de gravedad, el motivo de ingreso (especialmente por *shock* séptico o neumonía), y el uso de relajantes neuromusculares. No hubo diferencias significativas en la mortalidad en función del sedante utilizado tras el ajuste por factores de confusión. El midazolam presentó un efecto sinérgico importante para la mortalidad en los pacientes pluripatológicos, con un OR de 36,0 respecto a 1,4 para los no pluripatológicos. El tiempo de ventilación mecánica (VM) se incrementó en 7,5 días (IC95% 1,0-13,9,  $p = 0,024$ ) con el uso de midazolam, y la estancia en UCI en 8,8 días (IC95% 1,0-16,5,  $p = 0,027$ ). El propofol y la sedación inhalatoria no modificaron de forma significativa estos indicadores. El midazolam se relacionó con un aumento de las neumonías asociadas a VM (NAVIM) con un OR ajustado de 6,31 (IC95% 2,05-19,36,  $p = 0,001$ ), con la miopatía del paciente crítico con un OR de 3,99 (IC95% 1,36-11,69,  $p = 0,012$ ), y con el ileo paralítico con un OR de 3,01 (IC95% 1,10-8,24,  $p = 0,032$ ). Con el resto de sedantes no hubo efectos significativos en el desarrollo de estas complicaciones.

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que el uso de midazolam para la sedación profunda prolonga los tiempos de VM y las estancias en UCI, y aumenta el desarrollo de complicaciones asociadas como las NAVIM, la miopatía y el ileo paralítico. No se observaron diferencias significativas entre los efectos del propofol y la sedación inhalatoria, no pudiendo recomendarse uno frente al otro.

### 356. ANÁLISIS DEL USO DE MIDAZOLAM EN UNA COHORTE DE PACIENTES QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Cerezo Mejías AE, Gómez Romero C, Vizuete Medrano T, García Bonillo MP y Serrano Castañeda JJ

Hospital General la Mancha Centro, Ciudad Real.

**Objetivos:** Explorar los motivos asociados al empleo de midazolam en los pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) y su asociación respecto a la estancia y mortalidad.

**Métodos:** Estudio de una cohorte de pacientes que ha requerido VMI, así como empleo de midazolam como medicación sedante desde el 4 de mayo al 28 de noviembre de 2023 en la UCI de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan. Se analizarán variables sociodemográficas de los pacientes, así como motivo, duración y consecuencias del empleo de dicho medicamento. Las variables continuas serán representadas con media y desviación estándar (DE), usando la prueba de *t* de Student o de Wilcoxon, tras comprobar la normalidad con el test Kolmogórov-Smirnov. Las variables categóricas serán representadas mediante frecuencias y porcentajes (N (%)) usando el test  $\chi^2$  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:** De un total de 74 pacientes que precisaron ventilación mecánica invasiva en el periodo de estudio, 40 pacientes recibieron midazolam como medicación sedante (N, 54%), con una media de edad de 63 años (DE  $\pm 15$ ). El principal motivo para la elección de midazolam fue la inestabilidad hemodinámica (N, 45%), seguido de insuficiencia respiratoria grave (N, 30%), empleándose también con ambos motivos combinados (N, 12%), seguido de otras causas como la desadaptación respiratoria (N, 7,5%). La duración media de empleo de midazolam fue de 5 días (DE  $\pm 4,8$ ) con una duración media de 13 días de VMI (DE  $\pm 20$ ) y una estancia media de 15 días de ingreso en UCI (DE  $\pm 22$ ) y presentó una mortalidad del 57% a los 28 días.

**Conclusiones:** El empleo de midazolam como estrategia sedativa, suele ser frecuente en nuestra UCI, sobre todo en aquellos que presentan inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria grave. La aparición de nuevas estrategias de sedación con menores complicaciones podría plantearse como alternativa de cara a un futuro.

### 357. INICIO DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN UNA UCI POLIVALENTE. ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA

Peregrina Caño E, de la Torre Muñoz AM, García Gómez IG, Cerezo Fernández C, Morente García E y Zamboschi NA

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

**Objetivos:** Analizar el perfil y evolución de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria en los que se decidió iniciar sedación inhalatoria (S.I.).

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 1/06/2023 al 31/10/2023.

