

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

INFECCIÓN/SEPSIS/FRACASO MULTIÓRGANICO

08:30-09:30 - Sala 114

Moderadores: *Alejandro Rodríguez Oviedo/
Antonia Socías Mir*

524. SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON SEPSIS DE PARTES BLANDAS TRATADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Da Costa Llacer L, Vázquez Candela LM, Chova Sendra Z, Rincón Franco S, Jiménez Ortiz JL, Pedrós Mas C, Vendrell Torra E, Garro Martínez P e Iglesias Rodríguez R

Hospital General de Granollers, Barcelona.

Objetivos: Analizar la evolución y supervivencia de pacientes con infecciones graves de tejidos blandos que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital regional. Los datos han sido obtenidos de la base de datos de admisiones a la UCI del Hospital General de Granollers durante un periodo de 10 años (2013-2022). Todos los pacientes con infección grave de tejidos blandos fueron incluidos. Cohorte final: 28 pacientes.

Resultados: La edad media fue de 66 años, siendo el 79% hombres. Presentaron una comorbilidad media-alta (promedio Charlson de 3). GMA promedio (grupo de morbilidad ajustada) de 3,7/5. A destacar un alto IMC, con media de 28,8. Tipo de infección: 45% celulitis, 24% fascitis y 31% gangrena. El 82% presentó síndrome de disfunción multiorgánica (MODS), 100% de los pacientes en el grupo fascitis, 89% en gangrena grupo y 63% en el grupo de celulitis. Diagnóstico y microorganismos: se realizaron hemocultivos en el 100% de los pacientes, siendo estos negativos en el 71%. cultivos del foco infeccioso se realizaron en el 89,28% de los pacientes, el 16% fueron negativos. Entre los cultivos positivos encontramos los microorganismos que se muestran en la figura. Los pacientes tardaron 3 días en consultar desde el inicio de los síntomas. Diagnóstico tomó un promedio de 15,7 horas de retraso desde la visita a la sala de emergencias. El 64,28% de los pacientes requirió cirugía urgente. El grupo de celulitis fue el que tuvo menos indicación de cirugía, solo en 18,2%, versus 87,5% y 100%, en los casos de fascitis y gangrena. Una vez indicada la cirugía tardó un promedio de 4:30 h en realizarse. La estancia hospitalaria media fue de 40 días (mediana 29,5 días). Estancia media en UCI 14,75 días y pos-UCI 24 días. Apache II promedio al ingreso a UCI: 16. Las medidas terapéuticas utilizadas en la estancia en UCI se muestran en la tabla. El 32% de los pacientes fallecieron. La tasa de mortalidad en el grupo de celulitis fue del 45,5%, en el de fascitis grupo 33% y del 11% en grupo de gangrena.



Conclusiones: Las infecciones de tejidos blandos pueden poner en peligro la vida y siguen siendo un reto diagnóstico y terapéutico para los

facultativos. En muchos casos, requieren un manejo multidisciplinario que involucra a intensivistas, cirujanos e infectólogos. El reconocimiento temprano es esencial para comenzar tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro y realizar desbridamiento del foco de infección lo antes posible.

	SVA%	VM%	TRRC%	TRAQUEOS-TOMIA%	PRONO%
CELULITIS	90	55	45	27	0
FASCITIS	100	63	50	37	25
GANGRENA	78	55	11	0	0
% TOTAL	89	68	36	29	7

Tabla 1. SVA: soporte vasoactivo, VM: ventilación mecánica, TRRC: terapia de reemplazo renal continua.

525. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EN EL PERFIL CITOCINÉTICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SIRS) DE ORIGEN TRAUMÁTICO VS. NO TRAUMÁTICO

Martí Chillón G, Muñoz González S, Muntión Olave S, Preciado Pérez S, Navarro Bailón A, Fidalgo Gómez H, González Robledo J, Blanco Blanco JF, Sánchez Guijo Martín F y García Miguel A

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

Objetivos: Analizar la respuesta de pacientes con SIRS de distinto origen y a diferentes tiempos, buscando nuevos biomarcadores diferenciales de pronóstico.

Métodos: Se recogieron variables clínicas y evolutivas, APACHE II y SOFA con muestras de sangre periférica de 25 pacientes politraumatizados (PT) (ISS > 16) y de 25 no politraumatizados (NPT) a las 0, 24 y 72 horas del inicio del SIRS, cuantificando y analizando las distintas citocinas y contenido de las vesículas extracelulares (VE). Los datos clínicos y los parámetros de la UCI se relacionaron con los resultados de laboratorio para identificar conexiones sólidas entre variables y la evolución mediante distintos análisis estadísticos.

Resultados: Evolución clínica diferente según el tipo de insulto. Los PT mostraron mayor estancia en UCI y hospitalaria (p < 0,001) y peor calidad de vida al alta hospitalaria (Katz p < 0,05, EQ5D score p < 0,001) con APACHE II, SOFA y *exitus* similares en ambos grupos. La concentración en plasma de la mayoría de las citocinas estudiadas fue mínima o nula en sujetos sanos. Tanto PT como NPT presentan pico durante las primeras 24 horas para normalizarse después de 72 horas. Coexistieron señales proinflamatorias (S-100A8, RAGE, TNF α , IFN γ , IL-1 β , IL18) y antiinflamatorias (IL-6, IL-10 e IL-4), mayor en NPT. Otras citocinas involucradas en la movilización celular fueron IL-8, CCL2 y CCL4, mientras que solo PT presentan aumento de MIF respecto a sanos. G-CSF y VEGF, implicadas en comunicación intercelular, aumentaron después del inicio del SIRS, mientras que FasL (involucrado en apoptosis) disminuyó en ambos grupos. La concentración de vesículas (VE) aumentó durante el SIRS con un perfil de microRNA conservado entre los grupos, especialmente en PT y sanos. Los NPT presentaron gran heterogeneidad en el contenido de microRNAs.

Conclusiones: Ambos SIRS presentaron similar respuesta inflamatoria, mayor tras el inicio del SIRS, más intensa en origen infeccioso con recuperación de valores parcialmente normales a las 72 horas. La reacción SIRS presenta hipercitocinemia pro- y antiinflamatoria, junto a liberación de quimioatrayentes celulares y factores de crecimiento durante las primeras 24 horas. Valores elevados de IL-6, IL-8 y TNF α , y el recuento bajo de monocitos al inicio del SIRS asocian incremento del riesgo de infecciones en PT. IL-8 y MIF se relacionan con SOFA elevado a las 72 horas, indicativos de una peor evolución del paciente. IL-8 se asocia a mayor APACHE II. Durante el SIRS aumenta la concentración de VEs en plasma, mayor en el grupo NPT, con distinto contenido de microRNAs según el origen del SIRS.

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (FPU18/03533) y el Fondo de Investigación en Salud (PI19/01455) del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) "Una Manera de Hacer Europa".

526. DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EN EL PERFIL INFLAMATORIO CELULAR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SIRS) DE ORIGEN TRAUMÁTICO VS. NO TRAUMÁTICO

Martí Chillón G, Muñoz González S, Muntión Olave S, Flores Montero JA, Osughi L, Preciado Pérez S, Gómez Redondo M, González Robledo J, Orfao A y Sánchez-Guijo Martín F

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

Objetivos: Analizar de forma multiparamétrica la respuesta de pacientes con SIRS de distinto origen y a diferentes tiempos, buscando nuevos biomarcadores diferenciales de pronóstico y evaluar el papel de las células mesenquimales como inmunomoduladoras.

Métodos: Se recogieron distintas variables clínicas y evolutivas, APACHE II y SOFA con muestras de sangre periférica de 25 pacientes politraumatizados (PT) (ISS > 16) y de 25 pacientes no politraumatizados (NPT) a las 0, 24 y 72 horas del inicio del SIRS. Los datos clínicos y los parámetros de la UCI se relacionaron con los resultados de laboratorio para identificar conexiones sólidas entre variables y la evolución del paciente mediante distintos análisis estadísticos.

Resultados: Se objetivó una evolución clínica diferente según el tipo de insulto. Los PT mostraron mayor estancia en UCI y hospitalaria ($p < 0,001$), valores más altos de lactato, LDH y ALT ($p < 0,05$), mientras que los NPT tenían valores más altos de bilirrubina, creatinina y fibrinógeno ($p < 0,05$) después del inicio del SIRS. APACHE II y SOFA, fueron similares en ambos grupos sin diferencias de *exitus*. Los PT mostraron peores valores de calidad de vida después del alta hospitalaria (Katz $p < 0,05$, EQ5D score $p < 0,001$). El estudio celular del SIRS evidenció un aumento de leucocitos por liberación de neutrófilos en las primeras horas del SIRS, por aumento en los subconjuntos de neutrófilos maduros e inmaduros (expresión baja de CD16), con reducción en los eosinófilos y

basófilos. Los monocitos se mantuvieron estables, aumentando durante las primeras horas en PT. Las células supresoras mieloides derivadas (MDSC), las células madre hematopoyéticas y las células estromales mesenquimales (MSC), aumentaron en PT durante la primera hora y en NPT después de 72 horas. *In vitro* las MSCs mostraron un perfil inmunomodulador en condiciones de SIRS solo cuando los macrófagos estaban en el cultivo.

Conclusiones: Tanto el SIRS tras politrauma como el no politrauma presentaron similar respuesta inflamatoria, mayor tras el inicio del SIRS, más intensa en origen infeccioso con recuperación de valores parcialmente normales a las 72 horas. El SIRS produce movilización masiva de neutrófilos y disminución continuada de células dendríticas y linfoides. En pacientes con politrauma se produce un aumento de monocitos, MDSCs y MSCs durante las primeras horas. La terapia con MSCs podría favorecer la regulación de las condiciones inflamatorias a través de la interacción sinérgica con la población de macrófagos.

Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (FPU18/03533) y el Fondo de Investigación en Salud (P119/01455) del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) "Una Manera de Hacer Europa".

527. RSIXS: REGISTRO DE SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO

Reina Aguilar C¹, Lorenzo Cárdenas C², Yébenes Reyes JC¹, Trenado Álvarez J³, Vera Artázcoz P⁴, Vendrell Torra E⁵, Almorin González L⁶ y Herraiz A⁷

¹Hospital de Mataró, Barcelona. ²Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ³Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Hospital General de Granollers, Barcelona. ⁶Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁷Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Figura Póster 527

Edad	61.4 ± 14.0	60.4 ± 14.6	0.28
APACHE II	19.9 ± 7.8	21.2 ± 7.4	0.009
DDS	489 (89.4)	368 (87.8)	0.445
Sexo varón	334 (63.1)	301 (73.2)	0.001
Paciente Traumático	53 (9.7)	52 (12.4)	0.181
Paciente coronario	112 (20.5)	85 (20.3)	0.931
Cirugía urgente	103 (18.9)	132 (31.6)	< .001
Inmunosupresión	62 (11.3)	49 (11.7)	0.852
Neutropenia	19 (3.5)	17 (4.1)	0.63
Inmunodepresión	1 (0.2)	5 (1.2)	0.091
NP	92 (16.8)	107 (25.6)	< .001
DVE	49 (9.0)	37 (8.8)	0.945
TRR	178 (32.6)	200 (47.7)	< .001
Desnutrición	44 (8.0)	50 (12.0)	0.042
Diabetes	162 (29.6)	132 (31.5)	0.527
EPOC	69 (12.6)	76 (18.1)	0.017
Insuficiencia renal crónica	94 (17.2)	98 (23.4)	0.017
Cirrosis	19 (3.5)	23 (5.5)	0.126
Neoplasia	51 (9.3)	39 (9.3)	0.993
NAVM	145 (26.5)	208 (49.6)	< .001
BRC	213 (39.0)	144 (34.5)	0.154
Bacteriemia secundaria	124 (22.7)	123 (29.5)	0.017
Infección de orina	179 (32.8)	92 (22.0)	< .001
ATB 48 horas antes ingreso	148 (27.6)	110 (27.4)	0.947
Exitus	140 (25.6)	197 (47.0)	< .001
Acinetobacter	6 (1.1)	15 (3.6)	0.009
SAMR	7 (1.3)	9 (2.1)	0.295
BLEES	122 (22.3)	123 (29.4)	0.013
Pseudomonas MR	29 (5.3)	53 (12.7)	< .001
BGN MR	28 (5.1)	22 (5.2)	0.932
Tipo paciente			0.183
Médico	416 (74.2)	309 (73.9)	
Cirugía programada	70 (12.8)	39 (9.3)	
Cirugía urgente	71 (13.0)	70 (16.7)	
Días en UCI	32.0 (19.0 ; 50.0)	36.0 (23.0 ; 54.0)	0.013

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RIQ). NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente; BLEE: beta-lactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacilo Gram Negativo multiresistente

Objetivos: El reconocimiento de la sepsis como código de riesgo vital implica el desarrollo de herramientas de monitorización del proceso asistencial identificando indicadores clave de actividad, proceso y resultado. Estas herramientas pueden permitir realizar un análisis de calidad del proceso asistencial. El objetivo del estudio es el de describir el grado de seguimiento de las recomendaciones para el manejo de pacientes con sepsis o shock séptico en el Sistema Sanitario Catalán a partir de los indicadores claves de actividad, proceso y resultado. Como objetivos específicos se identificaron 10 indicadores de actividad, proceso y resultado.

Métodos: Estudio piloto observacional, retrospectivo y multicéntrico. Se incluyen pacientes que ingresan en la UCI por sepsis de adquisición comunitaria con uno o más fallos orgánicos o agudizados en los hospitales de agudos de Cataluña con servicio de Medicina Intensiva en un periodo de 15 días. Se generó una plantilla de recogida de datos con los principales indicadores de actividad y se realizó la recogida en la base de datos de RedCap del hospital Mutua de Terrassa.

Resultados: Se definen 3 paquetes de adherencia a las recomendaciones de la Surviving Sepsis Campaign (*bundle* de 1 h, de 3 h y de 6 h). Se obtuvo una muestra de 41 pacientes de 7 hospitales de agudos con una media de edad de 61 años siendo 65% hombres y 35% mujeres. La detección de la sepsis en un 24,39% se realizó en hospitales sin UCI. En el 34,15% de los casos el origen de la sepsis fue respiratorio, seguido de biliar (21,95%) y urinario (17,07%) con un APACHE II de 18 y SOFA de 8. En el 34% de los casos el tiempo criterios-activación fue menor de 1h, en el 70,7% se había realizado la toma de hemocultivos previo al inicio de antibioticoterapia con una adecuación de tratamiento empírico en un 62,5% de los casos. En el 42,8% de los casos el tiempo de control de

foco fue menor de 6 h. La monitorización del lactato se realizó en más del 80% de los casos en la primera hora y en la sexta hora. Sin embargo, cabe destacar que solo se ajustó el tratamiento antibiótico en 25,64% de los casos. Finalmente, la mortalidad de la sepsis en el entorno asistencial se sitúa en el 19,51%.

Conclusiones: El RSiXS (registro de sepsis y shock séptico) es un registro centralizado para la monitorización del proceso asistencial de las sepsis en el territorio catalán que sería aplicable a todas las tipologías de hospital y permitiría la realización de informes individuales y colectivos para la monitorización del proceso asistencial y posterior análisis de calidad de las sepsis en Cataluña.

528. FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE SHOCK SÉPTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UCI CON APLICACIÓN DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA DURANTE 12 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Hípola Escalada S¹, Roldán Furelos L¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Tout Castellano M¹, López Domínguez A¹, Hernández Viera MA¹, Padrón Mujica A¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Identificar los factores asociados con la presencia de shock séptico en pacientes con infección nosocomial (IN) en una UCI, tras 12 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Figura 1 Póster 528

	Pacientes con shock séptico		p
	No	Si	
	N= 547	N= 419	
Edad	61.4 ± 14.0	60.4 ± 14.6	0.28
APACHE II	19.9 ± 7.8	21.2 ± 7.4	0.009
DDS	489 (89.4)	368 (87.8)	0.445
Sexo varón	334 (63.1)	301 (73.2)	0.001
Paciente Traumático	53 (9.7)	52 (12.4)	0.181
Paciente coronario	112 (20.5)	85 (20.3)	0.931
Cirugía urgente	103 (18.9)	132 (31.6)	< .001
Inmunosupresión	62 (11.3)	49 (11.7)	0.852
Neutropenia	19 (3.5)	17 (4.1)	0.63
Inmunodepresión	1 (0.2)	5 (1.2)	0.091
NP	92 (16.8)	107 (25.6)	< .001
DVE	49 (9.0)	37 (8.8)	0.945
TRR	178 (32.6)	200 (47.7)	< .001
Desnutrición	44 (8.0)	50 (12.0)	0.042
Diabetes	162 (29.6)	132 (31.5)	0.527
EPOC	69 (12.6)	76 (18.1)	0.017
Insuficiencia renal crónica	94 (17.2)	98 (23.4)	0.017
Cirrosis	19 (3.5)	23 (5.5)	0.126
Neoplasia	51 (9.3)	39 (9.3)	0.993
NAVIM	145 (26.5)	208 (49.6)	< .001
BRC	213 (39.0)	144 (34.5)	0.154
Bacteriemia secundaria	124 (22.7)	123 (29.5)	0.017
Infección de orina	179 (32.8)	92 (22.0)	< .001
ATB 48 horas antes ingreso	148 (27.6)	110 (27.4)	0.947
Exitus	140 (25.6)	197 (47.0)	< .001
Acinetobacter	6 (1.1)	15 (3.6)	0.009
SAMR	7 (1.3)	9 (2.1)	0.295
BLEES	122 (22.3)	123 (29.4)	0.013
Pseudomonas MR	29 (5.3)	53 (12.7)	< .001
BGN MR	28 (5.1)	22 (5.2)	0.932
Tipo paciente			0.183
Médico	416 (74.2)	309 (73.9)	
Cirugía programada	70 (12.8)	39 (9.3)	
Cirugía urgente	71 (13.0)	70 (16.7)	
Días en UCI	32.0 (19.0 ; 50.0)	36.0 (23.0 ; 54.0)	0.013

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RIQ). NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ; NAVIM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilín resistente; BLEE: betalactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacilo Gram Negativo multiresistente

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron INs, desde 1 octubre 2010 a 30 septiembre de 2023, en una UCI polivalente de 30 camas. Se aplicó DDS a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a *shock* séptico descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de INs fueron los del ENVIN-Helics Se realizó un análisis univariado y un análisis multivariado de *shock* séptico. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 4.2.1 (R Development Core Team, 2022). Se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: De un total de 13.383 pacientes ingresados 419 (43,37%) de los 966 que desarrollaron infecciones presentaron *shock* séptico. En los pacientes con vs. sin *shock* séptico, la estancia en UCI ($p = 0,013$) y la mortalidad ($p < .001$) fueron significativamente mayores (tabla 1). Tuvieron más *shock* séptico, los pacientes con infecciones por *Pseudomonas* multirresistente, *Acinetobacter baumannii* y enterobacterias beta-lactamas de espectro extendido (BLEE) positivas (tabla 1). Los factores estadísticamente independientemente asociados a *shock* séptico fueron: neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), cirugía urgente, bacteriemia secundaria, técnica de reemplazo renal y nutrición parenteral (tabla 2).

	P	Odd-Ratio (95% IC)
Cirugía urgente	< .001	1.829 (1.342 ; 2.493)
NP	0.003	1.670 (1.192 ; 2.340)
TRR	< .001	1.690 (1.277 ; 2.237)
NAVM	< .001	3.505 (2.610 ; 4.706)
Bacteriemia secundaria	< .001	1.802 (1.331 ; 2.440)

TRR: técnica de reemplazo renal; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; NP: nutrición parenteral

Conclusiones: En una UCI polivalente tras 12 años de DDS los factores independientemente asociados a *shock* séptico fueron: NAVM, cirugía urgente, bacteriemia secundaria, técnica de reemplazo renal y nutrición parenteral. Las infecciones por *Pseudomonas* MR, *Acinetobacter baumannii* y enterobacterias BLEE se asociaron de forma significativa a mayor desarrollo de *shock* séptico. Los pacientes con *shock* séptico también tuvieron de forma significativa mayor estancia en UCI y mortalidad.

529. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON PERITONITIS SECUNDARIA INGRESADOS EN LA UNIDAD DE ADULTOS DE CUIDADOS INTENSIVOS

Rodríguez Alcaraz A, Pajares Martínez S, Soto Agudo L, Conejo Márquez I, Enciso Calderón V, Cruz Cidoncha A, Gordo Vidal F y Abella Álvarez AM

Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: La peritonitis secundaria se asocia a mortalidad y morbilidad elevadas; siendo variables los factores de riesgo relacionados con la mortalidad, según los distintos estudios. El objetivo es valorar los factores de riesgo asociados a la mala evolución definida como desenlace combinado de mortalidad en UCI, en hospital, estancia prolongada en UCI, en hospital y necesidad de reingreso.

Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI, enero 2015-junio 2018, tras intervención quirúrgica por peritonitis secundaria a perforación de víscera hueca. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas, analíticas, fisiológicas y microbiológicas. Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión logística univariable. Las variables estadísticamente significativas se incluyeron en el modelo multivariable. Para definir un tipo de paciente

con mayor vulnerabilidad, se realizó un método de crecimiento CHAID de detección automática de interacciones mediante chi-cuadrado.

Resultados: De 130 pacientes, 44% cumplieron criterios de mala evolución. La mortalidad en UCI fue de 5,4% y la hospitalaria total de 9,2%. Índice de mortalidad estandarizado < 1. La estancia media en UCI fue de 7 días (4-12) y la hospitalaria de 14 días (8-21). Reingresaron en UCI un 6,1%. No hubo casos de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), infección adquirida por microorganismos multirresistentes (MMR) o bacteriemia primaria o asociada a catéter. Variables asociadas a mala evolución: comorbilidad endocrina (OR 5,78 y CI 1,70-19,67), necesidad de ventilación mecánica (OR 12,17 y CI 1,70-86,70) o reintervención quirúrgica (OR 73,08 y CI 3,43-1.555,77) e infección de herida quirúrgica tanto en planta (OR 4,53 y CI 1,07-19,07) como en UCI (OR 7,10 y CI 1,35-37,44). El tratamiento antimicrobiano empírico correcto fue un factor protector. El árbol CHAID determina que presentar un SOFA 4-8 y una urea > 42 mg/dl en el 1^{er} día, más sufrir una infección de herida quirúrgica adquirida en UCI se asocia a un riesgo del 100% de mala evolución.

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a mala evolución son la presencia de comorbilidad endocrina, la necesidad de ventilación mecánica y/o de reintervención quirúrgica y la infección de herida quirúrgica en UCI o en planta. Por tanto, podemos definir al paciente diana que precisaría un ajuste del tratamiento más agresivo y precoz como aquel con peritonitis secundaria que el primer día de ingreso presenta un SOFA entre 4-8 y una urea > 42 mg/dl, y durante su ingreso en UCI desarrolla infección de herida quirúrgica.

530. FACTORES DE MORTALIDAD DE PACIENTES CON ASPERGILOSIS INGRESADOS EN UCI (2021-2023)

Pujol Freire AE, Carvalho Brugger S, Latorre Ibars R, Vallverdú Vidal M, Iglesias Moles S, Miralbés Torner M, Prats Sánchez I, Bellés Bellés A, Caballero López J y Trujillano Cabello JJ

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Analizar todos los casos positivos a *Aspergillus* spp en una UCI polivalente de 22 camas de un hospital de segundo nivel. Determinar los factores que influyen en la mortalidad de estos pacientes.

Métodos: Se recogieron datos de los pacientes con positividad a *Aspergillus* spp en cultivo, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y galactomanano entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Se realizó estudio comparativo entre grupos y análisis de regresión logística binaria múltiple (OR, IC95%). Valoración del modelo mediante metodología ROC. Clasificación en función de presencia de factores de riesgo clásicos para aspergilosis pulmonar (enfermedad hematológica, inmunodepresión y corticoterapia crónica), tipo de tratamiento administrado y la consideración de colonización vs. infección probable, considerando infección probable como aquellos pacientes susceptibles con aislamiento microbiológico, clínica compatible y alteraciones radiológicas.

