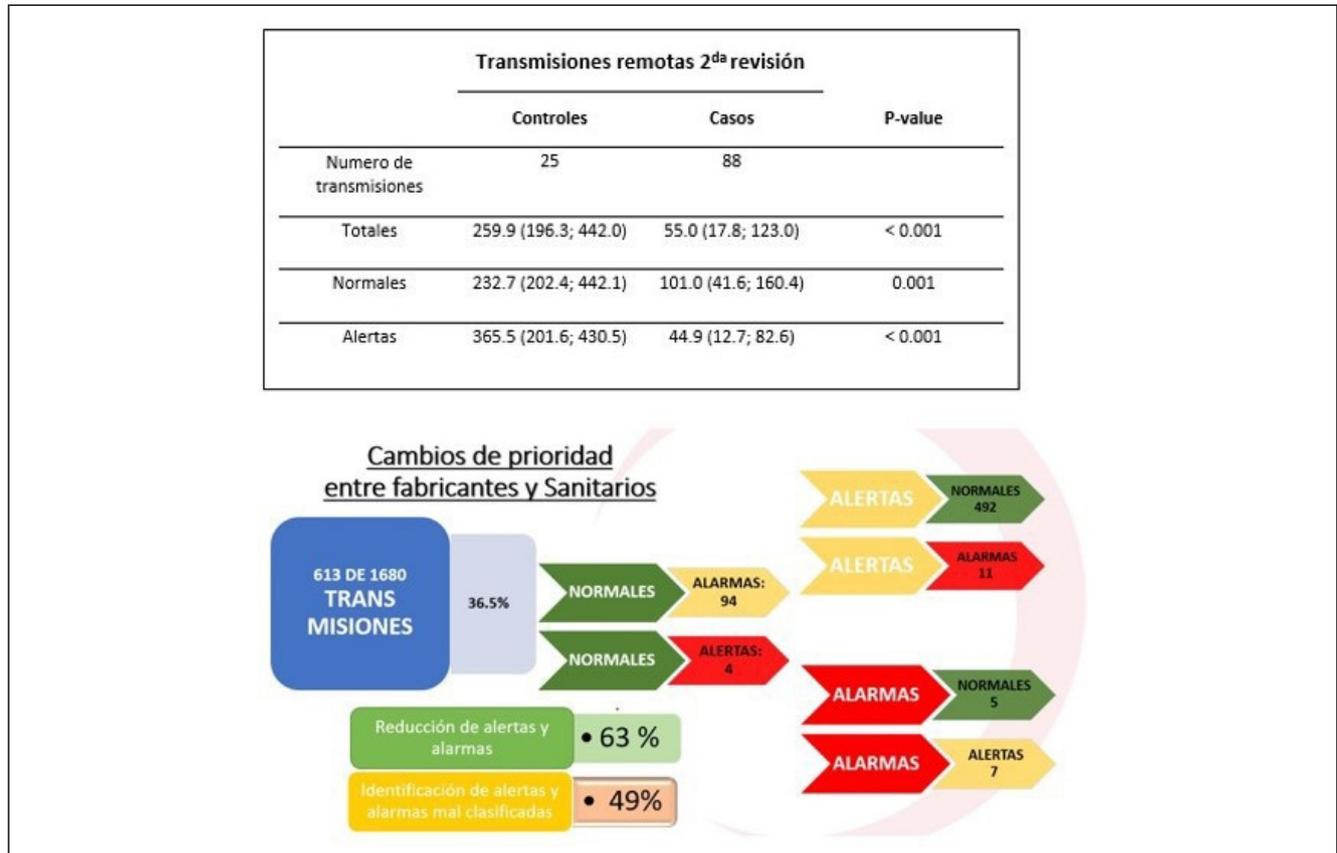


Figura 2 Póster 573



cadadas 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.

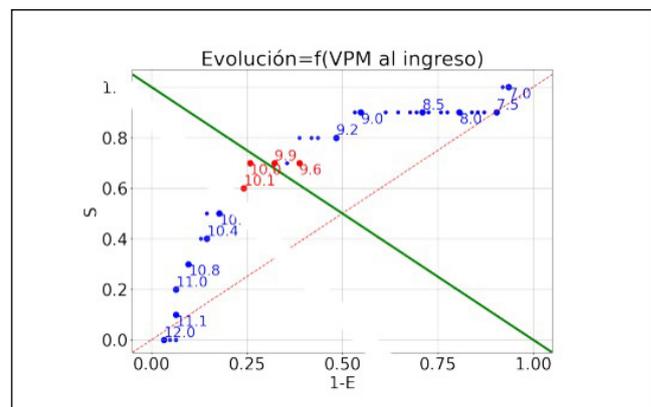
Objetivos: El volumen plaquetario medio (VPM) ha sido considerado un factor predictivo de riesgo de distintas patologías cardiovasculares. Por este motivo nos planteamos el siguiente objetivo. Comparar el volumen plaquetario medio de los pacientes supervivientes a los treinta días de ingreso hospitalario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