**Resultados:** De los pacientes ingresados en UCI, 359 precisaron ventilación mecánica invasiva. Se usó S.I. con isoflurano en 22 de ellos (6,12%). En un 32% se inició la S.I. al ingreso o  $< 24$  h y en un 68% se inició un sedante i.v. previo. En los pacientes que se usó S.I., eran un 86% mujeres y un 71% hombres, con edad media 58 años. Tipo de patologías al ingreso: insuficiencia respiratoria (41%). Politraumatismo (18%). Pancreatitis (14%). *Shock* séptico (9%). Otros (13%). Estatus refractario (5%). De los pacientes en los que se usó un sedante i.v. previo a S.I., se usó: propofol (61%), Propofol + midazolam (17%), propofol + dexmedetomidina (17%), midazolam (5%). Los motivos del cambio de sedación i.v. a S.I. fueron: objetivo de retirar benzodiacepinas (7%). Efectos secundarios del propofol (53%). Sedación difícil (33%). Estatus refractario (7%). Los motivos por los que se finalizó la sedación inhalatoria fueron: destete (64%), *exitus* (18%), desadaptación con isoflurano (4,5%), fiebre como probable efecto secundario del isoflurano (4,5%), valoración neurológica (9%). De los 22 pacientes en los que se usó S.I., el 18% fallecieron. De los restantes, en otro 18% no se usó ningún sedante posterior al isoflurano, y en el 63% se usó un sedante i.v. posterior, en la siguiente proporción: propofol + dexdor (37%), dexmedetomidina (21%), propofol (21%), propofol + midazolam (7%), propofol + dexmedetomidina + midazolam (7%), midazolam + ketamina + dexmedetomidina (7%).

**Conclusiones:** En nuestra muestra, solo se planteó usar S.I. en el 6% de los pacientes que precisaron ventilación mecánica, iniciando la S.I. solo en casos seleccionados. En un 37% de pacientes en los que se usó S.I. fue por los efectos secundarios del propofol, lo que supone un cambio de estrategia de sedación sin tener que usar midazolam. Los motivos por los que se finalizó la sedación inhalatoria en nuestra unidad han sido principalmente para avanzar en el destete (64%) sin apenas encontrar efectos secundarios. El inicio de la S.I. ha supuesto una revolución en los cánones de sedación, apareciendo en las guías del GTSAD como fármaco de primera elección en los casos de sedación moderada-profunda. El uso de esta terapia implica la necesidad de formación y experiencia.

### 358. SUPERVIVENCIA EN PACIENTES SEDADOS CON ISOFLURANO Y CON PROPOFOL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REINA SOFÍA DE MURCIA

Romero Sánchez AB, Soriano Ruiz L, Courgeon García C, Carrasco González E, Triviño Hidalgo J, Cremades Navalón I, Llamas Fernández N y Martínez Bernhard A

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Objetivos:** Comparar la supervivencia al alta según el tipo de fármaco sedante utilizado durante su estancia en nuestra unidad. Además, se estudian las diferencias sobre la estancia media en UCI, los días de *weaning*, la necesidad de intubación orotraqueal, el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica y la necesidad de realización de traqueostomía.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional seleccionando a 410 pacientes que ingresaron en nuestra UCI polivalente entre el 1 de enero y 30 de junio de 2023. Estudiamos datos demográficos y comparamos distintos parámetros como estancia, días de *weaning*, tasa de *exitus*, tasa de intubación orotraqueal, producción de neumonía asociada a ventilación mecánica y necesidad de traqueostomía en pacientes sedados con isoflurano o con Propofol®.

**Resultados:** De los 410 pacientes, el 69,5% eran varones. La edad media de la muestra total es de 62,18 años ( $\pm 17,42$ ). Entre los varones, la edad media es de 60,65 años ( $\pm 16,83$ ) y entre las mujeres, es de 65,66 años ( $\pm 18,31$ ). La estancia media de los pacientes es de 11,84 días ( $\pm 12,21$ ) para los pacientes sedados con Propofol® y de 12,24 días ( $\pm 12,60$ ) para aquellos en los que se usó Isoflurano. Teniendo en cuenta los días de *weaning* (transferencia gradual de trabajo respiratorio realizado por el ventilador mecánico hacia el paciente), son 6,90 días de media los que se usó isoflurano ( $\pm 9,10$ ) y 7,06 días con Propofol® ( $\pm 9,30$ ), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a mortalidad, el 25% de los pacientes que fueron sedados con Propofol® fueron finalmente *exitus*. Entre los supervivientes, el destino del alta de UCI fue el 59,1% a la planta de hospitalización, el 13,6% a otros hospitales y el 2,3% a domicilio. En el caso de los pacientes sedados con Isoflurano,