Resultados: Se detectaron 52 pacientes con resultado positivo a una de las pruebas, el 96% por cultivo. Edad media de 64 años, 75% varones. Puntuación media APACHE II de 22,7, con intubación en un 96,45% de los casos. Se consideraron infección un 71% de los casos (aspergilosis probable). La mortalidad hospitalaria es del 55,8%. Se estudiaron diversos factores de riesgo en relación con la mortalidad. Se comparó la mortalidad en función de comorbilidades, infección por COVID, especie de *Aspergillus*, paciente médico o quirúrgico, tratamiento empírico, consideración como infección o colonización, entre otros. Los factores asociados de forma independiente con la mortalidad fueron la infección COVID como protector [OR 0,26 (0,10-0,96)] y la presencia de alguno de los factores clásicos como de riesgo [OR 6,2 (1,6-24,3)]; ABC ROC 0,73 (0,59-0,87). El uso empírico de antifungoterapia no mostró cambios en la mortalidad de los pacientes tratados. La consideración de la aspergilosis como colonización vs. aspergilosis probable tampoco demostró diferencias en la mortalidad entre ambos grupos.

Conclusiones: La mortalidad en pacientes con aspergilosis pulmonar es muy elevada. La presencia de los factores clásicos es un factor de riesgo de mortalidad, con incremento progresivo de esta en función de la acumulación de los mismos. El COVID se presenta como factor protector. El sesgo de selección a la hora de ingresar los pacientes COVID durante la pandemia determina que el mismo sea un factor protector de mortalidad.

531. TIEMPO DE DESARROLLO DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Estella García Á, Martín H, Sarmiento JM, Jiménez C, Breval A, Recuerda Núñez M y Gracia Romero MÁ

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Clásicamente la aspergilosis pulmonar en los pacientes críticos se ha identificado como una complicación tardía durante el ingreso en UCI, de hecho, el ingreso prolongado en UCI se ha identificado como factor de riesgo. El objetivo del estudio es analizar el tiempo de detección de aspergilosis en pacientes críticos ingresados en UCI por neumonía grave causada por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI médico quirúrgica de un hospital comunitario. Tiempo de estudio de 9 meses. Se incluyeron pacientes ingresados en UCI por neumonía grave con requerimientos de ventilación mecánica invasiva. Se realizó lavado broncoalveolar al ingreso en UCI. Consideramos niveles de galactomanano < 0,5 para descartar diagnóstico de aspergilosis. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 24.

Resultados: 18 de 60 pacientes se diagnosticaron de aspergilosis pulmonar. Ningún enfermo presentó neutropenia ni presentaron los factores de riesgo clásicos para el desarrollo de aspergilosis. En un 94,4% el diagnóstico de aspergilosis se obtuvo al ingreso en UCI tras la realización de lavado broncoalveolar broncoscópico, solo en un paciente se diagnosticó la aspergilosis durante el ingreso tras resultar negativa la del ingreso. En la figura se muestra la observación de una relación lineal entre el nivel de galactomanano en muestra respiratoria y los días desde el inicio de síntomas.

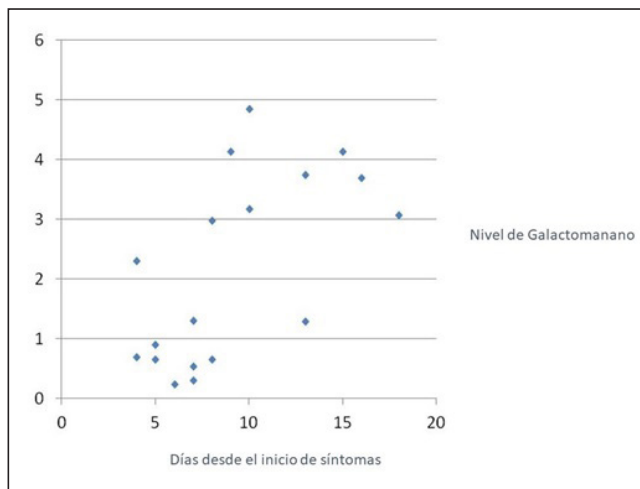
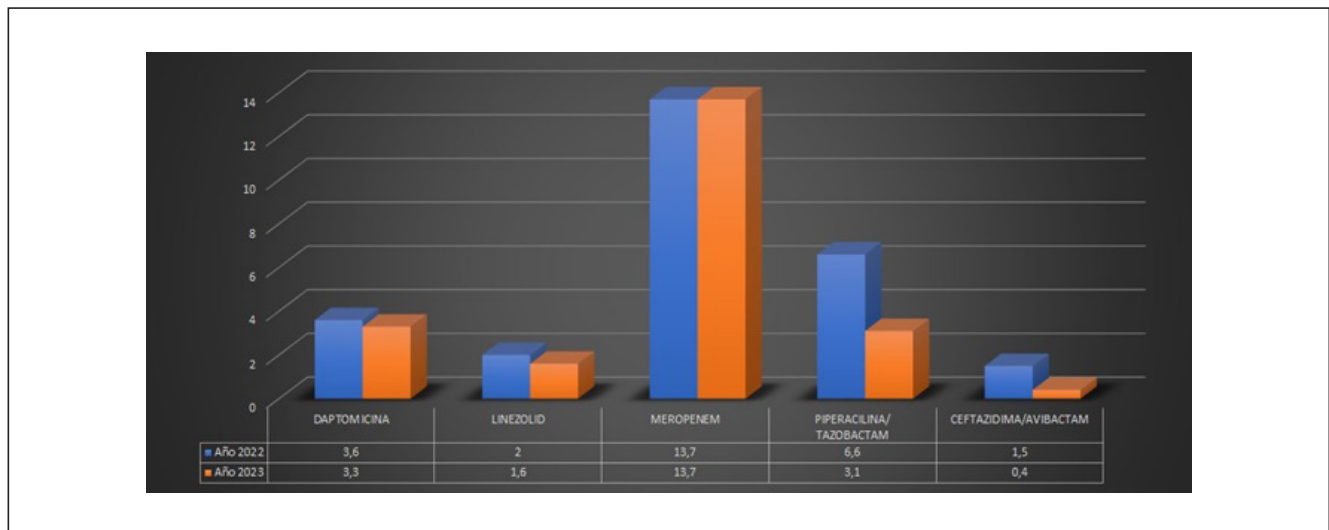


Figura 1 Póster 532



Conclusiones: La aspergilosis pulmonar asociada al COVID se presenta en forma de coinfección precozmente. Hemos observado una relación entre los niveles de galactomanano y los días de inicio de síntomas, asociando niveles superiores a más tiempo de inicio de la sintomatología.

532. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROA-UCI EN EL USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS DE AMPLIO ESPECTRO

Martín Bautista M, Jover Botella A, Duro Torrijos JL, Martínez Martínez AI, Gomis Romero A, Albacete Ródenas P y Suárez Ramos P

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

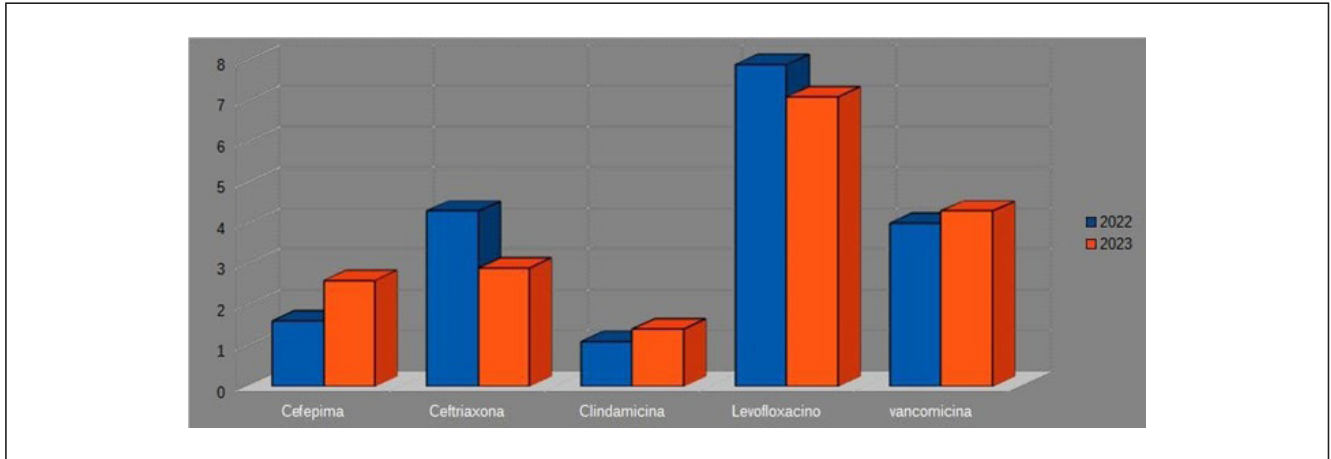
Objetivos: Optimizar el uso de antibióticos de amplio espectro en la UCI de un Hospital de segundo nivel sin Servicio de Microbiología 24/7.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se comparó el consumo de antibióticos medido en DDD/100 estancias en los años 2022 y 2023, tras implementar una evaluación diaria de los antibióticos de amplio espectro por intensivistas con formación específica en Infecciosas. El consejo fue no impositivo al médico prescriptor. La evaluación tuvo en cuenta las características del paciente, evolución de marcadores de inflamación y el foco. Los tiempos de resultados proporcionados por Microbiología fueron: hemocultivo positivo, gram 24-48 horas comunicada vía correo corporativo, 4-5 días antibiograma, foco urinario 48 horas, foco respiratorio 48-72 horas para resultados provisionales, 5-7 días antibiograma, exudados nasal y rectal 48 horas. Se suspendió el linezolid como cobertura para Gram + en el caso de exudado nasal negativo para SARM.

Resultados: El consumo de linezolid y daptomicina disminuyó en 2023. No se objetivó disminución en el consumo de meropenem que fue el principal fármaco usado en cobertura empírica en situación de shock séptico en los diferentes focos y en NAVM tardía. Se logró disminuir el consumo de ceftazidima-avibactam. La falta de adherencia a las recomendaciones del PROA fue del 5%. Las razones reportadas son el miedo a la recurrencia con la desescalada y la información tardía de los resultados microbiológicos en foco respiratorio con cumplimiento casi completo del ciclo antibiótico en ese momento. Se objetivó recurrencia de la infección en tan solo dos casos de desescalada a levofloxacino por desarrollo de resistencias. Las cifras de mortalidad fueron similares en ambos años, en torno a 5,5%.

Conclusiones: El PROA en nuestra UCI ha permitido una disminución en el consumo de antibióticos de amplio espectro, sin aumentar la mortalidad. En el caso de CG+, la desescalada basada en estado de portador de SARM y resultados provisionales de hemocultivos ha tenido alto valor predictivo negativo y ha permitido disminuir el consumo de linezolid y daptomicina, a pesar de ser centro referente para casos de endocarditis con indicación quirúrgica. Es imperativo la adquisición de técnicas de diagnóstico rápido para conseguir disminuir los tiempos de resultados en infecciones por BGN y el consumo innecesario de carbapenems.

Figura 2 Póster 532



Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

TRASPLANTES/METABOLISMO/NUTRICIÓN

08:30-09:30 - Sala 131 + 132

Moderadores: Mario Royo-Villanova Reparaz/
Luisa Bordejé Laguna

533. MORTALIDAD EN UCI SEGÚN EL PORCENTAJE DE REQUERIMIENTOS ENERGÉTICOS APORTADOS CON RESPECTO AL MEDIDO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA

Pérez Bazaga LJ, Álvarez Peña M, Salve Machuca C, Ávila Sansegundo C, Gaitano García A, Flecha Morales N, Aguilera García C, Cerezo Arias MO y Álvarez González JI

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

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo consiste en conocer si existen diferencias de mortalidad durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en función del porcentaje de los requerimientos energéticos aportados por fórmula simple por peso con respecto al gasto energético en reposo (GER) medido por calorimetría indirecta (CI).

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico de N = 44, realizado entre julio de 2020 y diciembre de 2022. Se han usado las bases de datos Jara, Excel y SPSS. Para la medición del GER se ha utilizado el monitor de calorimetría Q-NRG+ de COSMED®. Los resultados de GER obtenidos a través de calorimetría indirecta se han comparado con el aporte calórico realizado a los pacientes en el mismo momento de la medición, elaborando un porcentaje y posteriormente dividiéndolos en tres grupos: el grupo A corresponde a los pacientes a los que aportamos menos de un 70% del GER medido por calorimetría, el grupo B aquellos que tienen un aporte entre el 70-100% del GER y el grupo C a los que aportamos más de un 100% del GER. Para observar diferencias de mortalidad entre grupos se ha realizado un test chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: De los 44 pacientes analizados, la media de edad es de 61 años, con un 52,3% de mujeres y un IMC medio de 29,47. La patología más frecuente es el shock hemorrágico con un 34,1%. Más de un 60% de los pacientes reciben nutrición enteral, con únicamente un 6,8% de los pacientes en dieta absoluta. El 40,9% de los pacientes pertenecen al grupo A, de los cuales fallecen un 44,4%. El 22,7% pertenecen al grupo B, con una mortalidad del 30% y el 36,4% pertenecen al grupo C, de los cuales fallecen un 37,5%. El valor del test chi-cuadrado de Pearson comparando la variable *exitus* con el porcentaje de aporte calórico/GER es de 0,579 con una p de 0,748.

Conclusiones: La sobrealimentación o desnutrición de los pacientes críticos está relacionada con peores resultados en términos de mortalidad y alta de UCI. Este problema puede resolverse utilizando calorime-

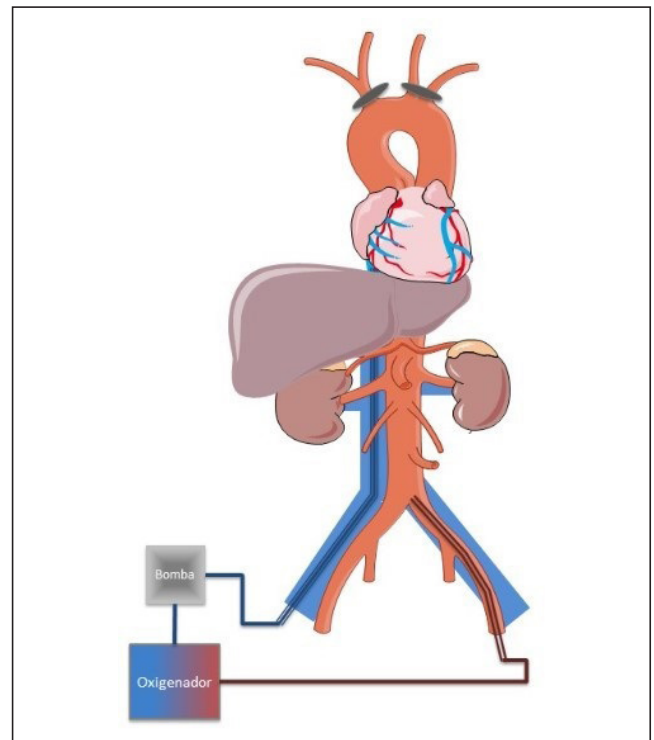
tría indirecta, midiendo el GER y ajustando de forma individualizada las necesidades energéticas de nuestros pacientes. En nuestra muestra, la mortalidad es menor en el grupo al que se aporta entre un 70-100% del GER. No obstante, hay que reseñar que este grupo B es el menos numeroso; presenta valores medios de SOFA y APACHE-II más bajos que el resto de grupos y no existen diferencias de mortalidad estadísticamente significativas entre grupos.

534. DONANTES CARDÍACOS EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO MAASTRICHT III: EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA INICIAL EN TRASPLANTE CARDÍACO

Di Paolo FA

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: El trasplante cardíaco es uno de los tratamientos en la insuficiencia cardíaca terminal. La limitación en la disponibilidad de donantes cardíacos es un obstáculo persistente. La donación cardíaca en asistolia controlada ha impulsado la actividad de este trasplante. Evaluar la viabilidad de donantes cardíacos en asistolia controlada (DAC). Analizar los resultados del trasplante cardíaco con este tipo de donantes.



Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, en un hospital de tercer nivel en Barcelona, de enero 2020 hasta octubre 2023, de los donantes de corazón en DAC así como sus respectivos trasplantes. Se evaluaron las características de los donantes y receptores incluyendo variables como características demográficas, tiempos de isquemia, tiempo de circulación extracorpórea (CEC) y clampaje, días en ventilación mecánica, estancia en UCI, complicaciones posquirúrgicas, necesidad de soporte farmacológico o mecánico y supervivencia al alta de UCI y hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 17 donantes, con una edad media de 39,4 años (± 11,4), el 70,6% fueron hombres. La causa de limitación de soporte vital más frecuente fue el ictus hemorrágico 23,5% seguida de HSA 17,6%. La causa más frecuente de los receptores fue la cardiopatía no isquémica con un 52,9%, siendo el 93,3% trasplante electivo. El tiempo medio de isquemia fría fue 115,33 min (± 39,5) y de CEC 96,27 min (± 18,74). La estancia media en UCI fue de 10,40 días (± 10,35). Como complicaciones, el 23,5% presentó disfunción primaria del injerto y 47,1% fracaso renal agudo. La supervivencia fue del 100% a los 90 días.

DONANTES	
Características donantes	
Edad (años) media / (DE)	39,4 (+/-11,4)
IMC media / (DE)	27,76 (+/-11,7)
Peso (Kg) media / (DE)	79,7 (+/-29,8)
Talla (cms) media / (DE)	170,41 (+/-6,15)
Hospital propio total / (%)	13 (76,5%)
Sexo	
• Hombre total (%)	12 (70,6%)
• Mujer total (%)	5 (29,4%)
Causa DAC total / (%)	
• Anoxia	2 (11,8%)
• Anoxia+Shock hemorrágico	1 (5,9%)
• AVC Hemorrágico	
• Eutanasia	4 (23,5%)
• HSA	2 (11,8%)
• TCE	3 (17,6%)
• TCE+Shock hemorrágico	2 (11,8%)
• TCE autolisis	1 (5,9%)
	1 (5,9%)
Drogas	
Dopamina total / (%)	2 (11,8%)
Noradrenalina total / (%)	7 (41,2%)
Tiempos	
Tiempo de isquemia caliente (min) media / DE	18 (+/-6)
Tiempo de isquemia fría (min) media / DE	15 (+/-6)
Tiempo de clampaje (min) media / DE	3 (+/-1)
Tiempo de perfusión regional normotérmica (min) media / DE	1:40 (+/-0:46)
RECEPTORES	
Tiempos receptores	
Tiempo en lista de espera (días) media / DE	116,20 (+/- 101,2)
Tiempo de isquemia fría (min) media / DE	115,33 (+/- 39,5)
Tiempo CEC (min) media / DE	96,27 (+/- 18,74)
Tiempo clampaje (min) media / DE	73,60 (+/- 18,22)

Conclusiones: La DAC amplía considerablemente el trasplante cardíaco, mostrando resultados comparables a los donantes en muerte encefálica. Esta opción puede abordar la creciente demanda de donantes

cardíacos. Se debe profundizar en los efectos de la DAC en la calidad y funcionalidad del órgano.

535. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ISQUEMIA FRÍA EN LOS TRASPLANTES RENALES EN LA DAC

Matas Rubio E, Ruiz Cambra NA, Barrios Arnau M, Gallego Luján C, García Martínez de los Reyes L, Pedrero Rosario JM, García López F, Prado Mira Á, Munera Valero M y Murcia Saez I

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

Objetivos: Realizar un análisis comparativo y descriptivo sobre la influencia de los tiempos de isquemia fría en la evolución de los trasplantes renales de los donantes en asistolia controlada.

Métodos: Para ello hemos realizado un estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo. La muestra serán los trasplantados renales con riñones procedentes de los donantes en asistolia controlada de un hospital terciario desde marzo de 2013 con el inicio del programa hasta abril de 2023 con un total de 88 riñones implantados. Las variables recogidas fueron los tiempos de isquemia fría (TIF) (tiempo desde la perfusión del órgano con la solución de preservación fría hasta el desclampaje arterial en el receptor) y si los receptores de estos órganos desarrollaban fallo primario del injerto (FPI) (injerto nunca funcionante) o función retardada del injerto (FRI) (necesidad diálisis en primera semana postrasplante con recuperación posterior de función renal). Para la recogida y análisis de datos utilizamos el software SPSS.

Resultados: Se implantaron un total de 88 riñones. De los receptores de estos órganos (n = 88), 6 (8%) presentaron fallo primario del injerto. De los 82 pacientes que recibieron riñones viables tras el trasplante 32 presentaron FRI (40%). Dividimos los riñones en función del TIF en dos grupos: aquellos con TIF mayor o igual a 12 horas y aquellos con TIF < 12 horas y analizamos la asociación con la FRI y con el FPI. El 54% de los que tuvieron un TIF ≥ 12 presentaron FRI frente al 23% de los que tuvieron un TIF < 12 horas (p = 0,005). El 12% de los riñones con un TIF ≥ 12 presentaron FPI, mientras que ninguno de los TIF < 12 horas presentó FPI (p = 0,024).

Conclusiones: Ante estos resultados, podemos considerar el TIF como uno de los factores de riesgo modificables más relevantes. Dado las complicaciones y el aumento de hospitalización que conlleva para el paciente el desarrollo de FRI, se debería intentar optimizando la logística de donación con objetivo de reducir lo máximo posible este tiempo.

536. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: CARACTERÍSTICAS DE LOS DONANTES Y DEL PROCESO DE DONACIÓN

Matas Rubio E, Gallego Luján C, García Martínez de los Reyes L, Pedrero Rosario JM, Barrios Arnau M, Ruiz Cambra NA, Prado Mira Á, García López F, Munera Valero M y Pérez Villena MM

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

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo sobre las características clínicas y demográficas de los donantes en asistolia controlada de un hospital terciario, las técnicas de extracción más empleadas y la efectividad de la donación.

Métodos: Realizamos un estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo desde marzo de 2013 con el inicio del programa de DAC hasta marzo de 2023. La muestra son los donantes en asistolia controlada durante ese periodo. Las variables recogidas han sido edad, sexo, causa de fallecimiento (encefalopatía posanóxica tras PCR, accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico, patología pulmonar u otras) tipo de extracción (extracción superrápida (ESR), catéter de doble balón y triple luz o perfusión abdominal normotérmica (PAN)), número y tipo de órganos extraídos e implantados (pulmón, hígado, páncreas o riñones). Para la recogida y análisis de datos se utiliza el programa SPSS.

Resultados: Durante este periodo de tiempo hubo un total de 63 DAC. El número de DAC fue aumentando de manera progresiva hasta llegar al pico más alto en el año 2019 en el que se realizaron 13 donaciones. La edad media fue 61 años. El 60% de los donantes fueron varones. En cuanto a las causas del fallecimiento, los accidentes cerebrovasculares representan el 50,8% con 32 casos, la encefalopatía posanóxica el 23,8% con 15 casos y el TCE el 19% con 15 casos. La técnica de extracción más empleada fue la extracción superrápida con 44 ESR realizándose en el

70% de los donantes seguida por la PAN (30%). La primera extracción mediante PAN en nuestra muestra se realizó a finales de noviembre de 2018 y desde entonces esta técnica está en expansión en nuestro hospital. De los 62 donantes, se extrajeron un total de 146 órganos y se implantaron 110 órganos siendo la efectividad del 76%.

Conclusiones: La mayoría de nuestros donantes fueron varones, la principal causa de fallecimiento fue el accidente cerebrovascular seguida de la encefalopatía posanóxica. La técnica de extracción más empleada fue la ESR previéndose un aumento progresivo de la PAN en los próximos años. La efectividad de la donación fue del 76%.