Conclusiones: Los pacientes supervivientes a los 30 días de su ingreso hospitalario con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar presentaron un volumen plaquetario medio menor (9,2 fl vs. 10) con un nivel de confianza del 93% (p: 0,07). La curva ROC correspondiente concluye que el valor umbral que indicaría un mal pronóstico quedaría establecido en un VPM de 10,0 fl con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 74%.

575. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UMI DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO TRAS IMPLANTE DE TAVI

Camino Ferró H, Vilella Llop L, Mainar Gil I, Íñiguez de Diego A, Gómez Camino S y Chicote Álvarez E

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

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en UMI (Unidad de Medicina Intensiva) tras implante de TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*). Evaluar la evolución y las complicaciones. Determinar la frecuencia de trastornos de conducción y necesidad de implante de marcapasos definitivo durante el ingreso hospitalario.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal. Se recogieron los datos de todos los pacientes ingresados en UMI tras implante de TAVI desde el inicio de esta técnica en nuestro hospital, en julio de 2020; y se realizó análisis descriptivo de los datos obtenidos. Se estudiaron variables respectivas a comorbilidades previas de los pacientes, y también variables relacionadas con complicaciones y evolución durante el ingreso. Se analizó la mortalidad.

Resultados: El implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) se ha convertido en el tratamiento de elección de la estenosis aórtica en pacientes de riesgo quirúrgico entre alto y moderado. Desde julio de 2020 hasta diciembre de 2023 se registraron un total de 49 pacientes que ingresaron en la UMI del hospital San Pedro tras implante de TAVI. Los pacientes registrados fueron 31 hombres (63,26%) y 18 mujeres (36,74%), con una edad media de 81,48 años. Se analizaron comorbilidades previas: 41 pacientes (83,67%) tenían diagnóstico previo de hipertensión arterial, 17 (34,69%) tenían fibrilación auricular, 7 (14,28%) enfermedad renal crónica, 34 (69,38%) dislipemia, 21 (42,85%) diabetes mellitus. 11 pacientes (22,44%) presentaban un trastorno de conducción previo. 22 pacientes (44,89%) presentaron trastornos de la conducción durante su ingreso en UMI. De ellos, 7 pacientes (14,28% del total) precisaron implante de marcapasos definitivo durante su ingreso. Durante el ingreso en UMI, 3 pacientes (6,12%) precisaron ventilación mecánica, 6 pacientes (12,24%) precisaron tratamiento vasopresor con noradrenalina. Como complicaciones, un paciente (2%) presentó taponamiento cardiaco, y 3 pacientes (6,12%) presentaron complicaciones hemorrágicas. La media de días de ingreso fue de 2,12 días. Fallecieron 2 pacientes (4% del total).

Conclusiones: Desde que se inició la técnica en nuestro hospital se registraron 49 pacientes, con una media de edad de 81,48 años. La hipertensión fue la comorbilidad más frecuentemente objetivada, seguida de dislipemia, diabetes, fibrilación auricular, y enfermedad renal crónica. 22 pacientes presentaron trastorno de conducción durante el ingreso. De ellos, 7 precisaron implante de marcapasos definitivo. Las complicaciones fueron poco frecuentes.

576. MOVILIZACIÓN PRECOZ EN LA UCI EN PACIENTES INGRESADOS POR TEP

Iriondo Irigoras I, Sánchez-Bayton Griffith M, Martínez Ordás S, Rivas Gómez R, Corera Cía C y Lencero Parra E

Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya.

Objetivos: Las guías actuales no concretan el tiempo de reposo a realizar en pacientes hospitalizados con TEP. El objetivo del estudio es valorar las complicaciones asociadas a la movilización precoz al sillón (2-3 días desde el inicio de la anticoagulación).

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes ingresados con TEP en UCI desde octubre del 2020 hasta octubre de 2023 (n = 59).