el 29,3% fueron *exitus*. Entre los supervivientes, el 51,2% fueron dados de alta a planta y el 19,5% a otros hospitales. La incidencia de NAVM fue del 53,8% en los pacientes que fueron sedados con isoflurano mientras que la presentaron el 69,2% de los que fueron sedados con Propofol®. La realización de traqueostomía tuvo lugar en el 37,5% de los sedados con isoflurano y solo se realizó en el 25% de los que fueron sedados con propofol.

**Conclusiones:** La supervivencia en pacientes sedados con Propofol® es levemente superior a aquellos en los que se utilizó isoflurano, sin diferencias significativas. Además, llama la atención la necesidad de más días de estancia en UCI al ser sedados con isoflurano, pero en cambio precian menos días de *weaning*. La realización de traqueostomía es menor en pacientes sedados con Propofol®.

### 359. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO, EXPERIENCIA Y VALORACIÓN DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN UNA UCI POLIVALENTE TRAS 6 MESES DE SU IMPLEMENTACIÓN

de la Torre Muñoz AM, Peregrina Caño E, Ruiz Aguilar A, Sanz Pacheco B y Nuevo Ortega P

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

**Objetivos:** Evaluar el conocimiento, experiencia y valoración de la sedación inhalatoria (S.I.) entre los intensivistas de una UCI polivalente, tras 6 meses del inicio de su uso.

**Métodos:** Se realizó una encuesta *online* a los intensivistas de la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

**Resultados:** En febrero de 2023 se realiza una sesión clínica donde se presenta el protocolo de S.I. a los médicos. En febrero y abril de 2023 se realizan talleres con enfermería. Desde entonces se inicia la S.I., siendo más habitual desde junio, realizándose entonces una hoja de registro para enfermería. En noviembre de 2023 se realiza la encuesta con los siguientes resultados (hasta entonces se había usado S.I. en menos de 30 pacientes): la encuesta es realizada por 32 de 36 intensivistas (89%). El conocimiento del protocolo de S.I. y la hoja de registro fue alto, 69% y 62,5%, respectivamente, habían leído el protocolo y conocían la existencia de la hoja de registro. La experiencia con la S.I. fue moderada, un 87,5% habían tratado a algún paciente con S.I. Pero solo el 65,5% había iniciado la terapia, y el 47% había despertado y extubado a un paciente que tenía S.I. Solo el 37,5% se siente cómodo usando la terapia. El conocimiento de indicaciones y contraindicaciones de la S.I. fue adecuado, un 87,5% sabía que la S.I. se usa para el paciente crítico que requiere ventilación mecánica y sedación moderada-profunda. Un 59% pensaba que era beneficiosa y un 41% depende del caso. Las principales indicaciones percibidas para la S.I. fueron sedación difícil (94%), estatus asmático (91%), sedación prolongada (81%), estatus epiléptico superrefractario (69%) y pacientes que requieren valoración neurológica frecuente (69%). Las principales contraindicaciones percibidas fueron susceptibilidad genética a hipotermia maligna (91%) e hipertensión intracraneal (81%). El conocimiento de coste-eficacia de la sedación inhalatoria fue bajo.

**Conclusiones:** La S.I. ha supuesto un cambio en la sedación del paciente crítico, apareciendo en las últimas guías del GTSAD como fármaco de primera elección en los casos de sedación moderada-profunda. Su uso implica la necesidad de formación y experiencia tanto para iniciar la terapia de forma adecuada como para su manejo y retirada. En este servicio todavía hay poca experiencia, por lo que parece que 6 meses puede ser poco para que la mayoría del personal se sienta cómodo con su manejo. Como posibles mejoras, podrían realizarse más sesiones clínicas, talleres, videos de montaje y de terapia, códigos QR para facilitar información y puesta en común de los casos en los que se usa la terapia (*debriefing*).