537. PRESERVACIÓN CARDÍACA EN PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA TORACOABDOMINAL (PRN-TA) EN DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA GRAVE

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Describir y evaluar el procedimiento de preservación cardíaca en PRN-TA en donantes en asistolia tipo III que presentan insuficiencia respiratoria hipoxémica grave.

Métodos: Análisis descriptivo de los donantes cardíacos en asistolia tipo III que presentaban insuficiencia respiratoria hipoxémica previo a la adecuación de tratamiento de soporte vital (ATSV). Se trata de un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Para ello además de la canulación *pre mortem* de los vasos femorales (arteria y vena femoral), en estos pacientes se procede a canular la vena yugular derecha (si no estuviera ya canulada por soporte respiratorio con ECMO VV previo). Posteriormente se realiza ATSV, se produce el paro cardíaco y tras 5 minutos se certifica el *exitus*. Seguidamente se realiza esternotomía, clampaje y sección de los troncos supraaórticos, derivando los extremos cefálicos al reservorio de la circulación extracorpórea y se inicia la PRN-TA. A continuación, se intuba nuevamente al donante y se inicia ventilación mecánica. Tras recuperación del latido cardíaco y presentando buena contractilidad inicial, se procede a la desconexión progresiva del soporte circulatorio extracorpóreo. Al presentar afectación respiratoria grave, se integra en el circuito extracorpóreo un *bypass* en Y que nos permite pasar a soporte veno-venoso con entrada a través de vena yugular derecha. Una vez se valida el corazón, se clampa la aorta ascendente, cardioplejia fría y cardiectomía. De esta manera se consigue mantener unas condiciones óptimas de oxigenación durante el destete.

Resultados: Se han realizado en el Hospital Virgen de la Arrixaca 3 procedimientos de preservación con PRN-TA con las características anteriormente descritas, que difiere de la preservación cardíaca habitual. Los donantes eran adultos varones jóvenes (rango de edad: 33-51), dos de ellos requirieron implante de ECMO veno-venoso durante su estancia. El tiempo de isquemia caliente funcional osciló entre 13-20 minutos. La recuperación del latido en PNT-PA se dio en todos los casos en menos de 5 minutos. La duración máxima de la PNT-PA fue de 28 minutos. Todos los receptores al alta presentan buena función del injerto.

Conclusiones: En donantes en asistolia controlada con insuficiencia respiratoria hipoxémica, a la estrategia de preservación cardíaca habitual, se añade la posibilidad de transformar la modalidad veno-arterial del ECMO a veno-venosa tras recuperar el latido cardíaco, y así garantizar la adecuada oxigenación durante el destete de la terapia, permitiendo disponer de un mayor pool de donantes cardíacos en asistolia.

538. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS EN EL CÁLCULO DE LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES MEDIANTE CALORIMETRÍA INDIRECTA Y ECUACIÓN PREDICTIVA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

Delgado Barroso A, Palacios García I, Álvarez-Ossorio Cisneros S, Reina Martínez FJ, Ferrándiz Millón CM y Amaya Villar R

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

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos mediante calorimetría indirecta (CI) del gasto energético en reposo (GER) de pacientes ingresados en UCI en situación de *shock* séptico, y compararlos con los resultados obtenidos mediante la ecuación predictiva de 25 kcal/kg/día.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre mayo y noviembre de 2023 por cuadro de *shock* séptico. Se realizó CI al tercer, sexto y noveno día de ingreso para estimar el GER y guiar los requerimientos nutricionales específicos de cada paciente. Posteriormente, se compararon los resultados con los obtenidos mediante la ecuación predictiva 25 kcal/kg/día (utilizando el peso real del paciente, excepto en aquellos con IMC > 30 que lo realizamos con peso ajustado). Se realizó estadísticos descriptivos tanto de las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central y dispersión, cómo de las cualitativas mediante análisis de frecuencias. Realizamos análisis de los datos mediante t de Student de muestras apareadas. La significancia se estableció para valores de $p < 0,05$.

Resultados: Estudio retrospectivo y observacional de pacientes ingresados en UCI de un hospital de tercer nivel durante el periodo comprendido entre mayo y noviembre de 2023 por cuadro de *shock* séptico. Se realizó CI al tercer, sexto y noveno día de ingreso para estimar el GER y guiar los requerimientos nutricionales específicos de cada paciente. Posteriormente, se compararon los resultados con los obtenidos mediante la ecuación predictiva 25 kcal/kg/día (utilizando el peso real del paciente, excepto en aquellos con IMC > 30 que lo realizamos con peso ajustado). Se realizó estadísticos descriptivos tanto de las variables cuantitativas, mediante medidas de tendencia central y dispersión, cómo de las cualitativas mediante análisis de frecuencias. Realizamos análisis de los datos mediante t de Student de muestras apareadas. La significancia se estableció para valores de $p < 0,05$.

Conclusiones: La comparación entre CI y ecuación predictiva en pacientes con *shock* séptico destaca la necesidad de una aproximación más personalizada en la determinación de los requerimientos nutricionales. Futuras investigaciones son necesarias para avanzar en la aplicación clínica de las estrategias nutricionales personalizadas en esta subpoblación de pacientes críticos.

539. IMPACTO DEL INICIO DE UN PROGRAMA DE ECMO-RCP EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Navas Moya E, Colón Segade D, Argudo Serra E, Vidal Burdeus M, Martínez Martínez M, Uribarri González A, Gallart Vive E, Ferrer Roca R, Riera del Brio J y Sandiumenge Camps A

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Descripción del impacto del inicio de un programa ECMO-RCP en la actividad de donación de órganos y tejidos.

Métodos: Análisis descriptivo del manejo inicial y evolución de pacientes que presentan parada cardiorrespiratoria (PCR) refractaria en los que se inicia soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO-RCP). Se analizaron datos demográficos, tiempos de respuesta e isquemia caliente, así como la evolución de todos los pacientes en los que se activó el código ECMO-RCP durante los años 2022 y 2023 en el Hospital Universitario Vall d'Hebron. Los datos se han expresado en medias \pm desviación estándar y porcentajes (%).

Resultados: Durante el periodo analizado, se registraron un total de 82 pacientes que sufrieron una PCR con criterios de ECMO-RCP (47 extrahospitalarias y 35 intrahospitalarias). El 78% (n = 64) fueron varones con una edad media de 53 ± 13 años. El tiempo medio de parada-inicio de ECMO fue $70,43 \pm 38,62$ minutos. Se pudo iniciar ECMO-RCP en 75 pacientes (91,5%) (7 canulaciones fallidas (8,5%) de los que uno pudo ser recuperado como donante en asistolia no controlada). Veintidós pacientes sobrevivieron (33%) y 53 finalmente fallecieron (67%), 20 de ellos antes de poder valorar la posibilidad de donación. Un total de 33 pacientes (62%) fueron evaluados como potenciales donantes de los cuales 25 (75%) se consideraron elegibles (ausencia de contraindicaciones) y en 8 no se obtuvo el consentimiento familiar (24%). Finalmente se obtuvieron 17 donantes reales (3 en donación en asistolia controlada -DAC- y 14 en muerte encefálica -ME-) que generaron 7 pulmones, 9 hígados, 31 riñones. Se valoraron como potenciales donantes tisulares 60 pacientes, de los cuales 20 fueron donantes reales que generaron 38 córneas y 14 donaciones multitisulares.

Conclusiones: El inicio de un programa ECMO-RCP en nuestro hospital, además de aumentar la supervivencia de las PCR refractarias, permite la posibilidad de cumplir la voluntad de donación en aquellos que no evolucionan favorablemente.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

TRANSFUSIONES/HEMODERIVADOS

08:30-09:30 - Sala 130 + 129

Moderadoras: Blanca Furquet López/
Lidia Orejón García

540. REQUERIMIENTOS TRANSFUSIONALES EN PACIENTE CRÍTICO

Canas Pérez I, Pérez Torres D, Sánchez Ballesteros J, Merino García PA, Herrán Monge R, Prieto de Lamo AM, Díaz Rodríguez C, Colmenero Calleja C, Ticona Espinoza TG y Barbero Garrote S

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados de los pacientes que requieren transfusión de concentrados de hematies (CH), pool de plaquetas (PP) y plasma fresco congelado (PFC) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados en UCI entre el 15 de febrero y el 15 de marzo de 2023 que recibieron transfusión. Resultados descritos como mediana (P₂₅-P₇₅) o frecuencia (%). Se aplicó análisis estadístico mediante χ^2 .

Resultados: Del total de 102 pacientes que ingresaron durante el periodo de estudio, 27 (26,4%) requirieron transfusión. Del total de transfundidos, 25 (93%) recibieron CH, 7 (26%) PFC y 6 (22%) PP. Las características de los pacientes transfundidos se detallan en la tabla 1. Se ha calculado el riesgo de mortalidad asociado a la necesidad de transfusión: OR 4,19, IC95% 1,41-12,40, p = 0,007. La hemoglobina (Hb) al ingreso hospitalario y en UCI fue 12,9 (8,2-14,4) y 10,7 (7,9-13,2) g/dL, respectivamente. La primera transfusión se realizó el día 1 (16) de estancia, con Hb pretransfusional 7,15 (6,8-7,7) g/dL, por sangrado activo en el 40% de casos. Las transfusiones sucesivas se realizaron con Hb 7 (6,4-7,5) g/dL, por sangrado activo en el 59% de casos. En la tabla 2 se resume el umbral y los CH transfundidos en función de la indicación de la transfusión.

Tabla 1

Variable	Resultado
Edad, años	64 (51-72)
APACHE-II	17 (14-22)
Sexo masculino, %	89
Antiagregación previa al ingreso, %	30
Anticoagulación previa al ingreso, %	30
Antiagregación en UCI, %	30
Anticoagulación profiláctica en UCI, %	29
Anticoagulación terapéutica en UCI, %	19
Estancia hospitalaria, días	28 (12-57)
Estancia UCI, días	12 (4-35)
Mortalidad UCI, %	33

Tabla 2

	Sangrado activo		Anemización por otras causas	
	Hb	CH	Hb	CH
Primera transfusión	7,2 (6,7-7,9)	2 (2-3)	7,2 (6,8-7,8)	2 (1-2)
Transfusiones sucesivas	6,7 (6,35-7,3)	2 (2-3)	7,3 (7,1-7,7)	2 (1-2)

Conclusiones: La necesidad de soporte transfusional durante la estancia en UCI se asoció a mayor mortalidad. Los tratamientos antiagregantes y anticoagulantes son frecuentes en pacientes que requieren transfusión, por lo que su indicación en UCI debe ser evaluada cuidadosamente. El umbral de transfusión correspondió al de las recomendaciones internacionales, encontrándose una oportunidad de mejora en el número de hemoderivados transfundidos en cada acto.

541. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DESESTIMADOS PARA INGRESO EN UCI

Burgui Gualda E, Montalbán Sánchez A, Lesmes González-Aledo A, Martín Badía I, Molina Collado Z, Orejón García L, González Fernández M y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir las características de los pacientes oncológicos desestimados para ingresar en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI de un hospital de tercer nivel, proyecto aprobado por el CEIm. Se incluyeron pacientes con enfermedad oncológica activa (considerada como antecedente de tumor de órgano sólido con tratamiento activo actual o en los últimos 5 años) mayores de 18 años, desestimados para ingreso en UCI. Se analizaron variables demográficas, clínicas y pronósticas.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes: 8 mujeres y 22 hombres. Con una edad media de 64,64 años (desviación típica 11,39). El 53% eran tumores metastásicos, en tratamiento con quimioterapia (50%), radioterapia (36,7%) y/o inmunoterapia/inhibidores de *checkpoints* (36,7%). La mayoría (30%) en tratamiento de 2ª línea o más avanzada, o no evaluable por el momento (30%). Fueron evaluados por una llamada urgente el 73,3%. La causa que determinó la desestimación fue la enfermedad tumoral (63,3%), la situación basal (56,7%), el cuadro agudo (30%) y la comorbilidad asociada (23,3%), siendo el 60% desestimados por un conjunto de 2 o más de dichas causas. El 82,6% de los pacientes había fallecido a los 6 meses de su valoración, el 57,9% a causa de su enfermedad tumoral, presentando los supervivientes un ECOG mediana de 2 a los 6 meses.

Conclusiones: La desestimación de pacientes oncológicos fue habitualmente por una combinación de motivos entre la enfermedad tumoral, la situación basal, el cuadro agudo y la comorbilidad. La mortalidad a los 6 meses fue del 82,6%.

542. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI)

Montalbán Sánchez A, Burgui Gualda E, Lesmes González-Aledo A, Martín Badía I, Molina Collado Z, Orejón García L, González Fernández M y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Análisis descriptivo de las características del ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de pacientes oncológicos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con enfermedad oncológica activa (considerada como antecedente de tumor de órgano sólido con tratamiento activo actual o en los últimos 5 años) mayores de 18 años. Se analizaron variables clínicas y pronósticas.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes: 23 mujeres y 38 hombres. El 67,2% de los ingresos se relaciona con la neoplasia, siendo el 88,5% de los casos valorados por una llamada urgente (50,8% procedente de Urgencias). El 75% de los pacientes ingresó sin restricciones del tratamiento. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron *shock* (32,8%) e insuficiencia respiratoria (26,2%). Los pacientes presentaron una media de SAPS2 de 43,02 (desviación típica 16,29), APACHE2 de 16,34 (desviación típica 7,94) y SOFA a las 24h de 3,52 (desviación típica 2,53). En cuanto a los fracasos orgánicos que presentaron, el 37,3% presentó fracaso hemodinámico y el 27,9% fracaso renal. El 45% necesitó soporte respiratorio invasivo con una media de 5,57 días de ventilación mecánica (desviación típica 9,47). Fracasó la extubación en el 31,7%, y el 11,5% requirió traqueostomía. Se adecuó el esfuerzo terapéutico en el 7,3% de los casos, el 91,8% fue dado de alta de la UCI, con una estancia media de 4,77 días (desviación típica 9,44). Se dieron de alta hospitalaria el 84,5% de los pacientes, con una estancia media de 14,26 días (desviación típica 11,12).

Conclusiones: La mayoría de los ingresos en UCI fueron sin restricción, siendo el *shock* la causa principal, con un alto porcentaje de pacientes recibiendo soporte vasoactivo, ventilación mecánica invasiva y terapia de depuración extrarrenal.

543. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Montalbán Sánchez A, Burgui Gualda E, Lesmes González-Aledo A, Martín Badía I, Molina Collado Z, Orejón García L, González Fernández M y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Análisis descriptivo de las características de pacientes oncológicos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con enfermedad oncológica activa (considerada como antecedente de tumor de órgano sólido con tratamiento activo actual o en los últimos 5 años) mayores de 18 años. Se analizaron variables demográficas, clínicas y pronósticas.

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes (23 mujeres y 38 hombres), la edad media fue de 62,67 años (desviación típica 13,55), IMC de 22,96 (desviación típica 8,42). El origen del tumor primario más frecuente fue: digestivo (27,9%), pulmonar (23%). El 32,8% de los pacientes tenían enfermedad localizada y el 32,8% metastásica (24,6% eran localmente avanzadas, 9,8% no estudiada la extensión). Al respecto del tratamiento recibido lo más frecuente fue: quimioterapia (47,5%), cirugía hace más de 6 meses (39,3%) y/o radioterapia (36,1%), destacando también un 29,7% de pacientes que no habían recibido aún tratamiento. Respecto a la respuesta al tratamiento: el 34,4% de los pacientes aún no era evaluable, el 16,4% presentaba remisión completa y el 16,4% estaba en tratamiento de primera línea. El 42,6% de los pacientes no tenían otra comorbilidad asociada, siendo la más frecuente la enfermedad tromboembólica (13,1%). En cuanto a escalas pronósticas en relación con la enfermedad oncológica, presentaron un ECOG 1 o 2 (59% y 36,1% respectivamente) y en la escala FRAIL la mayoría fueron considerados "fit" (55,7%). Ninguno de los pacientes ingresados tenía redactadas voluntades anticipadas. 19 de los 29 pacientes que habían sido ingresados hacia 6 o más meses habían sobrevivido, presentando un ECOG mediana de 2.

Conclusiones: Los pacientes con neoplasias digestivas fueron los que más ingresaron en UCI, sin comorbilidades y con escalas de buen pronóstico. Destaca un porcentaje importante que no había iniciado tratamiento o sin poder evaluar la respuesta al mismo. A los 6 meses la mortalidad fue del 29,5%.

544. TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA PRIMARIA EN PACIENTES CON SOPORTE VITAL MEDIANTE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Mayor Vázquez E, Téllez A, Moreno Castaño AB, Sandoval E, Ventosa H, Doti P, López Delgado JC, Bacelar N, Díaz Ricart M y Castro P

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Investigar el perfil de alteraciones de la hemostasia primaria que ocurre en los pacientes que reciben terapia de circulación extracorpórea (ECLS) de corta duración.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de una cohorte de pacientes que recibieron ECLS en UCI entre junio de 2020 y mayo de 2022. Se evaluó la hemostasia primaria mediante antígeno, actividad y análisis de multímeros del factor de von Willebrand (FvW), así como análisis funcional (PFA-200) y factores de activación plaquetarios (CD26 y CD63). Las medidas se realizaron a las 24 h de inicio de ECLS y cada semana posterior hasta la primera semana tras la retirada. Además, se utilizó un sistema de tromboelastografía rápida (T-TAS®) para el análisis de los pacientes que presentaron sangrado antes y después de añadir FvW purificado *in vitro*.

Resultados: Se incluyeron un total de 25 pacientes: 20 bajo soporte veno-venoso y 5 bajo soporte veno-arterial. Tras 24 h del inicio terapéutico, todos los pacientes presentaron un incremento en los niveles de antígeno de FvW y tiempos de PFA-200 prolongados. En un 60% de los pacientes se evidenció también alteración del cociente actividad FvW/antígeno FvW (< 0,7) y una pérdida de multímeros del FvW compatible con enfermedad de vW adquirida. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la expresión de factores de activación plaquetaria respecto al grupo control ($p = 0,3$). Trece pacientes presentaron eventos de sangrado mayor. La adición de FvW purificado a las muestras analizadas redujo significativamente el tiempo de oclusión mediante tromboelastografía de estos pacientes (1.161 ± 251 segundos vs. 776 ± 207 segundos, $p < 0,05$). Todos los pacientes presentaron una normalización de la hemostasia primaria tras la retirada del dispositivo de ECLS.

Conclusiones: El uso de ECLS, incluso de corta duración, produce alteraciones en la hemostasia primaria en forma disfunción en la activación plaquetaria y desarrollo de enfermedad de von Willebrand adquiri-

da. En las muestras de los pacientes sangrantes, la adición *in vitro* de FvW purificado fue efectiva para la corrección hemostásica precoz.

545. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON LINFOMA Y MIELOMA EN TERAPIA CON ANTICUERPOS BIESPECÍFICOS QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Risco Torres P, Galiano Carrilero C, Medina de Alba L, Mas Babío R, Chacón Alves S, Sánchez Pina JM, Molina Collado Z y Sánchez Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Definir las características de los pacientes con linfomas o mieloma múltiple (MM) en tratamiento con anticuerpos biespecíficos que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), un campo aún por explorar en el paciente crítico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario 12 de Octubre entre abril de 2018 y diciembre de 2023 con diagnóstico de linfoma o MM en tratamiento activo con biespecíficos. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas de relevancia. En el análisis descriptivo se utilizó la mediana (rango intercuartílico) para las variables cuantitativas y el porcentaje para las cualitativas.

Resultados: 8 de estos pacientes ingresaron en la UCI entre esas fechas, un 11,8% de todos los tratados en el hospital (68). Con mediana de edad de 73 años (RIC 65-75) y mayor proporción de mujeres (62,5%). Todos presentaron ECOG entre 0 y 1. Se encontraban 50% en tratamiento con anti-CD3xCD20 frente a linfoma (75% linfoma B difuso de células grandes, 25% linfoma folicular) y 50% con anti-CD3xBCMA frente a MM. Los primeros ingresaron en una mediana de 5 días (0-13) desde el inicio del tratamiento, por complicaciones inmunes [100% CRS (50% grado 1 y 50% 3) y 25% ICANS grado 3], con 2 días (1-4) de estancia en UCI y 20 (10-27) de ingreso hospitalario, APACHE2 de 21 (16-23) y requiriendo un 50% soporte vasoactivo. Los segundos ingresaron en una mediana de 60 días (39-422) desde inicio del tratamiento, por complicaciones no inmunes (75% infecciones), con 7 días (2-11) de estancia en UCI y 9 (1-27) de ingreso hospitalario, APACHE2 de 25 (13-36) y requiriendo 75% soporte vasoactivo, 50% ventilación mecánica y 25% terapia de depuración extrarrenal. La mortalidad global en UCI fue del 25% (todos con MM), la mortalidad hospitalaria del 37,5% (50% en MM, 25% en linfoma) y la mortalidad a los 6 meses del ingreso y a los 6 meses del inicio del tratamiento fueron ambas del 50% (ambas 50% en MM y 50% en linfoma). De los vivos a los 6 meses del ingreso 66% se encontraban en remisión y el 33% en progresión.

Conclusiones: Se encontraron exploratoriamente 2 fenotipos diferentes: los pacientes tratados con anti-CD3xCD20 frente a linfomas presentan ingresos precoces, cortos y por complicaciones inmunes (CRS con o sin ICANS), mientras que los tratados con anti-CD3xBCMA frente a MM muestran ingresos tardíos por otras complicaciones (principalmente infecciosas) y, posiblemente, con mayor soporte y mortalidad en UCI.

546. PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES TRANSFUNDIDOS CON PROTOCOLO DE HEMORRAGIA MASIVA (PHM) A LOS 30 DÍAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA (HUGU) EN EL BIENIO 2022-2023

Copa Morales JP¹, Viejo Moreno R¹, Mariblanca Nieves B¹, Michael Fernández B¹, Ruiz de Santaquiteria Torres V¹, Vicente Esteban P¹, Copa Morales AM², González Wagner GA¹, Chas Brama W¹ y Marian Crespo C¹

¹Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, ²Hospital Universitario del Sureste - Empresa Pública Hospital del Sureste, Madrid.

Objetivos: Los pacientes que requieren una activación del protocolo de hemorragia masiva por *shock* hemorrágico tienen una alta mortalidad. Conocer las características de nuestros pacientes nos podría permitir mejorar la atención. Describiremos las características de pacientes transfundidos a través del PHM en Guadalajara en 2022-2023, realizándose análisis de supervivencia a los 30 días.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 45 pacientes transfundidos bajo PHM de causa mixta. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, relacionadas con la transfusión y seguimiento hasta su alta del hospital o *exitus* en su defecto. Se presentan variables cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico, y variables cualitativas como proporciones en número absoluto y porcentaje. Se analizaron las diferencias entre supervivientes contra fallecidos mediante un análisis estadístico con las pruebas chi-cuadrado para las va-

riables cualitativas o la t de Student para las variables cuantitativas. El umbral de significación exigido fue 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 45 pacientes con diagnóstico: trauma grave (n = 12), hemorragia digestiva (n = 6), coagulopatía de origen médico (n = 7), patología quirúrgica de cirugía general (n = 14) y cirugía vascular (n = 6). La edad media es de 67 ± 17 años, con un 37,5% de mujeres en la muestra. En el análisis de variables cuantitativas, el pH con un resultado de 7,24 en el grupo de vivos frente a 7,17 en el de fallecidos presenta asociación significativa con p = 0,026; junto con el INR pretransfusional con p = 0,005 (INR vivos 1,39 frente a INR muertos 1,47). Entre los productos sanguíneos transfundidos no hubo diferencias significativas entre ellos, excepto en los concentrados de hemáties con 1.000 mL transfundidos a los fallecidos frente a 800 mL a los vivos con p = 0,027. Finalmente, en el análisis de supervivencia mediante curva de Kaplan-Meier con una mortalidad del 37,78% (n = 17) a los 30 días, objetivándose diferentes causas de mortalidad, siendo la principal por limitación del esfuerzo terapéutico intra-UCI.