### 360. EFECTOS ADVERSOS DE LA SEDACIÓN PROFUNDA Y BLOQUEO NEUROMUSCULAR EN PACIENTES CON SDRA GRAVE POR SARS-CoV-2

Oliver Hurtado B, González López A, Corbalán Sánchez C, Sotos F y de las Blancas Concepción MM

Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

**Objetivos:** Estudiar los efectos que provoca la sedación profunda y el bloqueo neuromuscular (BNM) en pacientes con SDRA grave por SARS-CoV-2, durante su estancia en UCI y en un seguimiento a los 6 meses.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en UCI con SDRA grave por SARS-CoV-2, entre marzo de 2020 y noviembre de 2021. Se analizan variables relacionadas con el paciente: edad y sexo, así como con su ingreso: días en UCI y planta, APACHEII y SAPSII y III, días de ventilación mecánica invasiva (VMI), días de sedación profunda (RASS -4 y -5), tipo de sedantes y BNM utilizados, dosis media diaria acumulada, tiempo de despertar y de extubación, presencia de *delirium* (CAMICU +) y deterioro cognitivo tras alta de UCI (Test MOCA en consulta pos-UCI). A través del programa estadístico SPSS, y previa comprobación de distribución de normalidad de las variables continuas (test Shapiro-Wilk), se realiza descriptivo expresado en frecuencias y porcentajes, así como un bivalente usando chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student para continuas.

**Resultados:** De los 75 pacientes analizados, 70,7% eran hombres y 29,3% mujeres, edad media de 63,9 ( $\pm 12$ ) años. Se calcularon las siguientes medias: 20,93 ( $\pm 15,41$ ) días en UCI, 31 ( $\pm 22,7$ ) días en hospital, 17,39 ( $\pm 6,46$ ) puntos en la escala APACHE II, 38,75 ( $\pm 13,09$ ) puntos en escala SAPS II, 57,56 ( $\pm 15,07$ ) puntos en la escala SAPS III, 13,13 ( $\pm 11,36$ ) días de sedación profunda y 16,64 ( $\pm 12,81$ ) días de VMI. De los fármacos fueron los siguientes porcentajes y dosis media acumulada: propofol 96% y 4,6 g, midazolam 78,7% y 245 mg, ketamina 3,7% con 1,2 g, dexmedetomidina 33,3% y 877,5 mg, cisatracurio 96% y 124,19, isoflurano 40%. El uso de midazolam se relacionó con más días de ingreso en UCI 11,8 vs. 23,4 días ( $p = 0,006$ ), más días de sedación profunda 15,46 vs. 4,56 días ( $p = 0,001$ ) y más días de VMI 19,36 vs. 6,63 ( $p = 0,01$ ). El empleo de BNM (cisatracurio) se asoció al *delirium* ( $p = 0,027$ ). La sedación con isoflurano se relacionó con menos días de ingreso en UCI 30 vs. 45 días ( $p = 0,006$ ), menos tiempo de despertar ( $p = 0,018$ ) y menor tiempo de extubación ( $p = 0,04$ ). La ketamina se relacionó con la aparición de deterioro cognitivo, siendo la dexmedetomidina factor protector para el mismo  $p = 0,027$ . El propofol a dosis altas se asoció con mayor aparición de *delirium* ( $p = 0,007$ ).

**Conclusiones:** La sedación profunda tuvo efectos deletéreos en los pacientes con SDRA grave por SARS-CoV-2. El midazolam fue el que mostró más eventos adversos como aumento de días de ingreso, de sedación profunda y de VMI. La sedación inhalatoria presenta tiempos más cortos de destete frente a la intravenosa.

### 361. DIFERENCIAS EN LAS SEDACIONES ENTRE GRUPOS DE PACIENTES DE 65 A 74 AÑOS Y MAYORES DE 75 AÑOS

Martínez González O, Alonso Fernández MDLA, López Matamala B, Manso Álvarez M, Sánchez S, Martín Parra C, Chana García M y Blancas Gómez-Casero R

Hospital del Tajo, Madrid.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir las diferencias en las sedaciones en procesos endoscópicos gastrointestinales, especialmente las complicaciones, entre los pacientes de 65 a 74 años y los de 75 años de edad o más.

**Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en el Hospital Universitario del Tajo en Aranjuez, entre el 1 de julio de 2014 y el 30 de junio de 2017. Un equipo de médicos intensivistas sedó a pacientes de 65 años o más, para aplicarles uno o 2 procedimientos endoscópicos gastrointestinales bajo sedación profunda.

**Resultados:** Se realizaron 1.425 procedimientos en 1.225 sedaciones a pacientes. Se completaron un total de 1386 procedimientos, lo que supone el 97,3% de todos los procedimientos (tabla 2), con una tolerancia de la prueba que fue excelente en 820 pacientes (69,8%) y buena en 312 (26,6%). En la tabla se registran los principales resultados. Del total de las sedaciones en 202 (16,5%) presentaron alguna complicación, 127 (16,5%; IC95%: 14,0- 19,4%) del grupo de 65 a 74 años y 75 (16,4%; IC95%: 13,1-20,1) del grupo  $\geq 75$  años ( $p = 0,955$ ).

**Conclusiones:** No hay diferencias significativas en resultados generales y complicaciones entre pacientes de 65 a 74 años y de 75 años o más.

### 362. SEDACIÓN INHALATORIA EN UNA UCI POLIVALENTE

Villamar Carrromero A, Fernández Simón I, Astola Hidalgo I, Martínez Elizalde J, Martín-Jordán García E, Ballesteros Saavedra V, Sánchez Gutiérrez A, Blanco Aguilar V, Domínguez de la Cruz I y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Tabla Póster 361

Principales resultados

	Colonoscopy				Gastroscopy				Gastroscopy + Colonoscopy			
	Total	65 - 74 years	≥ 75 years	p	Total	65 - 74 years	≥ 75 years	p	Total	65 - 74 years	≥ 75 years	p
N	841	538	303		184	111	73		200	119	81	
Time of procedure (min)	23.52 (11.18)	23.16 (10.55)	24.17 (12.23)	0.213	12.80 (10.54)	12.16 (9.41)	13.76 (12.06)	0.318	33.68 (14.71)	34.92 (13.92)	31.82 (15.74)	0.148
Recovery time (min)	47.64 (20.91)	47.30 (20.83)	48.24 (21.06)	0.558	45.86 (20.28)	45.05 (12.20)	47.02 (23.05)	0.587	51.13 (26.51)	49.96 (28.62)	53.05 (22.73)	0.462
Adverse events (%)	142 (16.9)	94 (17.5)	48 (15.8)	0.566	18 (9.8)	13 (11.7)	5 (6.8)	0.277	42 (21.0)	20 (16.8)	22 (27.2)	0.78
Severe adverse events (%)	43 (5.1)	31 (5.8)	12 (4.0)	0.255	10 (5.4)	7 (6.3)	3 (4.1)	0.522	15 (7.5)	8 (6.7)	7 (8.6)	0.613
Hypotension	35 (4.2)	25 (4.6)	10 (3.3)	0.348	2 (1.1)	2 (1.8)	0 (0)	0.519	11 (5.5)	4 (3.4)	7 (8.6)	0.124
Desaturation	81 (9.6)	50 (9.3)	31 (10.2)	0.658	16 (8.7)	11 (9.9)	5 (6.8)	0.597	24 (12.0)	10 (8.4)	14 (17.3)	0.058
Ambu	33 (3.9)	24 (4.5)	9 (3.0)	0.285	10 (5.4)	7 (6.3)	3 (4.1)	0.742	9 (4.5)	3 (2.5)	6 (7.4)	0.162
Vomiting	3 (0.4)	0	3 (0.6)	0.557	0	0	0	NA	1 (0.5)	0	1 (0.8)	1
Arrhythmia	38 (4.5)	28 (5.2)	10 (3.3)	0.202	1 (0.5)	0	1 (0.9)	1	18 (9.0)	11 (9.2)	7 (8.6)	0.884

**Objetivos:** Análisis descriptivo de la utilización de sevoflurano como sedante inhalatorio en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente.