Variables	Vivos (n = 28)	Muertos (n = 17)	p
Edad (años)	68 (53 – 75)	65 (52 – 79)	0,955
pH	7,24 (7,15 – 7,36)	7,17 (6,93 – 7,24)	0,026
Láctico (mEq/L)	3,5 (2,2 – 6,7)	9 (2,75 – 11,2)	0,123
Hb (gr/dL)	8,7 (5,85 – 10,47)	7,9 (7,25 – 10,20)	0,849
INR	1,39 (1,19 – 1,63)	1,47 (1,23 – 1,83)	0,005
Plaquetas	206500 (135500 – 273750)	190000 (111500 – 257500)	0,613
Antiagregación (%)	9 (32,1)	3 (17,6)	0,286
Anticoagulación (%)	4 (14,3)	3 (17,6)	0,763
Diagnóstico (%)			0,919
Trauma grave (%)	8 (28,6)	4 (23,5)	
Hemorragia digestiva (%)	3 (10,7)	3 (17,6)	
Cirugía vascular (%)	4 (14,3)	2 (11,8)	
Cirugía General (%)	8 (28,6)	6 (35,3)	
Coagulopatía Médica (%)	5 (17,9)	2 (11,8)	
CH	23 (85)	11 (64,7)	0,027
PFC	17 (60,7)	14 (82,4)	0,128
Plaquetas	28 (62,2)	17 (37,7)	-

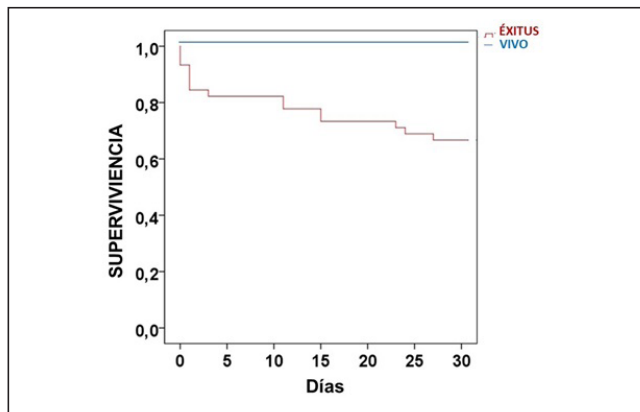
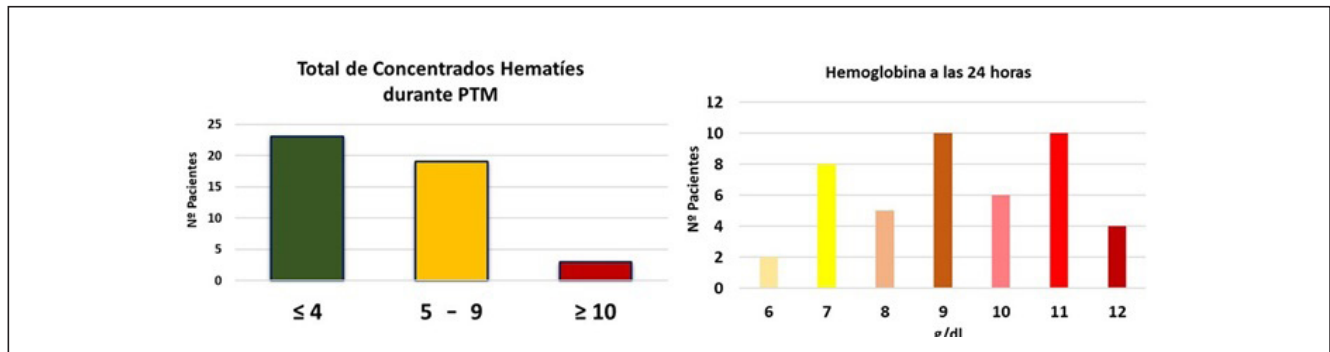


Figura 2 Póster 547



Conclusiones: Los pacientes que requieren activación del PHM con shock hemorrágico presentan una gran mortalidad (37,78%). La hemoglobina y el INR previo a la transfusión, así como, la cantidad de concentrados de hemáties se asocian con la mortalidad en nuestra serie.

547. EVALUACIÓN DE LA SOBRETANSFUSIÓN DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MASIVA

Copa Morales JP, Viejo Moreno R, Mariblanca Nieves B, Michael Fernández B, Chas Brami W, Vicente Esteban P, Ruiz de Santaquiteria Torres V, González Wagner GA, Arriero Fernández N y Romo Gonzales JE

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Los pacientes que requieren una activación del protocolo de hemorragia masiva (PHM) por shock hemorrágico (SH) presentan una elevada mortalidad. Analizar nuestra serie de pacientes con activación de PHM podría mejorar nuestros resultados. Describir a los pacientes trasfundidos a las 24 horas a través del PHM entre 2022 y 2023.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 43 pacientes bajo PHM de causa mixta. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, analíticas y seguimiento al alta hospitalaria. Empleamos un punto de corte en Hb de 11 g/dL a las 24 horas para obtener el porcentaje de sobretransfusión. Las variables cuantitativas se analizan como mediana y rango intercuartílico, las variables cualitativas como porcentaje. Las diferencias entre supervivientes y fallecidos se analizaron mediante análisis de chi-cuadrado para las variables cualitativas y t de Student para las cuantitativas. La significación fue p ≤ 0,05.

Resultados: Incluimos 43 pacientes. La edad media fue 67 ± 15 años, el 39,5% (17) mujeres. 14 pacientes fueron sobretransfundidos. La antiagregación previa (50%; p = 0,025); la Hb pretransfusional (p = 0,007 (IC95% 0,007-0,467) y antiagregación p = 0,007 (IC95% = 1,15-2,47) se asociaron a politransfusión. La administración de plasma fue factor protector (0,19 (0,04-0,87; p = 0,01).

Variables	Sobretansfusión (n = 14)	Normotransfusión (n = 29)	p
Edad (años)	66 (59 – 73)	70 (53 – 78)	0,506
pH	7,22 (7,07 – 7,31)	7,22 (7,1 – 7,37)	0,466
Láctico (mEq/L)	3,8 (2,2 – 10,3)	4,2 (2,3 – 10)	0,722
Hb (gr/dL)	10,4 (6,52 – 12,52)	7,9 (6,75 – 9,45)	0,025
INR	1,22 (1,11 – 1,60)	1,45 (1,27 – 2,02)	0,203
Plaquetas	254000 (174750 – 278750)	149000 (103000 – 24400)	0,183
Antiagregación (%)	7 (50)	5 (17,2)	0,025
Anticoagulación (%)	2 (14,3)	3 (17,2)	0,806
CH	550 (621 - 800)	800 (435 - 1000)	0,554
PFC	6 (20,7)	23 (79,3)	0,017
Plaquetas	14 (48)	29 (52)	-

Conclusiones: Un 30,4% de nuestra serie fue politransfundido. La antiagregación previa aumenta el riesgo de sobretransfundir y la infusión de plasma fue factor protector.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

TOXICOLOGÍA/PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA

08:30-09:30 - Sala 133

Moderadores: Juan Ramón Fernández Villanueva/
Eva Santafosta Gómez

548. NIVEL DE ADHERENCIA A LA CONSULTA CÓDIGO SUICIDIO TRAS INGRESO EN UCI EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

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

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

Objetivos: Analizar la adherencia a las consultas de seguimiento de los Equipos de Salud Mental (ESM) tras el alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y hospitalaria.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 21 pacientes entre enero de 2019 y diciembre de 2023 en la UCI del Hospital de Mérida por intoxicación con fines autolíticos. Entre las variables se recogieron: edad, antecedentes psiquiátricos, tipo de intoxicación y presencia de seguimiento en consultas por ESM. Se analizaron mediante el programa SPSS.

Resultados: En la muestra se aprecia un incremento del 250% en los ingresos en la UCI por intoxicaciones con fines autolíticos de 2019 a 2023. El 62% eran mujeres con una edad media de 37 años y en hombres era de 35 años. Todos los pacientes recibieron valoración psiquiátrica previo el alta de UCI. Tras el alta hospitalaria, el 50% de la muestra asistió a consulta del ESM: el 60% de las mujeres y el 25% de los hombres, no significativo (p 0,1). La mediana de edad fue de 51 años, sin ser esta significativa (p 0,2). El 90% de los pacientes tenía antecedentes psiquiátricos, con una asociación significativa (p 0,01) con una *odds ratio* igual a 15,75. El 20% consultó previamente en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por ideas autolíticas (p 0,75) y el 20% por gestos autolíticos (p 0,4), no significativo. El 10% había ingresado en UCI por intentos anteriores. El 50% fue de origen polimedamentoso, el 50% antidepressivos, el 40% paracetamol, el 50% benzodiazepinas y el 10% productos fitosanitarios; sin ser ninguna de estas significativas (p 0,8; p 0,28; p 0,86; p 0,28 y p 0,59 respectivamente). La mediana de horas hasta el primer contacto médico fue de 2 horas, sin asociación entre el tiempo y asistencia al ESM (p 0,4). En el 30% de los pacientes persistieron las ideas autolíticas. Ningún paciente consultó en SUH por nuevos intentos autolíticos, mientras que el 27% de los pacientes que no asistieron a consultas del ESM consultaron en el SUH por nuevos gestos autolíticos, sin asociación significativa (p 0,08).

Conclusiones: Del estudio destaca el escaso seguimiento tras el gesto de autolisis, en probable relación con la falta de cumplimiento de los requisitos del Código Suicidio por la falta de personal, asistencia a consultas privadas de los pacientes o falta de adherencia. Resaltar que los pacientes con seguimiento no vuelven a consultar en el SUH en comparación con los que no presentan seguimiento. Una de las posibles causas por los que los datos no sean significativos es el bajo número de pacientes recogidos en la muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

549. ANÁLISIS DE LAS INTOXICACIONES CON FINES AUTOLÍTICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

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

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

Objetivos: Analizar las intoxicaciones con fines autolíticos que ingresan en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) entre 2019 y 2023.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 21 pacientes entre enero de 2019 y diciembre de 2023 en la UCI del Hospital de Mérida por intoxicación con fin autolítico. Entre las variables: edad, antecedentes psiquiátricos, consultas

previas al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) por ideas autolíticas, tipo de intoxicación. Se analizaron mediante el programa SPSS.

Resultados: En la muestra se aprecia un aumento del 250% en los ingresos por intoxicaciones con fines autolíticos de 2019 a 2023. El 62% eran mujeres con una edad media de 37 años y en hombres era de 35 años, sin significación (p 0,85). El 70% de las mujeres y el 50% de los hombres tenían antecedentes psiquiátricos, no asociación (p 0,2). El 15% de las mujeres y el 62% de los hombres consultaron previamente en SUH por ideas autolíticas, con asociación significativa (p 0,02) con *odds ratio* 9,16. De estos, todas las mujeres y el 60% de los hombres consultaron por gestos autolíticos (no asociación p 0,08). El 46% de las mujeres y el 50% de los hombres tuvo un consumo polimedamentoso, no significativo (p 0,8). Un 46% de mujeres consumió antidepressivos, 46% paracetamol y el 15% no indicó la ingesta. En cuanto a los hombres, el 37,5% ingirió productos fitosanitarios, con asociación significativa (p 0,017). En ambos sexos la estancia media fue 2 días. En mujeres el primer contacto médico fue de 2,85 horas de media y en hombres de 3,85, sin significación (p 0,3). Todos los pacientes recibieron valoración psiquiátrica previo el alta de UCI. Tras el alta hospitalaria, el 75% de los hombres y el 40% de las mujeres no acudieron a la consulta de seguimiento. En el 23% de las mujeres y el 37,5% de los hombres persistieron las ideas autolíticas, no significativo (p 0,1). De estos, el 33% de las mujeres y el 66% de los hombres consultaron en el SUH por nuevos intentos, sin significación (p 0,2). El 54% de las mujeres y el 25% de los hombres iniciaron medicación psiquiátrica.

Conclusiones: Se encuentra asociación entre los intentos que motivan ingresos en UCI y las consultas previas al SUH por intentos y/o gestos. Llama la atención el retraso en el tiempo del contacto médico inicial en hombres respecto a mujeres. A pesar de no encontrar significación, destaca la mayor ausencia a las consultas posteriores de seguimiento en hombres. Una de las posibles causas por los que los datos no sean significativos es el bajo número de pacientes recogidos, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

550. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

Cambiao de Pedro A, Fernández Rodríguez A, Ortiz M, Hurtado Doce AI, Villares Casas A, Esmoris Arijón I, Martínez Varela IY, San Barón M, Taboada Fraga X y Ferreiro González AM

Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, Lugo.

Objetivos: Definir las características, resultados y complicaciones de los pacientes que ingresan en la UCI de un hospital de segundo nivel tras un intento autolítico.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Lucus Augusti con intentos autolíticos entre febrero de 2021 y noviembre de 2023. Además, se realiza un seguimiento tras el alta de UCI, detectando intentos autolíticos posteriores. Los datos se muestran como números y porcentajes o medias y desviaciones estándar.

Resultados: En el periodo descrito ingresaron en UCI 59 pacientes tras un intento autolítico. La edad media fue de 45,7 años [rango de 16-75, DE 14,4], siendo el 89,8% menores de 65 años y casi la mitad (45,8%) menores de 45 años. La mayoría de pacientes fueron mujeres (62,7%). Un 81,4% padecía patología psiquiátrica previa y un 45,8% había realizado un intento anteriormente. El método empleado más frecuentemente fue la intoxicación medicamentosa (84,7%) y el fármaco más empleado las benzodiazepinas (74%). Además, un 10,1% había consumido alcohol acompañante, un 13,56% otras sustancias tóxicas y un 5% ambas. El APACHE-II medio al ingreso fue de 13,4 (rango de 0-34, DE 8,95). Requiriendo un 57,6% IOT con conexión a ventilación mecánica. La media de días en ventilación mecánica fue de 3,9 (rango de 1-38, DE 7,05) y un 5,1% requirieron diálisis o HDFVVC. Durante su ingreso, 6 pacientes se complicaron con fracaso renal (10,2%), 3 con fracaso hepático (5,1%) y 5 se sobreinfectaron (8,47%). La estancia media en UCI fue de 4,1 días (rango de 1-42, DE 6,67) y fallecieron 4 pacientes (6,78%). En el seguimiento realizado hasta la fecha, 10 pacientes realizaron un intento autolítico posterior (18,18%), de los cuales 3 de ellos fallecieron.

Conclusiones: Los pacientes que precisan ingreso en UCI tras un intento autolítico fueron en nuestra muestra jóvenes, en su mayoría con antecedentes psiquiátricos. Aunque la mortalidad es baja, no es desdeñable el número de pacientes que realizan intentos autolíticos posteriores, lo que resalta la importancia de realizar una atención integral y continua en salud mental para esta población.

551. PANCREATITIS POR TRIGLICÉRIDOS: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

García Zaloña A¹, Alonso Juste V¹, Huguet Briva M¹, Gordillo Benítez MA¹ y Santafosta Gómez EM²

¹Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. ²Hospital Sociosanitari de l'Hospitalet-Consorci Sanitari Integral, Barcelona.

Objetivos: Análisis descriptivo del manejo terapéutico de la pancreatitis aguda hipertrigliceridémica en pacientes ingresados en UCI en hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo de serie de casos retrospectiva de 6 años diagnosticados de pancreatitis aguda hipertrigliceridémica con criterios de fallo orgánico e ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos entre 2016 y 2022 en el Hospital Universitario de Bellvitge. El diagnóstico de PA se realizó utilizando la clasificación de Atlanta modificada de 2012 (características clínicas, bioquímicas y de imagen de PA. Los resultados se expresaron como media y desviación estándar (DE). Se describen variables cualicuantitativas y como *outcomes* descenso de triglicéridos, y supervivencia global expresados en porcentaje.

Resultados: La mayoría de los pacientes fueron jóvenes (edad media 40 años) hombres (81,5%) n = 26 y con factores de riesgo como diabetes mellitus (40,74%) y consumo de alcohol (39%). A todos los pacientes que ingresaron en UCI se les realizó plasmaféresis (63%) n = 26, y los niveles de TG fueron siempre superior a 1.000 mg/dL (40%) y casi un 100% presentaban SIRS o fracaso orgánico. Este tipo de aféresis consiguió una reducción de TG del 77% de media. La mortalidad global fue del 8,7% n = 26 y la estancia media en el hospital fue del 18,5 días.

Conclusiones: El descenso precoz de triglicéridos a través del recambio plasmático en el curso inicial de una PA HTG podría tener impacto en la severidad de la disfunción orgánica.

552. EXPERIENCIA EN POSOPERATORIO DE ESOFAGUECTOMÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DURANTE EL PERIODO 2015-2022

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

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

Objetivos: Describir la morbimortalidad de nuestra experiencia en el posoperatorio de pacientes sometidos a cirugía esofagagástrica, intentando discernir aquellas variables relacionadas de forma independiente y estadísticamente significativa con la necesidad de reintervención, de colocación de prótesis o la mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo que incluye los pacientes que ingresaron en nuestra unidad polivalente de cuidados intensivos tras cirugía esofagagástrica programada entre 2015 y 2022. Uso de programa estadístico SPSS.

Resultados: Previamente habíamos estudiado las características básicas de nuestros 28 pacientes: 93% hombres, con mediana de 68,5 años, > 50% con estado nutricional normal, 59% con QT previa, 39% con fisioterapia respiratoria previa, media de estancia en UCI de 15 días, APACHE II al ingreso medio de 19, duración media de VMI de 10 días, 30% de reintubación y técnica quirúrgica principal Ivor-Lewis con sutura manual. Además, objetivamos > 50% de dehiscencia precoz tras Ivor-Lewis o sutura con GIA, requiriendo EDA para colocación de prótesis entre un 27-45%, pero mayor reintervención en las suturas mixtas. Tuvimos una morbilidad del 75%, 21% de mortalidad en 6 meses y < 15% de mortalidad en UCI; y complicaciones principales de la yeyunostomía (57%), seguidas de las respiratorias 56% (neumotórax 22%), hemodinámicas (*shock*, distributivo séptico), de la técnica quirúrgica 43% (dehiscencia precoz), infecciosa 41% (mediastinitis 33%), de la SNG y digestivas 14%. En esta ocasión, ampliamos el estudio realizando un análisis comparativo encontrando que ninguna variable se asoció de forma significativa con mayor probabilidad de reintervención o necesidad de prótesis. Además, las únicas variables relacionadas con la mortalidad de forma independiente y estadísticamente significativa fueron la QT neoadyuvante (prueba exacta de Fisher 0,05); la duración de la VMI (0,038); y las complicaciones de la SNG (0,034) y hemodinámicas (< 0,001). Ni la técnica quirúrgica, tipo de sutura, estado nutricional previo, fisioterapia respiratoria previa, APACHE II al ingreso, antibioterapia empírica adecuada o la necesidad de reintubación fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: La morbimortalidad de la esofaguectomía es aún elevada. La mortalidad global fue del 21% y en UCI menor del 15%. Se aso-

ciaron de forma independiente y estadísticamente significativa con la mortalidad la QT neoadyuvante, la duración de la VMI y las complicaciones hemodinámicas y de la SNG.

553. UTILIDAD DE LOS BIOMARCADORES TBI (TRAUMA BRAIN INJURY) EN PACIENTES HEPATÓPATAS

Ruiz Gómez ML y Carrasco Cáliz A

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de las Nieves), Granada.

Objetivos: Los biomarcadores TBI (*Trauma Brain Injury*) son indicadores biológicos que pretenden contribuir al conocimiento de la fisiopatología del daño cerebral, aportando información complementaria para el diagnóstico y la predicción pronóstica de estos pacientes. Hay diversos biomarcadores, centrándonos en nuestro estudio en dos de ellos, la proteína ácida fibrilar (GFAP), proteína derivada del tejido astrocitario, cuya expresión y liberación es específica del cerebro, con pico plasmático precoz en el primer día tras traumatismo craneoencefálico (TCE); y la ubiquitina carboxiloterminol hidrolasa L1 (UCH), proteína de origen neuronal implicada en la eliminación de proteínas degradadas y desnaturalizadas tras fenómenos oxidativos, presentando elevación de los niveles séricos de forma precoz tras TCE. La utilidad de los mismos fuera de la lesión cerebral ha sido poco estudiada, por lo que nuestro objetivo es estudiar el rendimiento de dichos biomarcadores en pacientes con patología hepática y su correlación pronóstica.

Métodos: Estudio descriptivo en 11 pacientes ingresados en la Unidad Polivalente de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada desde el 1 de septiembre al 31 de octubre de 2023. Dichos resultados se presentan como pilotaje del estudio general que se está llevando a cabo. Para la realización de dicho estudio contamos con la aprobación del comité ético de investigación de dicho hospital.

GRUPO 1. INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (N3)						
PACIENTES	MARCADORES (pg/ml)	0H	12H	24H	APACHE-II	ÉXITOS
1	UCH	3746	7799	8769	20 puntos	No
	GFAP	28	16	17		
2	UCH	722	594	856	17 puntos	Sí
	GFAP	4	5	5		
3	UCH	5273	1656	832	28 puntos	Sí
	GFAP	16	27	10		
GRUPO 2. DESCOMPENSACIONES DE CIRROSIS HEPÁTICA (N3)						
PACIENTES	MARCADORES (pg/ml)	0H	12H	24H	APACHE-II	ÉXITOS
1	UCH	100	165	172	33 puntos	Sí
	GFAP	20	21	28		
2	UCH	148	140	205	23 puntos	No
	GFAP	44	49	43		
3	UCH	250	371	175	4 puntos	No
	GFAP	20	20	20		
GRUPO 3. TRASPLANTE HEPÁTICO (N5)						
PACIENTES	MARCADORES (pg/ml)	0H	12H	24H	APACHE-II	ÉXITOS
1	UCH	577	574	322	4 puntos	No
	GFAP	26	22	17		
2	UCH	867	622	674	17 puntos	No
	GFAP	36	13	22		
3	UCH	1353	512	290	14 puntos	No
	GFAP	9	12	25		
4	UCH	4738	5898	5431	26 puntos	No
	GFAP	18	9	14		
5	UCH	1086	719	529	22 puntos	No
	GFAP	16	18	19		

Resultados: En este pilotaje inicial, hemos realizado un análisis descriptivo de los datos recogidos. De los 11 pacientes, tres de ellos ingresaron por insuficiencia hepática aguda grave, tres pacientes por descompensación cirrótica y cinco en el posoperatorio inmediato de trasplante hepático. En las tablas se recogen los resultados de la medición de los niveles de ambos biomarcadores en el momento del ingreso, a las 12 horas y a las 24 horas del mismo junto con la escala APACHE-II y la mortalidad presentada.

Conclusiones: En la serie de casos que presentamos, la ubiquitina carboxilterminal hidrolasa L1 se encuentra elevada en los pacientes ingresados en UCI por cualquier afectación hepática siendo necesario la ampliación del tamaño muestral para su correlación con el pronóstico de dichos pacientes.