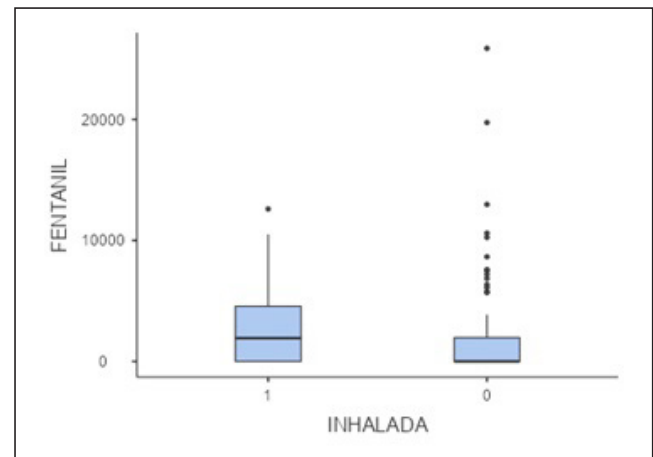
**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados en UCI a los que se les administró sedación inhalatoria con sevoflurano, dispositivo Sedaconda (Sedana Medical AB, Danderyd, Suecia) desde abril a noviembre de 2023. Se realizó un análisis de variables demográficas, indicación de tratamiento, efectos adversos, duración, tipo de sedación previa y posterior al sevoflurano, dosis de aminas vasoactivas necesarias, mortalidad intra-UCI e intrahospitalaria. Las variables cuantitativas se expresaron como media, mediana y cuartiles y las cualitativas en porcentaje. Análisis estadístico con IBM SPSS statistics v21.

**Resultados:** 31 pacientes con mediana de edad 62 años (Q25-75 [50-73]). 71% (n = 22) varones. Estancia media en UCI de 21,87 días IC95% [17,05-26,68]. APACHE II media 19,25. El diagnóstico más frecuente fue insuficiencia respiratoria, 54,8% (n = 17). La indicación principal fue sedación difícil en un 58,1% (n = 18). La duración media del tratamiento fue 83,66 horas, a una dosis media de 6,11 ml/h. La causa más frecuente de suspensión fue la finalización del tratamiento en el 60% (n = 19), seguido por la existencia de reacciones adversas 23,3% (n = 7). El efecto adverso más frecuente fue la hipotensión 12,9% (n = 4). El 90% (n = 28) tenían sedación previa, con midazolam 29,6% (n = 8), propofol 51,9% (n = 15), 14,8% (n = 4) midazolam + propofol y 3,7% (n = 1) dexmedetomidina. Durante el tratamiento, el 33,3% (n = 10) precisaron añadir otro sedante. El 80% (n = 23) precisó cambio de estrategia de sedación para el destete de la ventilación mecánica. No hubo cambios estadísticamente significativos en las dosis de noradrenalina pre, durante y postratamiento. Tras la retirada del sevoflurano el 50% (16) de los pacientes presentaron *delirium*. La mortalidad en UCI fue del 23,3% (n = 7) y la hospitalaria del 30% (n = 9).

**Conclusiones:** La sedación con sevoflurano se indicó fundamentalmente en pacientes con dificultad para la sedación con estrategias clásicas. El efecto adverso más frecuente es la hipotensión, pero sin objetivar diferencias en las dosis de aminas utilizadas. El sevoflurano es una buena alternativa en la sedación del paciente crítico.

En la distribución de los datos, se optó por un análisis de mediana. La significancia estadística de las diferencias observadas entre los grupos se determinó mediante el valor de p obtenido a través de la prueba U de Mann-Whitney.

**Resultados:** En este estudio, se analizaron 191 pacientes, divididos en dos grupos: 33 recibieron sedación inhalada y 158 fueron tratados con sedación intravenosa. En el grupo de sedación inhalada, la edad promedio fue 63 años, con 56% de mujeres, APACHE II de 9. Durante el periodo de estudio, el total de días acumulados en ventilación mecánica invasiva fue de 899, lo que resulta en un promedio de 4,7 días por paciente. Al comparar los dos grupos, se observó una reducción estadísticamente significativa en el consumo de opiáceos endovenosos en el grupo tratado con sedación inhalada. Este hallazgo, con un valor de p de 0,005, indica una disminución notable en la dependencia de opiáceos entre los pacientes que recibieron sedación inhalada (fig. y tabla).