554. COMPARACIÓN DE LAS COMPLICACIONES EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA COPER EN FUNCIÓN DEL PCI QUIRÚRGICO

Delgado Barroso A, Reina Martínez FJ, López Sánchez JM, Muñoz Casares C y Puppo Moreno AM

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

Objetivos: Analizar las complicaciones en el posoperatorio inmediato de cirugía citorreductora tipo Coper, y compararlas en función del PCI quirúrgico.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel, en el posoperatorio inmediato de cirugía citorreductora tipo Coper durante los años 2016 al 2019. En estos pacientes se recogieron de forma retrospectiva, tantas variables demográficas y las complicaciones principales desarrolladas durante su ingreso inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos, y durante su estancia en planta de hospitalización. Realizamos estadísticas descriptivas utilizando medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas, como análisis de frecuencias en las cualitativas. Realizamos análisis de los datos mediante t de Student de muestras independientes. La significancia se estableció para valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes de edad media 57,97 años (DE 10,59), de ellos el 76,8% era de sexo femenino y el 23,2% de sexo masculino. El APACHE II medio al ingreso era de 11,63 y el SOFA medio al ingreso de 3,35. De todos ellos, el tumor primario más frecuente fue el cáncer de ovario, en el 45,8%; seguido del cáncer de colon que se encontró en el 30,3%, y el pseudomixoma en un 6,5%. El PCI quirúrgico medio fue de 20,92 (DE 9,45). Se realizó tratamiento con quimioterapia intraperitoneal en el 98,7% de los pacientes. Dentro de las complicaciones principales, se encontraron que el 2,6% desarrolló fracaso renal agudo con necesidad de terapia renal sustitutiva, un 14,2% tuvo un sangrado posquirúrgico llamativo en el posoperatorio inmediato, un 10,3% desarrolló insuficiencia respiratoria durante el posoperatorio, un 8,4% desarrolló una fuga de la anastomosis quirúrgica, un 16% infecciones de la herida quirúrgica, un 13,5% abscesos intraabdominales y un 7,7% shock séptico posterior. Se observaron diferencias significativas al comparar las principales complicaciones con respecto al PCI quirúrgico en la insuficiencia respiratoria, con una diferencia de medias de 5,50 y una p de 0,03; y en la aparición de abscesos intraabdominales con una diferencia de medias de 5,09 y una p de 0,007.

Conclusiones: Con la muestra obtenida y los datos analizamos, concluimos que parece que existen diferencias significativas en el desarrollo de insuficiencia respiratoria y abscesos intraabdominales a mayor PCI quirúrgico, aunque estudios con mayor muestra serían necesarios para establecer si realmente existe esa diferencia significativa a gran escala.

555. COMPLICACIONES EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CITORREDUCTORA POR CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Delgado Barroso A, Reina Martínez FJ, López Sánchez JM, Muñoz Casares C y Puppo Moreno AM

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

Objetivos: Analizar las complicaciones en el posoperatorio inmediato de cirugía citorreductora tipo Coper por carcinomatosis peritoneal en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes ingresados en la unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel, en el posoperatorio inmediato de cirugía citorreductora tipo Coper durante los años 2016 al 2019. En estos pacientes se recogieron de forma retrospectiva, tanto variables demográficas y las complicaciones principales desarrolladas durante su ingreso inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos, y durante su estancia en planta de hospitalización. Realizamos estadísticas descriptivas utilizando medidas de tendencia central y dispersión en las variables cuantitativas, como análisis de frecuencias en las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 155 pacientes de edad media 57,97 años (DE 10,59), de ellos el 76,8% era de sexo femenino y el 23,2% de sexo masculino. El APACHE II medio al ingreso era de 11,63 y el SOFA medio al ingreso

de 3,35. De todos ellos, el tumor primario más frecuente fue el cáncer de ovario, en el 45,8%; seguido del cáncer de colon que se encontró en el 30,3%, y el pseudomixoma en un 6,5%. El PCI quirúrgico medio fue de 20,92 (DE 9,45). Se realizó tratamiento con quimioterapia intraperitoneal en el 98,7% de los pacientes. Dentro de las complicaciones principales, se encontraron que el 2,6% desarrolló fracaso renal agudo con necesidad de terapia renal sustitutiva, un 14,2% tuvo un sangrado posquirúrgico llamativo en el posoperatorio inmediato, un 10,3% desarrolló insuficiencia respiratoria durante el posoperatorio, un 8,4% desarrolló una fuga de la anastomosis quirúrgica, un 16% infecciones de la herida quirúrgica, un 13,5% abscesos intraabdominales y un 7,7% shock séptico posterior.

Conclusiones: De los datos analizados en el posoperatorio inmediato de cirugía Coper en nuestro centro, podemos concluir que las complicaciones en el posoperatorio inmediato de momento no son muy frecuentes en nuestro centro. Más estudios son necesarios para evaluar complicaciones a largo plazo y con muestras mayores.

556. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS EN ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA 2016-2023

Granados Ricaurte J, Jiménez Tejera G, Obando Martínez C, Martínez Santos E, Núñez Blanco N, Figueroa Falconi J, Muñoz González S, Martín Posadas MT, Ballesteros Herraes JC y Sagredo Meneses V

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

Objetivos: Describir las características y complicaciones posoperatorias de los pacientes sometidos a esofagectomía y que ingresaron para manejo posoperatorio en la UCI del HUSA 2016-2023.

Métodos: Estudio analítico, descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos por Ca esofágico, por el servicio de cirugía del Hospital Universitario de Salamanca. Se analizaron las variables demográficas, preoperatorias, técnica quirúrgica, histología, complicaciones posoperatorias, estancia en la unidad, hospitalaria, mortalidad a los 30 días y supervivencia.

Resultados: Se registraron un total de 80 casos. Sexo masculino 75%. Edad 60,8. Hipertensión 35%. Diabetes 10%. Cardiopatía 6%. EPOC 4%. Tipo histológico: Ca: Escamoso 70%. Adenoma 29%. Ubicación más frecuente: 48% tercio inferior 35% tercio medio. Manejo neoadyuvante 80%. Cirugía de carácter electivo 92%. Urgente 7%. Abordaje abierto 74%. Mínimamente invasivo 26%. Complicaciones intraoperatorias 6%. Complicaciones en posoperatorio: respiratorias 30%. Filtración anastomosis 25%. Fístula quílosa 3%. Paresia de cuerdas vocales 10%. Falla renal aguda 4%. Infección de la herida 5%. Estancia media en posoperatorio: ingreso en UCI 3,2 (± 7) d. Ingreso en Hospitalización: 20 (± 18) d. Mortalidad posoperatoria a 30 días 12%. Supervivencia media de la muestra 2,9 años.

Conclusiones: La esofagectomía es una cirugía con alta morbilidad posoperatoria. Las principales complicaciones son las respiratorias y las gastrointestinales. La supervivencia de estos pacientes a pesar de las complicaciones descritas supera los 24 meses.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA/CIRUGÍA CARDIACA 08:30-09:30 - Sala 128

Moderadores: *Eduard Argudo Serra/
María Paz Fuset Cabanes*

557. FENOTIPADO HEMODINÁMICO PRECOZ EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO MEDIANTE EL ACOPLAMIENTO VENTRÍCULO-ARTERIAL

Garrido Callén A, Maqueda Lluva D, Fernández Martín Caro I, Pérez Torres M, González Gómez M, Vasco Castaño D, Martín Muñoz M, Bardal Ruiz A, Muñoz Varela M y Martín Pellicer A

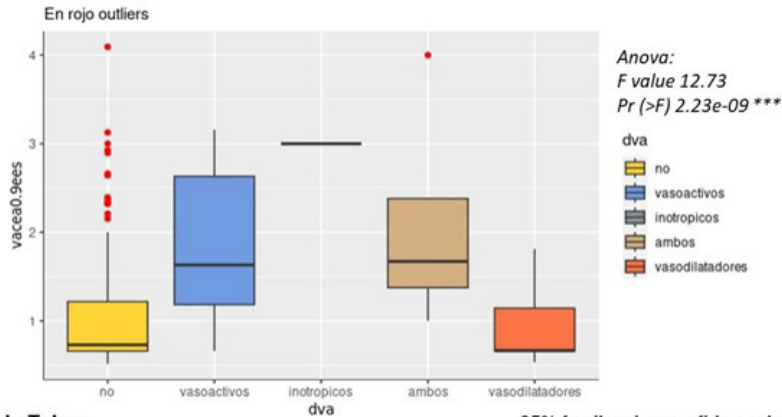
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

VARIABLE	TODOS, N = 242 ^f	VIVOS 12M, N = 207 ^f	MUERTOS 12M, N = 35 ^f	P-VALUE ²	NO_SOPORTE, N = 213 ^f	SI_SOPORTE, N = 26 ^f	P-VALUE ²
TAS (mmHg)	132 (120, 151)	134 (120, 153)	120 (109, 144)	0.013	135 (120, 153)	124 (99, 142)	0.008
TAD (mmHg)	80 (68, 89)	80 (70, 89)	70 (60, 88)	0.003	80 (70, 90)	70 (58, 82)	0.005
TAM (mmHg)	97 (86, 109)	98 (88, 110)	86 (77, 105)	0.004	98 (87, 110)	89 (73, 102)	0.004
FC (lpm)	78 (70, 90)	78 (70, 90)	79 (65, 90)	0.7	77 (69, 89)	80 (71, 90)	0.3
PP	54 (43, 70)	54 (44, 70)	51 (40, 60)	0.3	54 (44, 70)	46 (40, 58)	0.085
PPP	0.41 (0.36, 0.48)	0.41 (0.35, 0.47)	0.44 (0.39, 0.49)	0.2	0.41 (0.36, 0.48)	0.43 (0.37, 0.48)	0.5
EF (%)	56 (40, 60)	57 (45, 60)	39 (28, 60)	<0.001	59 (45, 60)	37 (28, 46)	<0.001
ESV (ml)	44 (40, 60)	43 (40, 55)	61 (40, 72)	<0.001	41 (40, 55)	63 (54, 72)	<0.001
SV (ml)	56 (40, 60)	57 (45, 60)	39 (28, 60)	<0.001	59 (45, 60)	37 (28, 46)	<0.001
CO (l/min)	3.92 (3.15, 4.71)	3.96 (3.26, 4.73)	3.29 (2.29, 4.33)	0.026	3.98 (3.32, 4.78)	3.07 (2.14, 4.20)	<0.001
Ea 0.9 (mmHg ml ⁻¹)	2.40 (2.02, 2.89)	2.39 (1.95, 2.84)	2.73 (2.23, 3.30)	0.072	2.37 (1.95, 2.82)	2.88 (2.45, 3.67)	<0.001
Ea MAP (mmHg ml ⁻¹)	1.91 (1.64, 2.35)	1.89 (1.60, 2.34)	2.06 (1.80, 2.56)	0.007	1.87 (1.60, 2.29)	2.28 (2.01, 2.72)	<0.001
Ees (mmHg ml ⁻¹)	2.68 (1.97, 3.24)	2.72 (2.05, 3.25)	1.77 (1.42, 3.11)	0.003	2.75 (2.11, 3.28)	1.73 (1.23, 2.19)	<0.001
VAC 1 (mmHg ml ⁻¹)	0.78 (0.66, 1.49)	0.74 (0.66, 1.22)	1.53 (0.67, 2.53)	0.003	0.69 (0.66, 1.21)	1.74 (1.19, 2.63)	<0.001
VAC 2 (mmHg ml ⁻¹)	0.63 (0.53, 1.14)	0.61 (0.53, 1.03)	1.16 (0.55, 1.92)	0.005	0.60 (0.52, 1.01)	1.33 (0.93, 2.13)	<0.001

^f Median (IQR)
² Welch Two Sample t-test

Test contraste hipótesis variables según mortalidad al año y según soporte vasoactivo o no.

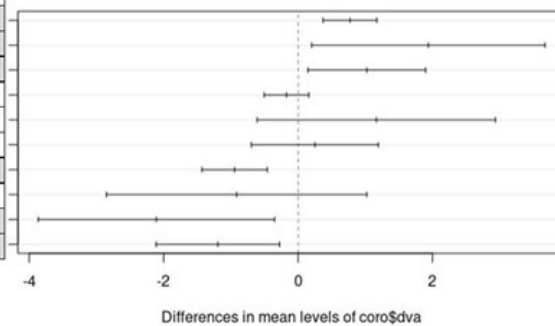
Boxplots según soporte vasoactivo



Test de Tukey

	coro.dva.diff	lwr	upr
vasoactivos-no	0,77	0,37	1,17
inotropicos-no	1,97	0,19	3,67
ambos-no	1,02	0,14	1,89
vasodilatadores-no	-0,17	-0,50	0,16
inotropicos-vasoactivos	1,16	-0,61	2,94
ambos-vasoactivos	.25	-0,69	1,19
vasodilatadores-vasoactivos	-0,94	-1,43	-0,45
ambos-inotropicos	-0,91	-2,85	1,02
vasodilatadores-inotropicos	-2,11	-3,86	-0,34
vasodilatadores-ambos	-1,19	-2,11	-0,27

95% family-wise confidence level



Boxplot EaEes según soporte vasoactivo con Anova y diferencias por grupo.

Objetivos: Estudiar la utilidad de variables hemodinámicas derivadas de constantes básicas en triaje junto a un mínimo estudio ecocardiográfico ante el resurgimiento en recientes estudios de la ratio de elasticidad arterial y ventricular traducido en el acoplamiento ventrículo arterial.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo, observacional, realizado sobre cohorte de 249 pacientes con SCA con necesidad de coronariografía en la UCI del Hospital Rey Juan Carlos de 09/2018 a 10/2022. Se recogieron variables hemodinámicas derivadas de las constantes en triaje además de FEVI visual previo a la coronariografía diagnóstico-terapéutica. Los test de contrastes fueron hechos mediante el test Welch para las cuantitativas comparando según mortalidad a los 12 meses o la necesidad de soporte vasoactivo. Se realizó además ANOVA de una vía junto al estudio de sus residuos con test de varianzas para comparación entre grupos según el tratamiento vasoactivo administrado y posteriormente un test rangos de Tukey para estudiar las diferencias grupo a grupo.

Resultados: 242 pacientes con 65 (\pm 13) años. 77% varones. 10% shock cardiogénico. 12% ventilación mecánica invasiva. Mortalidad del 17% al año del ingreso. Los pacientes que precisaron de soporte vasoactivo y los que acabaron falleciendo al cabo de 12 meses presentaron peores valores hemodinámicos en triaje. Se hallaron diferencias de Ea/Ea de hasta 0,77 (0,37-1,17) puntos en los pacientes que precisaron vasoactivos respecto a los que no y de 1,02 (0,14-1,80) en los que precisaron inotrópicos y vasoactivos respecto a los que no.

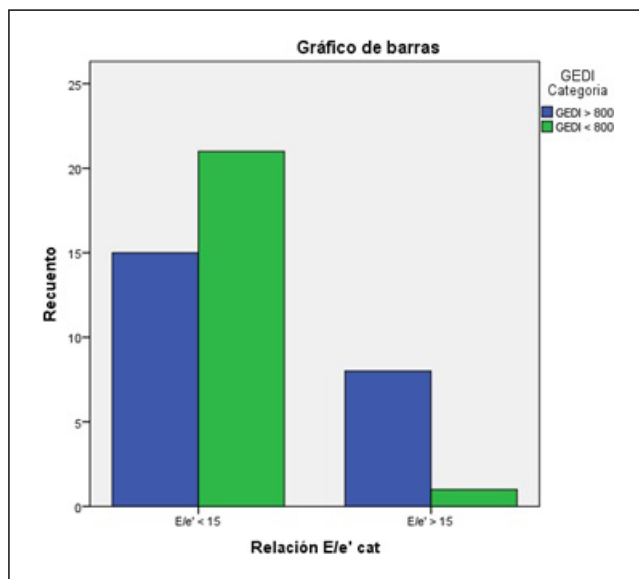
Conclusiones: Si bien estos cálculos hemodinámicos presentan numerosas limitaciones tanto fisiológicas como estadísticas, se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que precisaron de soporte vasoactivo y los que no, presentando estos primeros un peor acoplamiento ventrículo arterial como hipótesis para estudios ulteriores.

558. RELACIÓN ENTRE TERMODILUCIÓN TRANSPULMONAR Y ECOCARDIOGRAFÍA PARA LA ESTIMACIÓN DE LA PRECARGA

Pérez Bazaga LJ, Álvarez Peña M, Salve Machuca C, Álvarez González JI, Ávila Sansegundo C, Santiago Triviño MÁ y Pérez Civantos DV

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

Objetivos: El principal objetivo de este trabajo es analizar los datos de monitorización hemodinámica obtenidos a través de termodilución transpulmonar y ver si existe relación con respecto a los datos obtenidos por ecocardiografía transtorácica (ETT).



Métodos: Estudio prospectivo, unicéntrico de N = 45, llevado a cabo en el Hospital Universitario de Badajoz entre junio de 2020 y abril de 2022. Se han utilizado las bases de datos Jara, GestLab, Excel y SPSS. Para la realización de ETT se ha utilizado el dispositivo Phillips CX-50 con sonda fásica de 2,4 mHz. Para la monitorización mediante termodilución transpulmonar se ha empleado el sistema VolumeView de Edwards Lifesciences - EV1000. Para la estimación de la precarga se han

utilizado las variables GEDVI (Global End Diastolic Volume Index), EVLWI (ExtraVascular Lung Water Index) y relación entre la onda E y e'. Tras obtener los datos, se han clasificado a los pacientes según si presentaban valores de GEDVI > 800 ml/m², un EVLWI > 7 ml/kg y una relación E/e' > 15 , comparándose posteriormente mediante análisis de chi-cuadrado. Asimismo, se han recogido otras variables como la edad, diagnóstico, sexo, fracción de eyección y PaFiO₂.

Resultados: El 88,9% de los pacientes con GEDVI > 800 presentaban una relación E/e' > 15 mientras que cerca del 60% de los pacientes con GEDVI < 800 mostraban una relación E/e' < 15 (fig.). Tras realizar tabla de contingencias se comparan los datos obteniendo un valor de chi-cuadrado de 6,425 con un p valor de 0,011, rechazándose, por tanto, la hipótesis nula de que las variables son independientes entre ellas. Sin embargo, si comparamos los valores de EVLWI con la relación E/e' se obtiene un valor de chi-cuadrado de 2,432 y una p de 0,119 lo que demuestra independencia entre ambas variables.

Conclusiones: El auge de la ecocardiografía en las Unidades de Medicina Intensiva es innegable ya que presenta una herramienta útil y no invasiva para la obtención de variables hemodinámicas y monitorizar la respuesta al tratamiento. Una de las utilidades reside en la valoración de la precarga y la función diastólica a través de las presiones de llenado del ventrículo izquierdo. Tras los resultados obtenidos se puede afirmar que existe relación entre alguna variable como el GEDVI, que informa de precarga elevada, entre la monitorización con termodilución transpulmonar y la ecocardiografía.

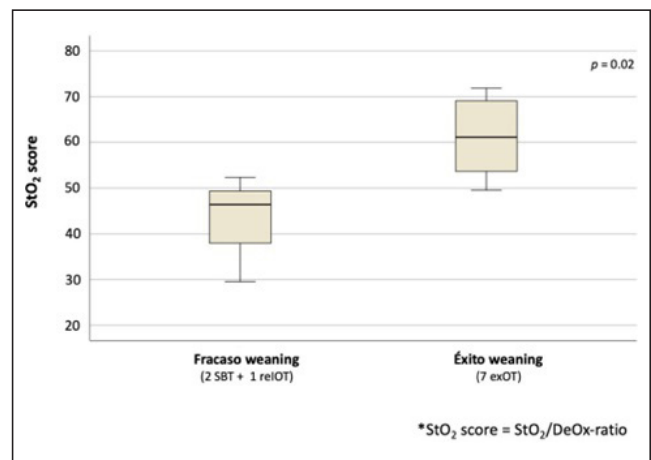
559. RESPUESTA SIMPÁTICA Y MICROCIRCULATORIA DURANTE UNA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA DE 30 MINUTOS EN EL PROCESO DE WEANING DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

Nogales S¹, Caballer A¹, Espinal C¹, Zanoletti M², Cano R¹, Prieto E¹, Cortes E¹, Yaqub A² y Mesquida J¹

¹Soncorio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona, ²Institut de Ciències Fotòniques (ICFO), Barcelona.

Objetivos: Evaluar los cambios microcirculatorios y de catecolaminas plasmáticas durante una prueba de 30 minutos de respiración espontánea (SBT) en el proceso de weaning de la ventilación mecánica (VM).

Métodos: Estudio unicéntrico observacional prospectivo, UCI general de 30 camas. Variables hemodinámicas, respiratorias, microcirculatorias y de catecolaminas antes del inicio del SBT, y a los 30 minutos. Evaluación microcirculatoria no invasiva en músculo braquiorrádial, con sistema VASCOVID, cuantifica saturación tisular de oxígeno (StO₂) y flujo microvascular (BFi). Test de oclusión vascular (TOV) basal y a los 30 minutos para variables de metabolismo local (desoxigenación de la StO₂ (DeO₂) y consumo local de O₂ (MRO₂)) y de reactividad microvascular (reoxigenación de StO₂ (ReO₂) y respuestas hiperémicas de StO₂ y BFi). Se realizó análisis de datos emparejados. Se hizo estudio comparativo de los pacientes según resultado del SBT, clasificando como fracaso los que no superaban o que se extubaban y requieren reintubación en < 24 horas, y como éxito los que superan y no requieren reintubación.



Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, 60 \pm 17 años, más de 48h VM (6 \pm 4 días), y candidatos a SBT por equipo médico. FiO₂ basal 30 \pm 4%, PaO₂ 77 \pm 15 mmHg, FC 92 \pm 12 bpm y TAM 87 \pm 18 mmHg, sin soporte

vasoactivo. Niveles basales catecolaminas: NAD 404 ± 310 pg/mL, AD 27 ± 35 pg/mL, y DOP 25 ± 21 pg/mL. Microcirculatorio basal: StO₂ $66 \pm 9\%$, DeO₂ $-5,6 \pm 2,7\%/min$, ReO₂ $1,7 \pm 1,5\%/min$, y BFI $8,1 \pm 8,4$ cm²/sec·10⁻⁹. A los 30 minutos del SBT, no detectaron cambios significativos en catecolaminas, pero sí microcirculatorios, en MRO₂ y DeO₂. No se halló correlación entre las catecolaminas plasmáticas y la microcirculación durante SBT. Dos pacientes fracasaron y 8 la superaron y se extubaron, uno requirió reintubación en < 12 horas. Los que fracasaron tenían niveles basales más bajos de NAD, DOP, StO₂ pero mayores DeO₂. La combinación de valores basales StO₂ y DeO₂ durante el SBT mostró valores significativamente diferentes entre los que superaban y fracasaban (61 ± 9 vs $43 \pm 12\%$, $p = 0,02$; fig.).

Conclusiones: Durante el SBT se producen cambios microcirculatorios sin detectarse cambios en las catecolaminas plasmáticas. Estas alteraciones microcirculatorias son medidas de forma no invasiva con tecnología fotónica, teniendo valor relevante para predecir el éxito de la retirada de la VM.

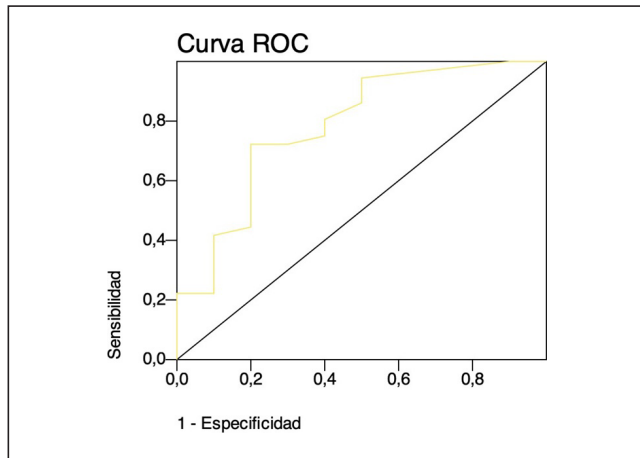
Financiado por: European Commission H2020 No 101016087/VASCOVID project. Premio proyecto de investigación de la Societat Catalana de Medicina Intensiva Crítica (SOCMIC) año 2020.

560. UTILIDAD DEL CÁLCULO DEL CONSUMO MÁXIMO DE OXÍGENO (VO2MAX) EN EL PACIENTE EN SHOCK. ¿ES CAPAZ DE PREDECIR UNA ADECUADA RESUCITACIÓN?

Martínez García-Rodrigo JP¹, Avilés Parra JP², Manzano Moratino D², Moreno Franco E¹, Jiménez del Río I¹, Sánchez Sánchez EM¹ y Díaz Abad R¹

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid. ²Hospital Infanta Cristina- Empresa Publica Hospital del Sur, Madrid.

Objetivos: El consumo máximo de O₂ (VO₂max) es un reflejo de la capacidad de los tejidos para extraer O₂ en una situación de estrés. Tradicionalmente se ha usado en el ámbito deportivo como indicador de la capacidad aeróbica de los atletas. Nosotros proponemos el cálculo del VO₂max con la fórmula de Uth Niels *et al.* en el momento de la valoración inicial de nuestros pacientes. El objetivo de este estudio es valorar la utilidad del VO₂max como factor pronóstico en los pacientes con shock séptico y plantear la posibilidad de que este parámetro nos indique la severidad del shock y guíe la resucitación en las primeras horas de ingreso en UCI.



Métodos: Descriptivo retrospectivo de 46 pacientes en shock séptico. Se calculó el VO₂max a las 24 horas de ingreso mediante la fórmula propuesta por Uth Niels *et al.* Se llevaron a cabo estadísticos como chi-cuadrado, correlación de Pearson, curvas ROC y estimación de riesgo.

Resultados: El VO₂max medido a las 24 horas de la resucitación mostró una correlación inversa moderada con los niveles de ácido láctico ($p 0,017$), correlación inversa moderada con la mortalidad ($p 0,052$), correlación inversa moderada con el APACHE II ($p 0,017$) y correlación inversa fuerte con la necesidad de terapia de depuración renal ($p 0,003$). La curva ROC para el VO₂max en relación al fracaso renal y la necesidad de TDER mostró un AUC de $0,79 [0,64-0,93]$ con una $p 0,006$. Se estableció el punto de corte de VO₂max en 25 ml/kg/min con una sensibilidad del 86% y una especificidad del 50% . De todos los pacientes observados, el $18,5\%$ tuvieron terapia de depuración renal. Los pacientes con VO₂max > 25 ml/kg/min precisaron depuración renal un $12,7\%$ mientras que los que tuvieron un VO₂max < 25 ml/kg/min precisaron TDER un $53,8\%$. *Odds ratio* $5,8$ $95\% [1,21-27,63]$ $p 0,027$.

Conclusiones: El VO₂max a las 24 horas de la resucitación inicial se relaciona con la gravedad, el pronóstico y con el desarrollo de insuficiencia renal y la necesidad de TDER. Valores por debajo del punto de corte de 25 ml/kg/min se relaciona con una resucitación subóptima y podría emplearse como guía e individualización del tratamiento del shock durante las primeras horas.

561. ANÁLISIS FOTÓNICA DE LA OXIGENACIÓN TISULAR: COMPARACIÓN DE LA TECNOLOGÍA VASCOVID CON UN SISTEMA NIRS COMERCIAL (INVOS)

Oller Sánchez F¹, Zanoletti M², Yaqub A², Caballer A¹, Prieto E¹, Cortes E¹, Gil A¹, Espinal C¹, Durduran T² y Mesquida J¹

¹Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona, ²Institut de Ciències Fotòniques (ICFO), Barcelona.

Objetivos: Comparar el sistema VASCOVID, que incorpora tecnología Time-Resolved Spectroscopy (TR-NIRS), con un sistema NIRS comercial, basado en la tecnología Continuous Wave Spectroscopy (CW-NIRS).

Métodos: Estudio observacional en voluntarios sanos. Medición de la saturación tisular de oxígeno (StO₂) en el antebrazo, sobre el músculo braquiorradial, con el sistema VASCOVID (Institut de Ciències Fotòniques) y el sistema INVOS 5100C (Medtronic). Se realizó una maniobra transitoria de oclusión vascular (VOT) de 3 minutos, con un torniquete proximal al lugar de medición, obtenida mediante desoxigenación (DeO₂) y reoxigenación (ReO₂) de la StO₂ en respuesta a la isquemia, para evaluar el metabolismo local y la reactivación microvascular. Se hizo un análisis comparativo entre parámetros obtenidos con VASCOVID e INVOS, así como variabilidad intersujeto con coeficiente de variación (desviación estándar/mediana) y análisis de concordancia con Bland-Altman.

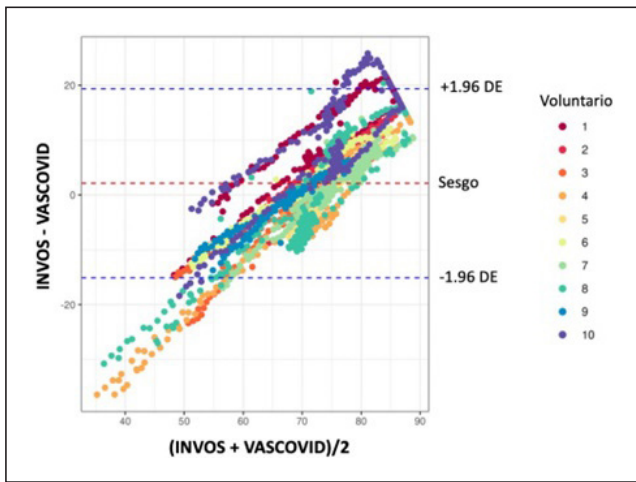
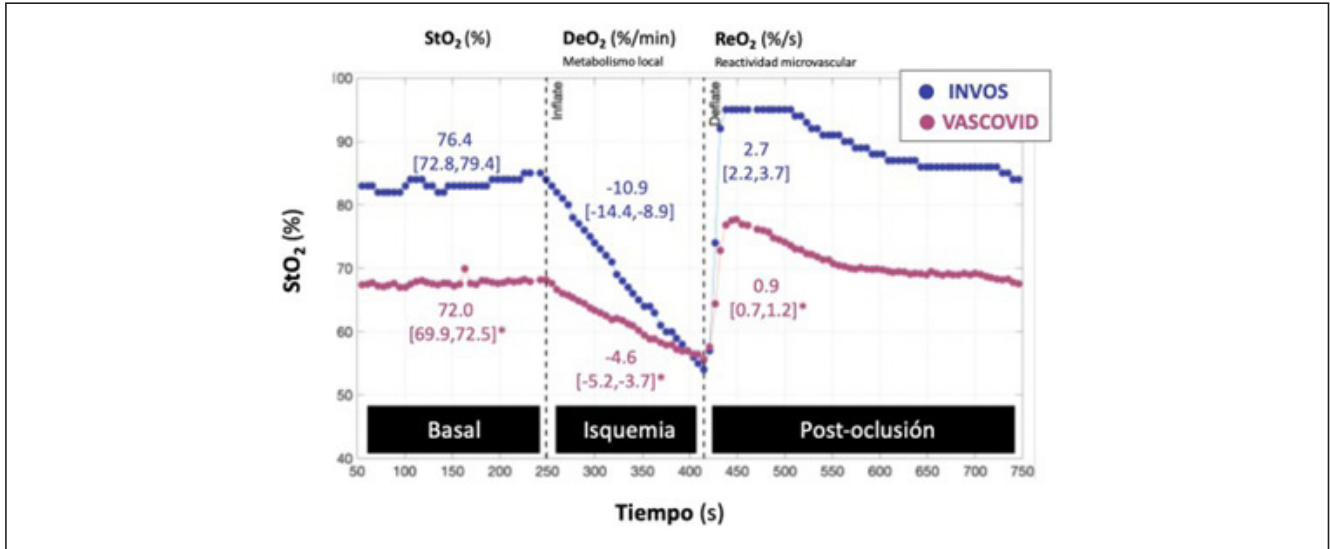
Resultados: Se estudiaron 10 voluntarios (6 mujeres), de 28 ± 5 años. Índice de masa corporal de 25 ± 2 kg/m² y grueso del pliegue cutáneo en la zona estudiada de $4,4 \pm 0,1$ mm. Los valores de StO₂, DeO₂ y ReO₂ fueron significativamente diferentes al comparar VASCOVID e INVOS (fig. 1). El coeficiente de variación de la StO₂ fue del 3% por VASCOVID y del 6% por INVOS. El análisis de Bland-Altman mostró un sesgo proporcional entre las dos tecnologías (fig. 2).

Conclusiones: La monitorización de la StO₂ en los tejidos periféricos ha ganado interés los últimos años, asociándose a pronóstico en diferentes escenarios clínicos. La principal limitación es su elevada variabilidad y falta de fiabilidad en valores absolutos de oxi y desoxihemoglobina. Este hecho dificulta poder establecer unos valores de normalidad y de corte para detectar estados patológicos, y poderlos incorporar en la práctica clínica. Con el presente estudio demostramos que INVOS (CW-NIRS) y VASCOVID (TRS-NIRS) no son intercambiables en la medición de StO₂ sobre musculatura esquelética, mostrando diferencias que se amplifican por los valores extremos, con impacto significativo sobre la interpretación del metabolismo local y la reactivación microvascular. VASCOVID tiene menor variabilidad intersujeto. Futuros trabajos deberán evaluar si estas nuevas tecnologías son más útiles a la hora de incorporarlas a la clínica.

Figura 2 Póster 560

Área Bajo la Curva					
Variable a prueba	Área	Error Estándar	Sig. Asintótica	Asymp. 95% Intervalo de Confianza	
				Límite Inferior	Límite Superior
VO2MAX2	,79	,09	,006	,64	,93

Figura 1 Póster 561



Financiado por: European Commission H2020 N° 101016087: VASCOVID Project.

562. VARIACIÓN DEL ÍNDICE DIASTÓLICO DE SHOCK (IDS) A LAS 24 Y 48 HORAS COMO FACTOR ASOCIADO A LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK DISTRIBUTIVO NO RESPONDEDOR A NORADRENALINA TRATADOS CON VASOPRESINA

Vélez Jaigua B, Foradada Ubach S, Lladó Vilar M, Cornejo Fernández L y Taché Sala A

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El uso de la vasopresina (VSP), hormona no catecolaminérgica vasoconstrictora, se recomienda en el shock séptico cuando la noradrenalina (NA) está entre 0,25-0,5 ucg/kg/min y tensión arterial media (TAM) \leq 65 mmHg. La combinación de la tensión arterial diastólica (TAD) y la frecuencia cardíaca (FC) es un reflejo de la disfunción del sistema circulatorio en pacientes con shock distributivo (SD). El IDS es la ratio entre FC y la TAD. El objetivo del estudio es determinar la utilidad del IDS para el inicio de la VSP, valorar la respuesta terapéutica y su valor pronóstico de mortalidad.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo en una UCI de 22 camas de 3^{er} nivel, entre noviembre 2022 y septiembre 2023. Se incluyeron pacientes \geq 18 años con diagnóstico de SD y que cumplían criterios para el inicio de VSP. Se analizaron diferentes variables, IDS, vasopresor inotropo score (VIS), lactato, uso de corticoides, mortalidad y estancia intra-UCI (tabla 1). Criterio de exclusión: mortalidad durante las primeras

24 h desde el ingreso en UCI. El valor de corte del IDS con la mortalidad se realizó mediante las curvas ROC.

Resultados: 51 pacientes, 80,4% eran hombres con una mediana de edad de 60 años. La mortalidad intra-UCI fue del 35,3%, y la estancia media de 13 días (tabla 2). Se observó un mayor aclaramiento del IDS a las 24 h y 48 h horas en los pacientes vivos ($p = 0,009$ y $p = 0,004$, respectivamente). El punto de corte del aclaramiento del IDS a las 24 h fue del 9,3% con una sensibilidad del 94%, una especificidad del 62%, VPP del 82% y VPN del 84%, AUC: 0,724. El punto de corte a las 48 h fue del 22,8% con una sensibilidad del 73%, una especificidad del 77%, VPP del 86% y VPN del 61%, AUC: 0,749. Tanto a las 24 h, como a las 48 h, se observaron diferencias significativas entre individuos vivos y fallecidos en relación a los puntos de corte hallados. No hubo asociación entre los corticoides y el aclaramiento del IDS.

Variables	Total de la muestra
SEXO	
Mujer	10 (19.6%)
Hombre	41 (80.4%)
EDAD	60 (50-37)
MOTTLING SCORE	
0	7 (13.7%)
1	11 (21.6%)
2	3 (5.9%)
3	7 (13.7%)
4	18 (35.3%)
5	5 (9.8%)
SOFA ingreso	11 (9-14)
APACHE IV	77 (66-95)
MPM-II Mortalidad %	36.8 (16.2-70.6)
MPM-II Supervivencia %	63.2 (29.4-83.8)
SAPS-II	57 (46-77)
TIPO DE SHOCK	
SÉPTICO	39 (76.5%)
HIPOVOLÉMICO-HEMORRÁGICO	6 (11.8%)
POLITRAUMA-TCE	2 (3.9%)
POST-OP CIRURGIJA CARDÍACA	2 (3.9%)
POST PARADA CARDÍACA	2 (3.9%)

Tabla 1. Variables de la población.

Conclusiones: Un 61,1% de los pacientes fallecidos presentaron un empeoramiento de más del 9,3% del IDS a las 24 h de la administración de la VSP, y un 77,8% de los pacientes fallecidos lo presentaron de más del 22,8% a las 48 h. Los pacientes que sobreviven tienen valores más bajos de lactato, NA y VIS a las 24 y 48 h. Recomendamos el uso del IDS en las primeras 24 y 48 h como indicador de respuesta al tratamiento y para la introducción de un tercer vasopresor.

Figura 2 Póster 562

	Evolución a las 24 horas				Evolución a las 48 horas			
	VIVO N=33	MUERTO N=18	TOTAL N=51	p-valor	VIVO N=33	MUERTO N=18	TOTAL N=51	p-valor
VSP	1 (0.6-1.7)	1.3 (0.8-1.8)	1.2 (0.6-1.8)	0.422	0.96 (0-1.4)	1.3 (0.8-1.8)	1.2 (0.2-1.4)	0.087
NA	0.4 (0.3-0.5)	0.8 (0.6-1.4)	0.5 (0.3-0.7)	<0.001	0.3 (0.1-0.4)	0.6 (0.4-1.1)	0.3 (0.2-0.6)	0.001
SOFA CV	11 (8-14)	14.5 (10-16.3)	12 (8-15)	0.114	11 (8-14.5)	14.5 (10-16.3)	12 (9-15)	0.083
VIS	40 (29.6-56.9)	78.8 (63.6-149.6)	55.8 (33.1-76.6)	<0.001	27 (13-42)	63.5 (40-115.3)	37 (16-58)	0.001
Δ VIS	1.9 (-13-21.7)	-36.3 (-76.9-21)	-5.9 (-35.9-16.2)	<0.001	15.9 (-1.2-36.2)	-17.4 (-40.3-9.8)	7.1 (-16.7-31.7)	0.002
% mejoría VIS	4.1 (-30.1-43.1)	-95.5 (-138.7-31)	-18.4 (-101.9-35.5)	<0.001	38.8 (-2.9-59.6)	-24.9 (-102.3-20.1)	19 (-25.6-55.5)	0.001
PAD	59 (53-69.5)	58.5 (49-72)	59 (53-40)	0.868	63 (53.5-77.5)	60 (51-73.3)	63 (53-76)	0.588
PAM	78 (70-88.5)	74.5 (64.3-88)	77 (68-88)	0.314	80 (69-93.5)	78.5 (69.3-94.3)	80 (69-94)	0.606
ΔPAM	-10 (-21.5 - -3.50)	-0.5 (-20-8.5)	-9 (-20-5)	0.050	-15 (-25.5- 3)	-12 (-18.8-4.8)	-14 (-21-3)	0.183
% mejoría PAM	-18.8 (-30.6- -4.6)	-0.9 (-25.8-10.6)	-14 (-28.1-5.4)	0.067	-25 (-36.5- -4.1)	-15.6 (-30.4-6.2)	-20 (-33.3-3.5)	0.237
FC	95 (75.5-112)	105 (96.5-118.3)	100 (79-114)	0.078	79 (71-102)	96 (77-118)	80 (73-103)	0.079
IDS	1.6 (1.3-1.8)	1.9 (0.5-2.2)	1.6 (1.3-2.1)	0.133	1.4 (1.2-1.6)	1.5 (1.3-1.8)	1.4 (1.2-1.6)	0.083
ΔIDS	0.41 (0.04-0.8)	-0.3 (-0.6-0.4)	0.3 (-0.2-0.7)	0.019	0.7 (0.3-0.9)	0.2 (-0.01-0.4)	0.5 (0.2-0.8)	0.004
% mejoría IDS	20.4 (1.8-35.6)	-15.6 (-45.7-24.2)	18.7 (-9.4-34.2)	0.009	33.3 (17.8-46.1)	13.5 (-0.6-22.8)	26 (11.4-40)	0.004
VM No Sí	3 (9.1%) 30 (90.9%)	2 (11.1%) 16 (88.9%)	13 (25.5%) 38 (74.5%)	1.000	5 (15.2%) 28 (84.8%)	3 (16.7%) 15 (83.3%)	8 (15.7%) 43 (84.3%)	1.000
TSR No Sí	20 (60.6%) 13 (39.4%)	11 (61.6%) 7 (38.9%)	38 (74.5%) 13 (25.5%)	0.972	21 (63.6%) 12 (36.4%)	11 (61.1%) 7 (38.9%)	32 (62.7%) 19 (37.3%)	1.000
LAC	17 (12-29.5)	37 (16.8-91.3)	22 (12-43)	0.048	14 (8.5-24.5)	26.5 (12.3-45.5)	15 (9-28)	0.016
ΔLAC	26.7 (-58.3-42.7)	7.6 (-142.6-40.9)	15 (-69.5-40)	0.319	0.003 (0.001-0.007)	0.003 (-0.016-0.006)	0.003 (-0.001-0.006)	0.198
pH	7.3 (7.3-7.4)	7.3 (7.2-7.4)	7.3 (7.3-7.4)	0.913	7.4 (7.3-7.4)	7.3 (7.3-7.4)	7.4 (7.3-7.4)	0.348
ΔpH	-0.02 (-0.08-0.08)	-0.005 (-0.06-0.16)	-0.01 (-0.07-0.09)	0.334	-0.01 (-0.2-0.1)	-0.06 (-0.1-0.03)	-0.2 (-0.3-0.02)	0.648
TROPONINA T	52 (21.2-175)	36.8 (27.5-144.5)	47.1 (22.4-150)	0.782	45 (20.8-156.5)	34.5 (20-167)	44 (20-141)	0.921

Tabla 2. Comparativo en función de la mortalidad de las diferentes variables a las 24 horas y a las 48 horas de inicio de la VSP.

A.				
	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
≤ IDS 9,3 %	93,9%	38,9%	74,5%	< 0,001
≥ IDS 9,3 %	6,1%	61,1%	25,5%	< 0,001
TOTAL	100%	100%	100%	

B.				
	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
≤ IDS 22,8 %	72,7%	22,2%	54,9%	< 0,001
≥ IDS 22,8 %	27,3%	77,8%	45,1%	< 0,001
TOTAL	100%	100%	100%	

Tabla 3. A. Evolución del IDS a las 24 horas. B. Evolución del IDS a las 48 horas.

563. UTILIDAD DEL VASOPRESOR INOTROPE SCORE (VIS) COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON SHOCK DISTRIBUTIVO NO RESPONDEDOR A NORADRENALINA TRATADOS CON VASOPRESINA (VSP)

Vélez Jaigua B, Foradada Ubach S, Cornejo Fernández L, Lladó Vilar M y Taché Sala A

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El uso de la vasopresina (VSP), hormona no catecolaminérgica vasoconstrictora, se recomienda en el shock séptico cuando la noradrenalina (NA) está entre 0,25-0,5 ucg/kg/min y tensión arterial media (TAM) ≤ 65 mmHg. El Vasopresor Inotrope Score (VIS) es una escala que nos permite cuantificar la intensidad del soporte cardiovascular. No hay de VIS para predecir mortalidad. El objetivo de este estudio es identificar el valor del VIS que se relaciona con aumento de la morbimortalidad.

Variables	Total de la muestra
SEXO	
Mujer	10 (19.6%)
Hombre	41 (80.4%)
EDAD	60 (50-37)
MOTTLING SCORE	
0	7 (13.7%)
1	11 (21.6%)
2	3 (5.9%)
3	7 (13.7%)
4	18 (35.3%)
5	5 (9.8%)
SOFA ingreso	11 (9-14)
APACHE IV	77 (66-95)
MPM-II Mortalidad %	36.8 (16.2-70.6)
MPM-II Supervivencia %	63.2 (29.4-83.8)
SAPS-II	57 (46-77)
TIPO DE SHOCK	
SÉPTICO	39 (76.5%)
HIPOVOLÉMICO-HEMORRÁGICO	6 (11.8%)
POLITRAUMA-TCE	2 (3.9%)
POST-OP CIRURGIA CARDÍACA	2 (3.9%)
POST PARADA CARDÍACA	2 (3.9%)

Tabla 1. Variables de la población.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo en una UCI de 22 camas de 3º nivel, entre noviembre 2022 y septiembre del 2023. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de SD y que cumplieran criterios para el inicio de VSP. Se analizaron variables, IDS, VIS, lactato, uso de corti-

Figura 2 Póster 563

	Evolución a las 24 horas				Evolución a las 48 horas			
	VIVO N=33	MUERTO N=18	TOTAL N=51	p-valor	VIVO N=33	MUERTO N=18	TOTAL N=51	p-valor
VSP	1 (0.6-1.7)	1.3 (0.8-1.8)	1.2 (0.6-1.8)	0.422	0.96 (0-1.4)	1.3 (0.8-1.8)	1.2 (0.2-1.4)	0.087
NA	0.4 (0.3-0.5)	0.8 (0.6-1.4)	0.5 (0.3-0.7)	<0.001	0.3 (0.1-0.4)	0.6 (0.4-1.1)	0.3 (0.2-0.6)	0.001
SOFA CV	11 (8-14)	14.5 (10-16.3)	12 (8-15)	0.114	11 (8-14.5)	14.5 (10-16.3)	12 (9-15)	0.083
VIS	40 (29.6-56.9)	78.8 (63.6-149.6)	55.8 (33.1-76.6)	<0.001	27 (13-42)	63.5 (40-115.3)	37 (16-58)	0.001
Δ VIS	1.9 (-13-21.7)	-36.3 (-76.9-21)	-5.9 (-35.9-16.2)	<0.001	15.9 (-1.2-36.2)	-17.4 (-40.3-9.8)	7.1 (-16.7-31.7)	0.002
% mejoría VIS	4.1 (-30.1-43.1)	-95.5 (-138.7-31)	-18.4 (-101.9-35.5)	<0.001	38.8 (-2.9-59.6)	-24.9 (-102.3-20.1)	19 (-25.6-55.5)	0.001
PAD	59 (53-69.5)	58.5 (49-72)	59 (53-40)	0.868	63 (53.5-77.5)	60 (51-73.3)	63 (53-76)	0.588
PAM	78 (70-88.5)	74.5 (64.3-88)	77 (68-88)	0.314	80 (69-93.5)	78.5 (69.3-94.3)	80 (69-94)	0.606
ΔPAM	-10 (-21.5-3.50)	-0.5 (-20-8.5)	-9 (-20-5)	0.050	-15 (-25.5-3)	-12 (-18.8-4.8)	-14 (-21-3)	0.183
% mejoría PAM	-18.8 (-30.6-4.6)	-0.9 (-25.8-10.6)	-14 (-28.1-5.4)	0.067	-25 (-36.5-4.1)	-15.6 (-30.4-6.2)	-20 (-33.3-3.5)	0.237
FC	95 (75.5-112)	105 (96.5-118.3)	100 (79-114)	0.078	79 (71-102)	96 (77-118)	80 (73-103)	0.079
IDS	1.6 (1.3-1.8)	1.9 (0.5-2.2)	1.6 (1.3-2.1)	0.133	1.4 (1.2-1.6)	1.5 (1.3-1.8)	1.4 (1.2-1.6)	0.083
ΔIDS	0.41 (0.04-0.8)	-0.3 (-0.6-0.4)	0.3 (-0.2-0.7)	0.019	0.7 (0.3-0.9)	0.2 (-0.01-0.4)	0.5 (0.2-0.8)	0.004
% mejoría IDS	20.4 (1.8-35.6)	-15.6 (-45.7-24.2)	18.7 (-9.4-34.2)	0.009	33.3 (17.8-46.1)	13.5 (-0.6-22.8)	26 (11.4-40)	0.004
VM No Si	3 (9.1%) 30 (90.9%)	2 (11.1%) 16 (88.9%)	13 (25.5%) 38 (74.5%)	1.000	5 (15.2%) 28 (84.8%)	3 (16.7%) 15 (83.3%)	8 (15.7%) 43 (84.3%)	1.000
TSR No Si	20 (60.6%) 13 (39.4%)	11 (61.6%) 7 (38.9%)	38 (74.5%) 13 (25.5%)	0.972	21 (63.6%) 12 (36.4%)	11 (61.1%) 7 (38.9%)	32 (62.7%) 19 (37.3%)	1.000
LAC	17 (12-29.5)	37 (16.8-91.3)	22 (12-43)	0.048	14 (8.5-24.5)	26.5 (12.3-45.5)	15 (9-28)	0.016
ΔLAC	26.7 (-58.3-42.7)	7.6 (-142.6-40.9)	15 (-69.5-40)	0.319	0.003 (0.001-0.007)	0.003 (-0.016-0.006)	0.003 (-0.001-0.006)	0.198
pH	7.3 (7.3-7.4)	7.3 (7.2-7.4)	7.3 (7.3-7.4)	0.913	7.4 (7.3-7.4)	7.3 (7.3-7.4)	7.4 (7.3-7.4)	0.348
ΔpH	-0.02 (-0.08-0.08)	-0.005 (-0.06-0.16)	-0.01 (-0.07-0.09)	0.334	-0.01 (-0.2-0.1)	-0.06 (-0.1-0.03)	-0.2 (-0.3-0.02)	0.648
TROPONINA T	52 (21.2-175)	36.8 (27.5-144.5)	47.1 (22.4-150)	0.782	45 (20.8-156.5)	34.5 (20-167)	44 (20-141)	0.921

Tabla 2. Comparativo en función de la mortalidad de las diferentes variables a las 24 horas y a las 48 horas de inicio de la VSP.

coides, mortalidad y estancia intra-UCI (tabla 1). Criterio de exclusión: mortalidad durante las primeras 24 h desde el ingreso en UCI. El valor de corte del VIS con la mortalidad se realizó mediante curvas ROC.