**363. SEDACIÓN INHALATORIA EN CUIDADO INTENSIVO: IMPACTO SOBRE EL USO DE OPIOIDES**

Molano Franco D<sup>1</sup>, Giménez Esparza C<sup>2</sup>, Medina Lombo R<sup>3</sup>, Gómez Duque M<sup>1</sup>, Beltran E<sup>1</sup>, Ruiz I<sup>3</sup> y Quiñones C<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital San José, Bogotá, Colombia. <sup>2</sup>Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante. <sup>3</sup>Hospital San José, Alicante.

**Objetivos:** Realizar un estudio observacional analítico de cohorte histórica retrospectivo comparando pacientes con sedación endovenosa y sedación inhalada, durante un periodo de 6 meses, atendidos en el Hospital de San José en Bogotá, Colombia y determinar si esta última, se asocia a una reducción en el consumo de opiáceos endovenosos.

**Métodos:** Pacientes admitidos a la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San José, con indicación de sedación intravenosa o inhalatoria durante al menos 24 h, sometidos a ventilación mecánica invasiva. Las variables de interés en el análisis incluyeron sexo, edad, días de intubación y uso de opioides. En el análisis Estadístico, debido a la no norma-

Independent Samples T-Test				
		Statistic	df	p
FENTANIL	Student's t	2.20	187	0.029
	Mann-Whitney U	1879		0.005

**Conclusiones:** Este estudio evidencia que, en pacientes críticos con necesidad de ventilación mecánica invasiva, la administración de isoflurano inhalado demostró una reducción significativa en el uso de opiáceo endovenoso, todo ello sin modificar la escala RASS. Dado el creciente interés en alternativas a los opiáceos debido a problemas de adicción y tolerancia, este estudio adquiere relevancia significativa.

### 364. SEDACIÓN INHALADA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO GRAVE Y SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-VENOSA

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** Objetivo primario: demostrar la reducción de necesidad de sedación intravenosa al iniciar sedación inhalada en pacientes con síndrome de distrés respiratorio (SDRA) grave que precisan de soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva y oxigenación por membrana extracorpórea veno-venosa (ECMO-VV). Objetivo secundario: evaluar la disminución de dosis de fentanilo con el uso de sedación inhalada en los pacientes con SDRA que precisan soporte con ECMO-VV.

**Métodos:** Análisis observacional analítico, retrospectivo, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde enero 2021 a enero 2023. Se reclutaron un total de 36 pacientes con SDRA grave (según criterios de Berlín 2012: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 100 mmHg con PEEP ≥ 5 cmH<sub>2</sub>O) que precisaron asistencia respiratoria con ECMO-VV, en los cuales se inició sedación inhalada con isoflurano para optimización de la sedoanalgesia. Se recogieron las dosis medias de propofol, midazolam y fentanilo, antes, a las 24 horas y a las 72 horas de iniciar la sedación inhalada.

**Resultados:** Objetivo principal: el análisis de los datos demuestra reducción significativa en la dosis de propofol a las 24 y 72 horas tras iniciar sedación con isoflurano (mediana de uso de propofol en 24 horas previo a la sedación inhalada de 240 mg al día, y mediana a las 24 y a las 72 horas de 0 mg día ( $p < 0,001$ )). También se evidencia disminución significativa en la dosis de midazolam empleada (mediana de midazolam previo al isoflurano de 240 mg, y mediana a las 24 y 72 horas de 0 mg ( $p < 0,001$ )). Objetivo secundario: no hay diferencias significativas en las dosis medias de fentanilo tras iniciar la sedación inhalada con isoflurano.

**Conclusiones:** El isoflurano es una alternativa en la sedación de los pacientes con SDRA grave que precisan asistencia con ECMO-VV, que permite optimizar la sedación de estos pacientes disminuyendo las dosis de otros sedantes intravenosos y los potenciales efectos nocivos que estos puedan producir.

complejos QRS menores de 120 ms. Se recogen complicaciones: infección precoz de la bolsa de marcapasos, perforación cardiaca con necesidad de drenaje pericárdico, dislocación de electrodo ventricular, neumotórax. o hemotórax.