Resultados: 51 pacientes, 80,4% eran hombres con una mediana de edad de 60 años. La mortalidad intra-UCI fue del 35,3%, y la estancia media de 13 días (tabla 2). Los valores de VIS después de la administración de la VSP fueron estadísticamente diferentes a las 24 y 48 horas entre los individuos vivos y fallecidos. Se observó un mayor aclaramiento del VIS a las 24 y 48 horas en los pacientes vivos ($p < 0,001$ y $p = 0,002$, respectivamente). El punto de corte del aclaramiento del VIS a las 24 h fue del 33,1% con una sensibilidad del 77,8%, una especificidad del 81,8%, VPP del 87,1% y VPN del 70%, AUC: 0,803. El punto de corte a las 48 h fue del 16,7%, con una sensibilidad del 66,7%, una especificidad del 87,9%, VPP del 82,9%, VPN del 75%, AUC: 0,77. Tanto a las 24 h, como a las 48 h, se observaron diferencias significativas entre individuos vivos y fallecidos en relación a los puntos de corte hallados. No hubo asociación entre los corticoides y el aclaramiento del VIS.

A.				
	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
≤ VIS 33,1 %	77,8%	18,2%	39,2%	< 0,001
≥ VIS 33,1 %	22,2%	81,8%	60,8%	< 0,001
TOTAL	100%	100%	100%	
B.				
	VIVO	MUERTO	TOTAL	P-VALOR
≤ VIS 16,7 %	66,7%	12,1%	31,4%	< 0,001
≥ VIS 16,7 %	33,3%	87,9%	68,6%	< 0,001
TOTAL	100%	100%	100%	

Tabla 3. A. Evolución del VIS a las 24 horas. B. Evolución del VIS a las 48 horas.

Conclusiones: Un incremento mínimo del VIS del 33,1% a las 24 h y un 16,7% a las 48 h identifica aquellos pacientes con shock distributivo con alto riesgo de morir. Los pacientes que sobreviven tienen valores más bajos de lactato, NA y VIS a las 24 y 48 h. El VIS debería ser incorporado en los algoritmos de manejo hemodinámico, permitiendo identificar pacientes que se beneficiarían de escalada o desescalada del soporte hemodinámico.

564. CORRELACIÓN ENTRE MEDICIONES ECOCARDIOGRÁFICAS Y LA VVS COMO PREDICTORES DE LA RESPUESTA A VOLUMEN EN PACIENTES EN SHOCK

Bruna Pividal EI, García Valiente M, Arcis Conesa A, Navarro Martínez J, Castillo Sánchez JM, Agámez Luengas Á, Sacristán Pérez R y Nicolás Franco S
Hospital Rafael Méndez, Murcia.

Objetivos: Demostrar la utilidad de las medidas de la integral velocidad tiempo (IVT) del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y la velocidad máxima (V máx) del TSVI, como predictores independientes para evaluar la respuesta a volumen de pacientes en estado de SHOCK ingresados en una UCI, frente a la variabilidad del volumen sistólico (VVS), medida mediante termodilución transpulmonar (TDTP), por PiCCO.

Métodos: Estudio observacional transversal prospectivo realizado en una UCI polivalente, entre julio y diciembre de 2023. En el estudio se seleccionaron pacientes ingresados por shock, independientemente de la etiología, bajo monitorización invasiva y con necesidades de fármacos vasoactivos. Mediante TDTP se calculó la VVS. Los cambios del retorno venoso producen cambios en la precarga durante el ciclo respiratorio. Estos se reflejan como variaciones de la onda de pulso, siendo la diferencia entre el volumen máximo en espiración y mínimo en

inspiración conocida como la VVS. En situaciones óptimas estas variaciones son < 10%, mientras que en hipovolemia la diferencia es mayor, al ser más evidente la disminución de volumen al final de la diástole. Por tanto, a mayor VVS, mayor necesidad de volumen. Utilizando la ecocardiografía transtorácica (ETT) se midió la IVT del TSVI y la V Max del TSVI. Se tomaron 6 determinaciones, en el plano apical 5 cámaras, inferior al anillo aórtico y se obtuvo la onda de la velocidad de flujo sanguíneo con doppler pulsado, calculando la ITV de la misma. La DIVT se calculó según: $DIVT (\%) = (IVT_{max} - IVT_{min}) / [(IVT_{max} + IVT_{min}) / 2] \times 100$. La DIVT refleja el cambio en el volumen sistólico del VI que se emplea como predictor de la respuesta a volumen. De la misma manera se obtuvieron las medidas de la V max del flujo sanguíneo en el TSVI.

Resultados: Se analizaron 7 pacientes, a los que se les realizó una ETT, se canalizó un catéter venoso central, un catéter arterial y se calculó el gasto cardiaco por TDTP mediante PiCCO. Se establecieron dos relaciones según los datos obtenidos por PiCCO y los obtenidos por ETT. Por un lado, se reportó la VVS y la DIVT correspondientemente, con una correlación de Spearman de 0,39. Por otro, se analizaron los datos de la VVS y la D Vmax, con una correlación de Spearman de 1.

Conclusiones: El estudio mostró una correlación directa entre la VVS y el D IVT del TSVI como predictores de respuesta a volumen, siendo positiva débil por correlación de Spearman, no siendo estadísticamente significativa. Si se pudo demostrar una correlación directa entre la D Vmax del TSVI y la VVS. Siendo positiva directa por correlación de Spearman, estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

565. USO DE NEXOBRID EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO. ¿CUÁNTO CUESTA TRATAR EL 1% DE LA SUPERFICIE CUTÁNEA QUEMADA? ¿ES COSTE-EFECTIVO?

Baena Caparrós J, Arévalo ÁG, Bulla A, Lalueza P, Novoa E, Izquierdo M, Mazo CA, Serracanta J, Barret JP y Bágüena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad del desbridamiento enzimático con Nexobrid en el paciente quemado crítico que requirió intervención quirúrgica (IQ) durante su hospitalización.

Métodos: Se evaluaron los pacientes quemados críticos ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d'Hebron entre 2019 y 2021. Se estudia la cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) o aminorada dada su gravedad al ingreso. Con un total de 82 pacientes, se excluyeron 17 pacientes que no precisaron VMI y 3 pacientes que requirieron hospitalización superior a 100 días. Se recogieron datos demográficos, escalas de gravedad, presencia de inhalación de humos (IH), porcentaje de superficie cutánea quemada (%SCQ), días de VMI y mortalidad. Para la evaluación del gasto económico recogimos los siguientes datos: necesidad de traqueotomía, días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), necesidad de hemoderivados, gramos de Nexobrid utilizados y número de IQ realizadas para calcular el coste necesario para tratar cada 1% de SCQ.

Resultados: De 62 pacientes, 35 fueron tratados con Nexobrid más IQ y 27 solo con IQ. Del grupo tratado con Nexobrid, el 68,5% eran hombres, con una edad media de 45,6 años, con un índice abreviado de gravedad de las quemaduras (ABSI) de 8,9 y una SCQ media del 41,2%. Dieciséis pacientes presentaban IH, 13 precisaron traqueostomía y una media de 16,7 días de VMI con una estancia media en UCI de 24,2 días. Se realizó un consumo medio de 23,8 concentrados de hematies (CCS), 5,6 concentrados plasmáticos (CP) y 1,3 pool de plaquetas (PP) con una media de 3,3 intervenciones por paciente y un consumo medio de 25 gramos de Nexobrid por paciente. 5 pacientes fallecieron. En cuanto al grupo con solo IQ, el 70% son hombres con una edad media de 52 años, un ABSI de 7,9 y una media de 27,6%SCQ. De esos 27 pacientes, 13 presentaban IH, 9 precisaron traqueostomía y una media de 14,7 días de VMI. Estancia media en UCI de 23,3 días con un consumo medio de 23,3 (RBCC), 4,7 PC y 1,5 PP, requiriendo una media de 3,6 IQ por paciente. Fallecieron 8 pacientes. El coste económico del grupo Nexobrid fue de 2.054,8 €/1% SCQ comparado con el grupo que solo recibió intervención quirúrgica que tuvo un coste de 2.800 €/1% SCQ.

Conclusiones: Los pacientes del grupo Nexobrid presentan mayor ABSI, mayor %SCQ, más días de estancia en UCI y más días de VMI. El coste económico para curar el 1% de BSS fue menor en el grupo en el que se utilizó Nexobrid.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

MARCAPASOS/ARRITMIAS II

08:30-09:30 - Sala 127

Moderadores: Ana Ochagavía Calvo/
Juan Carlos Ruiz Rodríguez

566. SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL SISTEMA DE SUJECCIÓN EXTERNA DE MARCAPASOS TEMPORALES DE FIJACIÓN ACTIVA-TEMPACE. RESULTADOS PRELIMINARES (NCT05351658)

Vicente Miralles R¹, Rivas-Gándara N², Ibáñez Criado A¹, Díaz Barranco M¹, Jordán Marchite P², García Fernández A¹, Carmona Ramírez M², Jaime Sánchez F¹, Fernández Gil de Pareja J¹ y Martínez Martínez JG¹

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: El objetivo del estudio es demostrar la seguridad y la efectividad de la estimulación cardiaca temporal con electrodos de fijación activa utilizando el sistema de sujeción KronoSafe®.

Métodos: Investigación Clínica de producto sanitario multicéntrico aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) y la Agencia Española del Medicamento y Producto Sanitario (AEMPS). Realizado en Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante y Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Se incluyeron pacientes que precisaron estimulación cardiaca temporal desde enero 2023 y que se preveía una duración mayor de 48 horas. Se implantó un electrodo de fijación activa de 58 cm ecoguiado vía yugular interna izquierda o derecha anclado a ventrículo derecho. Recogida de variables de seguridad: impedancia de electrodo, detección de onda R y umbral de estimulación; el día del implante y cada 48 horas hasta su retirada. Recogida de complicaciones durante la estimulación cardiaca: fallo de captura o detección, dislocación o rotura de electrodo, desprendimiento de generador o de electrodo y perforación cardiaca. Variables evolutivas: horas de estimulación en UCI/Agudos de Cardiología y en planta de hospitalización.

Resultados: Se han incluido 14 pacientes entre los 2 centros: 5 TAVI, 4 BAV completo, 2 ablaciones septales alcohólicas, 2 síndromes bradicardia-taquicardia, 1 FA lenta. Durante los primeros 16 días, cada 48 horas, las medias de detección de R fueron 9,4-10,5-11,5-10,1-11,7-11,3-14,2-14,3-14,9 mV; las medias de impedancia 740-572-615-608-619-602-603-606-620 Ohm y las medias de umbrales 0,6-0,6-0,5-0,6-0,5-0,4-0,6-0,5-0,4V a 0,4 ms. Se registró una dislocación del electrodo por episodio de agitación a los 25 días de tratamiento sin repercusión clínica. La duración media de la estimulación fue de 8,7 días (el 75,1% del tiempo en planta de hospitalización sin restricciones de movilidad).

Conclusiones: La estimulación cardiaca temporal con electrodos de fijación activa es una terapia efectiva y segura, que permite su uso en planta de hospitalización. La agitación y desorientación pueden ser factores de riesgo para complicaciones asociadas al uso de dispositivos externos. El sistema KronoSafe® aporta la seguridad necesaria para realizar este tipo de estimulación cardiaca.

Financiado por: European Institute of Technology and Innovation (EIT Health) Beca de la Asociación del Ritmo Cardíaco para la Investigación 2023-2024 de la Sociedad Española de Cardiología.

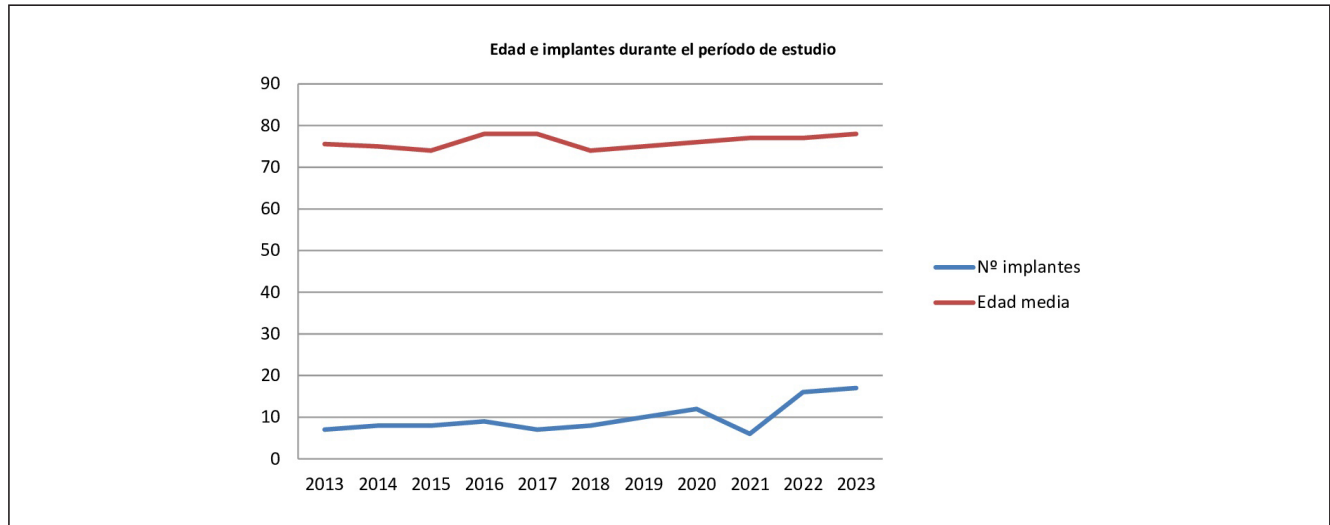
567. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN ESTIMULACIÓN EXTERNA TRANSVENOSA TRANSITORIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 10 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Brito Piris JA, Cueto Quintana PF, Garrido Benedicto PM, Busquets Pou A, Barahona Cofin I, Rovira Anglés C, Parra Castillo A, García Mañosa E, Malpica Basurto K y Vallverdú Perapoch I

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: La estimulación temporal mediante dispositivo de inserción externa transvenosa es una técnica muy empleada en la Unidad de Cuidados Intensivos. En muchas ocasiones su inserción se lleva a cabo en

Figura Póster 567



situaciones de extrema urgencias, por lo que no es una técnica exenta de complicaciones. El objetivo de nuestro estudio es analizar las características y el perfil de nuestros pacientes, factores de riesgo e indicaciones más frecuentes.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes (mayores de 18 años) ingresados en la una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente del Hospital Sant Joan de Reus en el periodo comprendido entre enero de 2013 hasta octubre de 2023. Se incluyen 108 pacientes. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo), factores de riesgo, debut clínico, indicaciones, vías de acceso y datos del procedimiento de implante. Se presentan las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas con media y desviación estándar.

Resultados: Del total de pacientes ingresados con necesidad de estimulación externa finalmente, se implantó dispositivo externo transitorio (marcapasos) a 108 pacientes. De los dispositivos implantados el 63,9% eran hombres. La media de edad de la muestra era 73,5 años (DE $\pm 12,1$ años). El 78,7% tenía hipertensión arterial, 46% dislipemia, 38% diabetes mellitus tipo 2 y el 20,4% fibrilación auricular. Un 26% tomaban algún fármaco cronotropo negativo y un 4,3% se presentó en el contexto de infarto agudo de miocardio. En cuanto a la clínica más frecuente fue síncope (38%) y un 12,5% sufrió traumatismo craneal leve. La causa más frecuente de implante de marcapasos BAV completo 70,4%, seguido del 11,1% BAV 2º tipo 2 y un 9,3% por fibrilación auricular lenta. El 100% fueron implantados por Médico Intensivista. Se observa un incremento en el implante de dispositivo externo de estimulación en los últimos años y un aumento en la media de edad. Fallecieron 8 pacientes (7,4%).

Conclusiones: En nuestra muestra poblacional se objetiva que precisan más estimulación temporal los hombres (63,9%), con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus). La clínica más habitual fue síncope o clínica de mareos. La tendencia es a un aumento en la necesidad de estimulación temporal acompañada de un mayor envejecimiento poblacional.

568. ¿QUÉ OCURRE CON LOS MARCAPASOS TRANSITORIOS QUE SE INSERTAN EN NUESTRA UNIDAD? ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LAS COMPLICACIONES Y LA MORTALIDAD

Brito Piris JA, Cueto Quintana PF, Barahona Cofin I, Busquets Pou A, Garrido Benedicto PM, Rovira Anglés C, Parra Castillo A, García Mañosa E, Enríquez Rodríguez R y Vallverdú Perapoch I

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: La estimulación cardíaca temporal en las UCI es una técnica habitual. El envejecimiento de la población y las comorbilidades hacen que no sea una técnica exenta de complicaciones. El objetivo de nuestro trabajo es analizar los factores relacionados con las complicaciones, lugares de inserción y mortalidad mediante un análisis multivariado.

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico de los pacientes ingresados en una UCI polivalente del Hospital Sant Joan de Reus en el perio-

do comprendido entre enero de 2013 hasta octubre de 2023. Se incluyen 108 pacientes. Se analiza lugar de inserción, complicaciones (hematoma, agitación psicomotriz, infección y disfunción del cable) y la mortalidad. La sospecha de infección se define como fiebre y aumento de reactantes con o sin aislamiento microbiológico posterior en cultivos durante el periodo desde su inserción hasta su retirada. La distribución normal de las variables se determinó con la prueba Kolmogórov-Smirnov. La comparación de variables dicotómicas se realizó con la t de Student o Mann-Whitney. La asociación de los factores de riesgo y las complicaciones se estudió mediante análisis multivariado con regresión logística.

Resultados: De nuestra muestra poblacional de 108 pacientes, fallecieron 8 pacientes (7,4%). Los lugares de inserción por orden de frecuencia, 64,8% abordaje yugular, 32,4% subclavia y 2,8% femoral. La duración media del dispositivo fue de 3 días (DE $\pm 3,1$). Un 20,4% de los pacientes presentó alguna complicación (20 pacientes): dislocación del dispositivo un 14,8%, agitación psicomotriz 10,2%, infección asociada 10,2% y hematoma 2,8%. No hubo ningún neumotórax. Obtenemos que los pacientes con marcapasos durante más de 3 días se asocian a más infecciones (p 0,001) y dislocación del catéter (p 0,025). No se obtiene relación significativa entre las complicaciones y la mortalidad. No hay diferencia en las complicaciones entre yugular y subclavia. Sin embargo, todas las inserciones por femoral presentan alguna complicación (p 0,01). El análisis multivariante identificó como factor predictor de todas las complicaciones mayor duración del marcapasos. En cuanto a la agitación se observa que aumenta con la edad.

Conclusiones: Se obtiene una mortalidad del 7,4%. Los pacientes con estimulación mayor a 3 días presentan más complicaciones infecciosas y dislocación del catéter de forma significativa. Todos los abordajes por femorales presentan complicación. En el análisis multivariado se obtiene que a mayor duración de marcapasos aumentan todas las complicaciones. A mayor edad y duración de marcapasos aumenta la agitación.

569. PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS EN EL HOSPITAL DE TORTOSA: COMPLICACIONES Y FACTORES DE SUPERVIVENCIA

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

Objetivos: En los últimos años, el aumento de la esperanza de vida ha permitido que pacientes de mayor edad sean subsidiarios de tratamiento con implante de marcapasos. El objetivo de este estudio fue describir las características de los pacientes de nuestro centro y la adecuación con los estándares publicados, identificar complicaciones, analizar la mortalidad y generar datos para mejorar los protocolos hospitalarios en estos procedimientos.

Métodos: Es un estudio retrospectivo y descriptivo. Se recogieron datos de 2103 pacientes en nuestro centro de 2004 a 2022. Se describen las variables demográficas, características del implante, complicaciones

y mortalidad. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS v.24, y se describen medidas de tendencia central y comparación de medias con chi-cuadrado.

Resultados: En nuestros pacientes, el 59% eran hombres y la edad media es 78 años. El 69% fueron primoimplantes y el 52% se colocaron de urgencia (tabla 1). El promedio de edad de implantes bicamerales fue de 72 años, y unicamerales de 83 años. En los pacientes sintomáticos, lo más frecuente fue el síncope (32%) y las principales alteraciones del ritmo fueron el bloqueo auriculoventricular (BAV) (41%) y la fibrilación auricular (FA) lenta (14%) (tabla 2). Todo lo anterior coincidiendo con lo reportado en la literatura. Se observaron complicaciones post implante en 170 casos, la mayoría relacionados con desplazamientos del electrocatéter que requirieron de recolocación (2,8%) (tabla 3). La media de supervivencia es de 7,5 años, y la causa de *exitus* más frecuente fue la insuficiencia cardíaca (4%). En el análisis, el *exitus* se relacionó con el implante de urgencia (p 0,004), edad > 75 años (p 0,000), el tipo de marcapasos, más frecuente en VVI (p 0,000) y en pacientes con complicaciones (p 0,009). Las complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en pacientes inicialmente sintomáticos (p 0,000).