**Resultados:** Recogemos 38 pacientes sometidos a estimulación cardiaca con intención de estimular la rama izquierda, con una edad media de 77,08 años. La indicación de marcapasos definitivo fue de BAV de alto grado en 29 pacientes y de disfunción sinusal sintomática en 9. Solo 8 pacientes necesitaron marcapasos provisional previo, en el resto se utilizó estimulación ventricular de respaldo con el electrodo auricular en posición apical de VD. Se consiguieron criterios de estimulación en rama izquierda en 28 pacientes, quedando los 10 restantes con estimulación convencional en septo profundo o TSVd, lo que supone una tasa de éxito de 73,68%. Todos los casos quedaron con parámetros de estimulación correctos a las 24 h de implante. Como complicaciones solo se ha detectado un neumotórax por punción subclavia resuelto *ad integrum*.

	N
Rama izquierda	28
Septo profundo	10
Umbral ventr	0,65
Impedancia	707
Detección	11,87
DDD	37
VVI	1

**Conclusiones:** La estimulación cardiaca definitiva en área de la rama izquierda en nuestra UCI se está consiguiendo sin complicaciones significativas, con parámetros de estimulación adecuados, con una curva de aprendizaje asumible, y con un alto porcentaje de éxito en la consecución de objetivos de estimulación fisiológica.

### 366. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Corbato García Á, Benítez Garzón LE, Vidal Luján LA, Antolínez Herrero MÁ, González Salamanca Á, Pérez Bastida L, Ortega Saez M y Andaluz Ojeda D

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

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes ingresados para implante de marcapasos y sus complicaciones en la UCI del CAUPA durante el periodo 2019- 2023.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional con pacientes ingresados en UCI para implante de marcapasos entre 2019-2023. Se analizan datos epidemiológicos y clínicos mediante el sistema *online* de registro de marcapasos de la AEMPS.

**Resultados:** Incluidos 619 pacientes: 59% varones, 41% mujeres, con una media de edad de 82 años. El 87,3% presentó sintomatología, siendo las más frecuentes: síncope (41,1%), mareo (32%), insuficiencia cardiaca (17,7%), astenia (6,3%), encontrándose asintomáticos el 12,7%. El motivo principal de implante de marcapasos fue: bloqueo AV de tercer grado (38,7%), seguido de fibrilación auricular lenta (19%), bloqueo AV 2º grado tipo II (13,6%). Las etiologías primarias más comunes fueron la fibrosis del sistema de conducción (79,7%) y la isquémica (10,9%). La intervención se realizó por vía subclavia en el 100% casos. Se realizaron 483 (78,5%) primoimplantes frente a 132 (21,5%) recambios. En el 58% de los casos eran marcapasos monocamerales frente a 42% bicamerales. Los electrodos auriculares son de fijación activa (100%), y en los ventriculares se ha utilizado fijación activa (74%) y pasiva (26%). El explante del generador se realiza por fin de vida (88,5%), mientras que el explante de los electrodos es por infección (93%). Las complicaciones inmediatas más frecuentes son: dislocación precoz (33,3%), neumotórax (5,1%).

**Conclusiones:** El motivo principal de implante de marcapasos fue el bloqueo AV de 3º grado. La mayoría de los pacientes presenta sintomatología, siendo la más frecuente el síncope. El motivo más frecuente de explante del generador es el fin de vida, mientras que de los electrodos es la infección. La complicación inmediata más frecuente es la dislocación precoz del electrodo, seguida del neumotórax.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### MARCAPASOS/ARRITMIAS I

11:40-12:00 - Pantalla 1

Moderadora: María Dolores Carrasco González

### 365. HACIA LA ESTIMULACIÓN CARDIACA FISIOLÓGICA EN LA UCI. INICIO DE LA ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA EN UNA UCI IMPLANTADORA

Pola Gallego de Guzmán MD, Castillo Rivera AM, Ruiz Bailén M, Sánchez de Toro P, López-Cuervo Ramírez R y Colmenero Aguilar C

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

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en el inicio de la estimulación cardiaca en la rama izquierda en una UCI con experiencia implantadora.

**Métodos:** Incluimos todos los pacientes sometidos a estimulación cardiaca definitiva en el área de la rama izquierda en nuestra UCI desde enero a diciembre de 2023. Se estudia la tasa de éxito en la consecución de objetivos de estimulación en rama izquierda, como morfología R' en V1, LVAT (*Left Ventricle Activation Time*) en V5 o V6 menor de 80 ms o