Tabla 1. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Sexo (Hombre)	1258 (59,8%)
Edad (media: 78 años)	
- Edad > 85 años	516 (24,5%)
Tipo de técnica:	
- Primo implante	1452 (69,1%)
- Recambio	371 (17,6%)
- Otro	278 (13,2%)
Tipo de procedimiento:	
- Programado	996 (47,4%)
- Urgencia	1106 (52,6%)
Tipo de Marcapasos	
- Unicameral	1211 (60,7%)
- Bicameral	632 (40,3%)
Complicados	170 (8%)
- Complicación atribuible al implante.	124 (72,9%)
No complicados	1932 (92%)
Exitus	812 (61,2%)
Estancia hospitalaria (días)	3,96 (DE +/- 5,74)
Tiempo desde el MCP al exitus (años)	7,5 (DE +/- 0,34)

Tabla 2. SÍNTOMAS Y ALTERACIONES DEL RITMO

SÍNTOMAS	
Síncope	678 (32,3%)
Asintomático	674 (32,1%)
Disnea	389 (18,5%)
Presíncope	279 (13,3%)
Parada cardíaca	17 (0,8%)
Dolor torácico	13 (0,6%)
Otros	51 (2,4%)
RITMO EN EL ECG	
Bloqueo AV	866 (41,2%)
- 2 grado	364 (17,3%)
- 3 grado	502 (23,8%)
Fibrilación auricular con bradicardia	311 (14,8%)
Enfermedad del nodo sinusal	168 (8%)
Bloqueo de rama	136 (6,5%)
Disfunción de marcapasos	86 (4,1%)
Taquicardia auricular	5 (0,2%)
Dispositivo normofuncionante (recambios)	415 (19,7%)
Otros	115 (5,5%)

Tabla 3. COMPLICACIÓN RELACIONADA AL MCP

Recolocación	58 (2,8%)
Infección	21 (1%)
Reintervención por umbral	12 (0,5%)
Fallo P en MCP bicameral	10 (0,5%)
Taponamiento	7 (0,3%)
Hematoma	3 (0,1%)
Ninguno	1930 (91,8%)
Otros	50 (2,3%)

Conclusiones: Los pacientes > 70 años son el grupo mayoritario subsidiario de implante de marcapasos. La mortalidad en pacientes con VVI, se explica por la mayor edad en este grupo de pacientes. Con este trabajo, intentamos contribuir a la comprensión de desafíos y oportunidades en la gestión de pacientes con marcapasos, ofreciendo una base investigar y desarrollar herramientas que nos permitan identificar pacientes de mayor riesgo y mejorar nuestra práctica clínica.

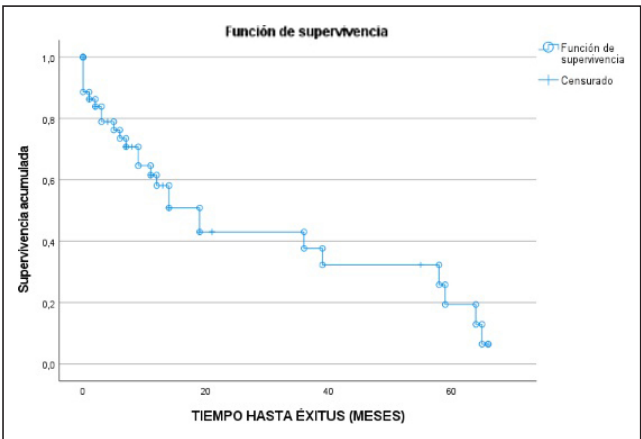
570. SUPERVIVENCIA DE PACIENTES NONAGENARIOS TRAS IMPLANTE DE MARCAPASOS

Borge Rodríguez G, Pérez Caballero FL, Luque Mármol E, Benítez Morillo MF, Peña Luna IM, Tejada Ruiz FJ, Toledo Gutiérrez M, Lardelli Picallos S, Rey Barreiro U y González Cárdenas M

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

Objetivos: Primario: valorar la supervivencia de los pacientes cuyo implante de marcapasos se realizó siendo mayores de 90 años, relación con factores de riesgo cardiovascular (FRCV), uso de estimulación de emergencia, inotropos e institucionalización del paciente. Secundarios: determinar la epidemiología muestral, tipo de bradiarritmia, dispositivos implantados y los valores eléctricos de estos.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, donde se obtuvieron los datos del registro de marcapasos de nuestra unidad desde enero 2017 a diciembre 2023 y por acceso a las historias clínicas. Utilizamos como herramienta para el análisis estadístico el programa SPSS (análisis de Kaplan-Meier y chi-cuadrado).



Resultados: Recopilamos 44 pacientes de más 90 años con implante de marcapasos. De los que 66% fueron mujeres con edad media de 91,5 años. La muerte antes del año ocurrió en un 34,1% (1/3 < 1 mes del implante). Se establece la curva de supervivencia según el análisis de Kaplan-Meier (fig.). Las causas más frecuentes de muerte fueron senectud, infecciosa, I. cardíaca. La institucionalización del paciente ni la edad en el implante fueron estadísticamente significativas (p 0,11; p 0,97). Los FRCV valorados fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia siendo esta última la única con relación significativa con la muerte (p 0,02). No alcanzó significación estadística la presencia de FA. Las indicaciones de estimulación fueron bloqueos auriculoventriculares 70,5%, Enfermedad del nodo y otros 9,1% y FA 20,5% implantándose 97% de casos generador SR. con valores medios del implante: umbral de amplitud de 0,96 V e impedancias 842 Ohm. La estimulación de

emergencia o el uso de inotropos no presentaron significación estadística (p 0,16).

Conclusiones: Un porcentaje no desdeñable de pacientes no sobrevivió al año del implante, incluso al primer mes, no pudimos establecer relación con FRCV, institucionalización o estimulación de emergencia con el desenlace, por ello valoramos múltiples factores y el estado de fragilidad del anciano como precipitante, no siendo la causa de muerte principal la cardiaca; por ello la información a familia en los procedimientos invasivos será muy cuidadosa, ya que la supervivencia puede no ser la esperada en su entorno. Serán precisos nuevos estudios para aumentar la potencia de nuestros resultados.

571. ESTUDIO FROZEN: FRÍO LOCAL COMO PROFILAXIS DEL HEMATOMA POSQUIRÚRGICO EN CIRUGÍA DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDIACA

Díaz Suárez LDM¹, Hernández Viera MA¹, Gómez-Lama Revilla JM¹, Jiménez Merino O¹, Tout Castellano M¹, García Biosque Rodríguez J¹, Lübke Vázquez CF¹, Brito García M¹, Saavedra Santana P² y Ruíz Santana S¹

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

Objetivos: Valorar la eficacia del frío local como método profiláctico de la incidencia de hematomas.

Métodos: Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado prospectivo simple ciego para comparar el manejo clásico perioperatorio de la herida quirúrgica mediante compresión local con o sin frío local para disminuir la incidencia de hematomas tras el implante/recambio de dispositivos de estimulación cardiaca. La recogida de datos se realizó durante un tiempo estimado de 2 años, para conseguir 600 pacientes en total. A los pacientes del grupo de estudio se les aplicó frío local y presión en la zona de la intervención, y a los pacientes del grupo control solo se les aplicó presión local. En ambos grupos se realizó una compresión manual cada 4 horas durante 20 minutos durante las primeras 24 horas. Se registraron variables demográficas y relacionadas con el procedimiento, comorbilidades, tiempo de ingreso, evolución, identificación de hematomas, datos de la intervención y complicaciones perioperatorias. Según la evolución, se procedió al alta a planta de hospitalización, Urgencias o a domicilio. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes. Las variables continuas como media y desviación estándar (DE) cuando los datos siguen una distribución normal, o como mediana y rango intercuartílico (IQR = percentil 25-75) cuando la distribución se sale de la normalidad. Los porcentajes se compararon, según correspondiera, mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher, las medias mediante la prueba t y las medianas mediante la prueba de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se fijó en p < 0,05.

Resultados: El número total de pacientes evaluables fue de 536; 272 en el grupo de estudio y 263 en el grupo control. La aleatorización con-

dujo a grupos homogéneos en cuanto a comorbilidades, cardiopatía y clase funcional expresada mediante la escala de la NYHA. En el 90,9% no presentó hematoma y estos porcentajes fueron similares en ambos brazos del estudio (p = 0,825).

Conclusiones: La aplicación de frío local tras el implante de un dispositivo de estimulación cardiaca no disminuye de forma significativa la incidencia de hematomas. El frío local no es aconsejable para la profilaxis de hematomas posimplante de dispositivos de estimulación cardiaca.

572. ¿SON LOS MARCAPASOS BICAMERALES DE DOS CABLES (DDD) MÁS SENSIBLES QUE LOS DE UN SOLO CABLE (VDD)?

Montes Valverde I¹, Robles Musso MDM², Alonso Marín A¹, Gómez de Oña J¹ y Viciano Giménez A¹

¹Hospital Universitario de Poniente, Almería, ²Criticallab CTS 609, Almería.

Objetivos: Comparar la señal de la detección auricular (DA) y su variación temporal en marcapasos VDD y DDD.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron 487 pacientes con implante de VDD o DDD por bloqueo AV entre 2014 y 2021, en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) y en el Hospital Universitario Poniente de Almería (HUPA), recogiendo variables clínicas y analíticas y eventos en la evolución, comparando los grupos mediante análisis uni y multivariante de Cox y Kaplan-Meier. Criterios de inclusión: marcapasos VDD y DDD implantados entre 2014 y 2021 y a los que se les realizó seguimiento al menos 12 meses tras el implante. Criterios de exclusión: Pacientes con enfermedad del nodo sinusal o fibrilación auricular en el momento del implante y recambios de marcapasos implantados anteriormente.

Resultados: Los pacientes con VDD fueron de mayor edad y prevalencia de factores de riesgo. Los pacientes con marcapasos VDD tuvieron mediciones de onda P de menor voltaje al implante (p < 0,05). En la evolución, existió una reducción del voltaje auricular en VDD, frente a los DDD. Ello conllevó mayor pérdida de DA en el grupo VDD.

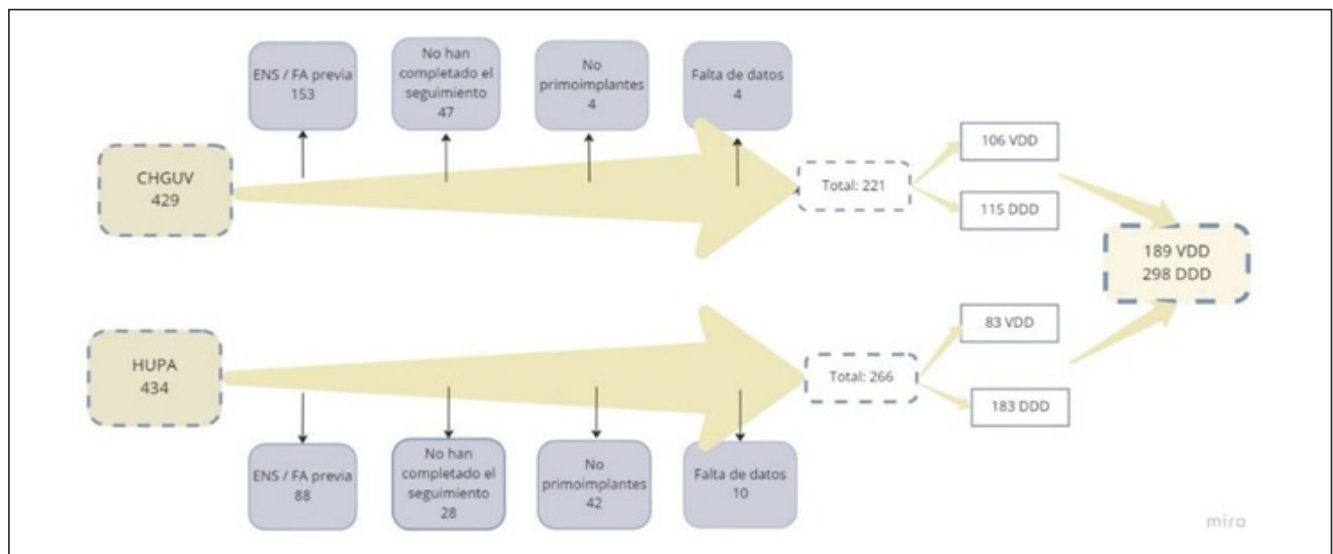
Conclusiones: La edad y el antecedente de FA son los factores más relevantes para implantar marcapasos VDD vs. DDD. La amplitud de la onda P conseguida en el implante es significativamente menor en los sistemas VDD que en los DDD y tiende a reducirse durante el seguimiento.

573. ESTUDIO PILOTO RHIMTEC: SERVICIO DE SCREENING Y ANÁLISIS DE MONITORIZACIÓN REMOTA EN UNA UNIDAD DE MARCAPASOS

Gómez Lama Revilla JM¹, Díaz Suárez LDM¹, García Biosque Rodríguez J¹, Tout Castellano M¹, Hernández Viera A¹, Saavedra Santana P² y Ruíz Santana S¹

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

Figura Póster 572



	Total			NORMALES			ALARMAS		
	Control N = 769	Study N = 911	p. value	Control N = 590	Study N = 457	P-value	Control N = 178	Study N = 439	P-value
Platform-Value	32.2 (14.2; 60.9)	21.4 (12.6; 47.9)	< 0.001	32.6 (16.3; 66.1)	20.7 (14.9; 48.6)	< 0.001	31.1 (9.6; 57.7)	22.4 (11.1; 45.6)	0.309
Platform-clinic	32.9 (14.6; 67.0)	31.4 (13.9; 61.2)	0.694	32.9 (16.5; 68.0)	25.4 (15.7; 65.0)	0.621	33.0 (10.0; 60.2)	32.1 (11.7; 58.4)	0.544

Data are medians (IQR)

TIEMPO DE ANALISIS SEGÚN PRIORIDAD POR ANALIZADOR

	EQUIPO DE ANALISIS			
	2	5	6	P-value
NORMALES	2.6 (1.9; 3.7)	4.7 (3.1; 5.6)	3.3 (2.9; 5.0)	0.001
ALERTAS	2.2 (1.0; 3.5)	3.1 (2.0; 6.1)	7.5 (4.9; 9.7)	< 0.001
ALARMAS	2.3 (0.8; 4.4)	2.1 (1.7; 2.5)	9.4 (9.4; 9.4)	0.265

Medianas (IQR)

Tiempos de actuación según decisión clínica

Grupo Casos

Alertas					
Final activity ER					
2	3	4	5	6	P-value
N = 91	N = 41	N = 35	N = 8	N = 13	
1.97	1.97	1.97	2.95	3.02	0.144
(1.26; 3.56)	(1.97; 3.63)	(1.97; 6.87)	(1.97; 3.93)	(1.97; 3.12)	

Data are medians (IQR)

Alarmas			
Final activity ER			
3	5	6	P-value
N = 9	N = 2	N = 8	
1.97 (1.02; 1.97)	0.85 (0.48; 1.25)	1.97 (1.97; 1.97)	0.051

Data are medians (IQR)

Grupo Control

Alertas					
Final activity ER					
2	3	4	5	6	P-value
N = 708	N = 23	N = 32	N = 4	N = 2	
2.4	4.3	4.1	3.0	11.6	< 0.001
(2.4; 3.3)	(3.2; 5.8)	(1.7; 5.2)	(2.9; 3.7)	(10.5; 12.7)	

Data are medians (IQR)

LEYENDA

- 2 No acción clínica
- 3 Vigilancia
- 4 Consulta Telefónica
- 5 Solución en próxima consulta
- 6 Cita presencial

Objetivos: Validación de modelo de gestión colaborativa en la monitorización remota (MR) de marcapasos por empresa externa a través de plataforma informática específica RHIMTeC. No inferioridad frente a seguimiento MR tradicional. Validación de protocolos de trabajo. Evaluación de tiempos de actuación, detección temprana de incidencias y asistencia sanitaria.

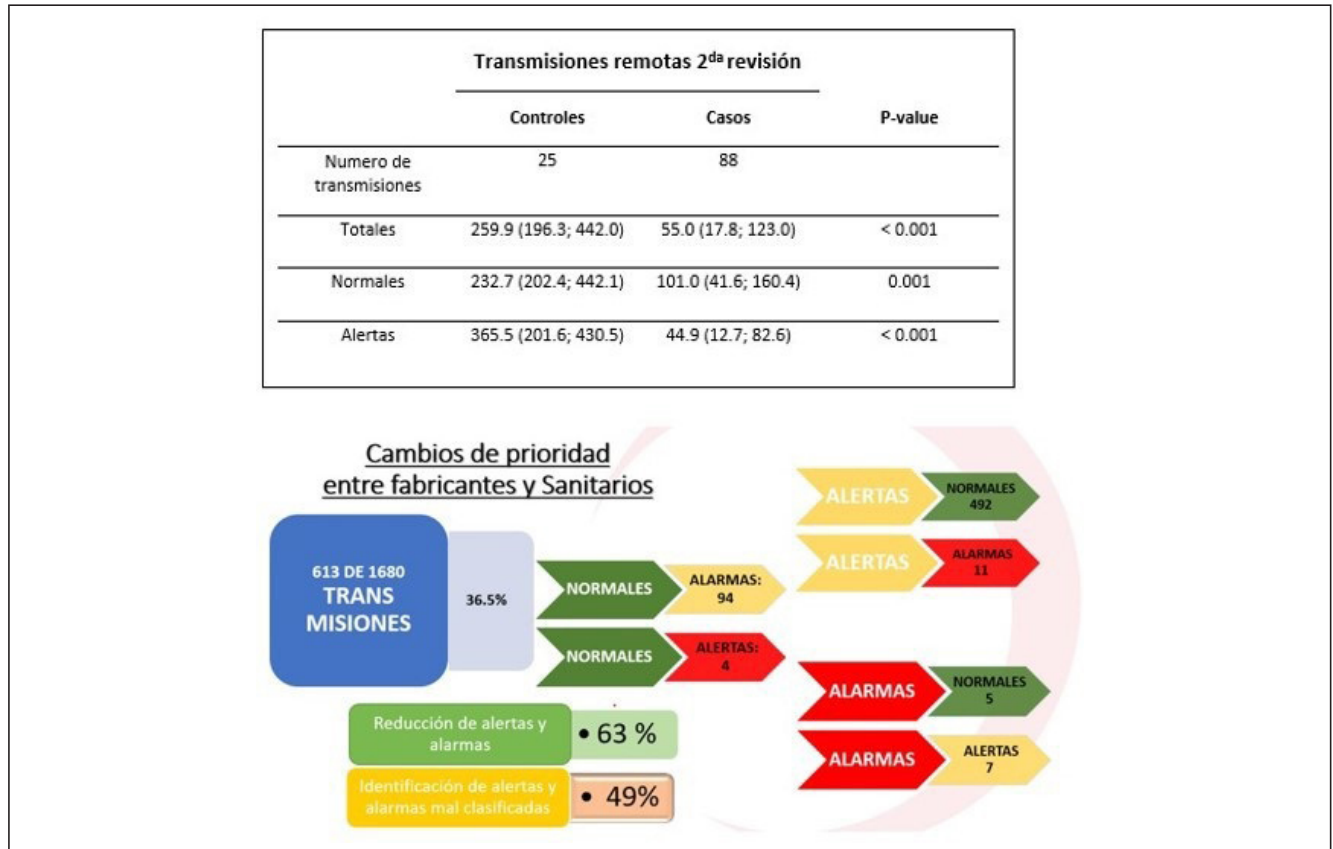
Métodos: Estudio casos-controles prospectivo, secuencial no aleatorizado, comparativo entre MR realizada por un profesional experto a tiempo completo versus gestión con *screening* y análisis externo con plataforma RHIMTeC. Fase de controles: recopilación de información de todas las transmisiones remotas (TR) recibidas del 12/10 a 9/12 de 2022. Fase de casos: Se implementó de protocolo específico de análisis de las TR por equipo asignado de nuestra Unidad, del 1/7a 31/8 de 2022, enviando informes de TR clasificados como alertas y alarmas a equipo receptor para su gestión clínica. Las TR sin hallazgos clínicos se volcaron a historia clínica electrónica.

Resultados: La plataforma RHIMTeC no presentó fallos en su funcionamiento. TR y los informes se gestionaron de manera adecuada. Los

tiempos desde la TR hasta su evaluación inicial se redujeron un 33%. Se observó una relación inversa entre los tiempos de análisis y la experiencia clínica del analizador, y directa con la actuación clínica precisada. Las TR de mayor prioridad precisaron segunda revisión con más frecuencia y los tiempos de decisión clínica en este subgrupo fueron menores en el grupo casos. El *screening* en el grupo casos cambió la prioridad inicial en el 36,5% de las TR, se redujo un 63% las alertas y alarmas e identificamos un 49% de ellas clasificadas mal por los sistemas de MR comerciales. Análisis estadístico: variables categóricas: frecuencias y porcentajes; variables continuas: media y DE o mediana y rango intercuartílico. Porcentajes se compararon con test chi-cuadrado o test exacto de Fisher, medias mediante t-test y medianas mediante test Wilcoxon. La significación estadística $p < 0,05$.

Conclusiones: Reducción significativa de tiempos desde la TR hasta la valoración inicial en casos versus controles. Los tiempos de valoración de las TR dependen significativamente de la experiencia del analizador y de la decisión clínica a tomar. El *screening* redujo significativamente las TR con alertas y alarmas. El 49% de las alertas y alarmas fueron mal clasifi-

Figura 2 Póster 573



cadav por los sistemas de MR comerciales. El *screening* y análisis de las TR por empresa externa colaborativa puede ser una alternativa viable para la gestión de la MR en las Unidades de Estimulación Cardíaca.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

CARDIOVASCULAR IV

11:05-11:25 - Pantalla 1

Moderador: Ignacio Pellín Ariño

574. ANÁLISIS DEL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO EN LOS PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Espinoza Portilla AM¹, López Ballester A², Tejeda Adell M¹, de León Belmar J¹, Micó Gómez ML¹, Romero Gómez B¹, Arlandis Tomás M¹, Gomar Vidal S¹, Cortés Navalón C¹ y Carrasco Jaureguizar MDC¹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: El volumen plaquetario medio (VPM) ha sido considerado un factor predictivo de riesgo de distintas patologías cardiovasculares. Por este motivo nos planteamos el siguiente objetivo. Comparar el volumen plaquetario medio de los pacientes supervivientes a los treinta días de ingreso hospitalario por tromboembolismo pulmonar (TEP) con el de los pacientes fallecidos en este mismo periodo.

Métodos: Diseñamos un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal. Consideramos como criterio de inclusión: pacientes ingresados en el hospital de Manises con el diagnóstico de TEP, excluyéndose aquellos casos en los que no pudieron obtenerse la totalidad

de los datos necesarios. El periodo de recogida de datos fueron los años 2017 a 2019. La normalidad de las variables cuantitativas se comprobó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. En la comparación de dichas variables se empleó la prueba paramétrica t de Student. Se estableció un umbral de mal pronóstico mediante la curva ROC.

Resultados: Analizamos 72 pacientes con una edad media de 65,4 años (DE: 16,5) siendo un 38,9% varones y un 61,1% mujeres. La mortalidad a los treinta días fue del 13,9%. De los 10 fallecidos, 8 lo fueron en el centro hospitalario y dos en domicilio. La tabla muestra los resultados comparativos entre supervivientes (30 días) y fallecidos del VPM. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el recuento plaquetario entre fallecidos y supervivientes. De acuerdo con la curva ROC el valor del umbral que indicaría un mal pronóstico se establecería en torno a 10,0 fl. Este valor proporcionaría una sensibilidad del 70% y una especificidad del 74%.

	Supervivientes	Fallecidos	p
Recuento plaquetar (fL)	9,2 ± 1,3	10,0 ± 1,3	0,07