Resultados: En cuanto a la descripción de la muestra, un 59,3% (35) eran varones, con una media de edad 62 ($\sigma = 13$), media de IMC 30,5 ($\sigma = 9,5$). El 18,6% (11) eran fumadores, un 10% (6) tenían antecedentes de TEP o TVP, se considera que un 22% (13) tenían antecedentes de inmovilización o sedentarismo, un 5,1% (3) fueron operados 4 semanas previas al TEP, 1 paciente tenía antecedente personal y familiar de trombofilia, un 8,5% (5) tenían enfermedad oncohematológica, un 6,8% (4) se encontra-

ban previamente anticoagulados, 3,4% (2) tomaban anticonceptivos y 1 paciente portaba un acceso vascular central. La media de tiempo de inicio de los síntomas fue de 1,65 días ($\sigma = 3,35$), siendo la disnea en un 79,7% (47) el más frecuente, seguido de síncope en un 28,8% (17) y dolor torácico en un 15,2% (9). Hubo 2 casos de PCR y uno de hemoptisis. Mediana de PESI 89 (RIC25-75: 73,73-109,75). Se detecta TEP central o acabalgado en un 89,8% (53) de los TAC, dilatación de VD por ETT en un 79,7% (47), con un VD disfuncionante en un 66,1% (39) de los casos. TnT con mediana de 81 ng/L (RIC25-75: 43-137) y proBNP 1873 (RIC25-75: 470-3.899). Se objetivó TVP en el 67,8% (40) de los pacientes, siendo proximal en el 49,1% (29). Un 79,7% (47) de pacientes se levantaron durante su estancia en UCI con una media de 2,28 ($\sigma = 0,58$) días desde el inicio de la anticoagulación. Se registraron complicaciones al levantar a 1 paciente en forma de insuficiencia respiratoria leve. La mediana de estancia fue de 2 días (RIC 25-75: 2-3) y la mortalidad en UCI de 5,1% (3).

Conclusiones: Se levantó precozmente a gran parte de los pacientes ingresados en UCI, pese a tener en la mayoría de los casos una elevada carga trombótica con afectación de VD, sin apreciarse complicaciones. Se necesitan más estudios para establecer el momento oportuno de movilización.

577. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DISPOSITIVOS PICC/LM CANALIZADOS

Ballarín Audina T, Díaz González C, García Sampredo A, Antuña Braña MT, López de Mesa C, González Vega L, Balboa Palomino S y Tuya de Manuel P

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Describir las características de los catéteres canalizados (PICC/LM) por nuestro servicio en pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Cabueñes.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye los catéteres centrales de inserción periférica canalizados por nuestra unidad de abril de 2023 a noviembre de 2023. Descritos datos epidemiológicos y evolutivos. La normalidad de las variables se analiza con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las variables se expresan como media (DE) o mediana (mínimo-máximo). Las variables cualitativas se expresan como porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 67 pacientes. Se colocan 61% PICC y 39% LM. Mediana de edad 70 años (17-92). Mujeres 52,2%. El diagnóstico principal por el que se coloca acceso vascular es sepsis en un 50,7%, seguido de neoplasias en 14,9% y endocrinopatías en 10,4%. Servicio donde más se solicitó el catéter: 54% UCI, 18% Digestivo, 10,4% Medicina Interna/Infecciosas, 9% Cirugía General, 3% Cardiología y un 1,5% Neumología, Hematología, Oncología y Nefrología. Motivo de inserción: mal acceso vascular 41,8%, indicación de facultativo 29,9%, NPT 16,4%, infección de catéter previo 7,5% y recambio por complicación mecánica 4,5%. En cuanto al calibre, el 65,7% fue de 5Fr. 79,1% de 2 lúmenes. Vena de colocación basilica 74,6%, braquial 22,4% y cefálica 3%. Predominio en lado derecho con 79,1%. Localización de la punta de catéter: un 38,8% en zona axilar, 33% unión C-A, 10,4% VCS, 4,5% yugular, un 9% aurícula derecha y 1,5% 3 subclavia, VD e innominada. Un 4,5% presentaba coagulopatía y un 9% trombopenia. Complicaciones en la inserción en un 13%, la más frecuente hematoma local 88% seguido de mala colocación del catéter en un 9% e incapacidad para progresión de catéter en un 3%. Éxito en la inserción 97%. Número de pinchazos con una mediana de 1 (1-5). Número de días implantado mediana de 7 (53-0). Causa de retirada del catéter: 42% alta domiciliaria, 12% *exitus*, 15% finalización del tratamiento y 10,4% problemas mecánicos, mala colocación, sospecha de sobreinfección y retirada accidental en un 1,5%. Un 1,5% permanece activa.

Conclusiones: Nuestro servicio canaliza mayoritariamente PICC en la propia Unidad. Fuera de UCI la principal causa de solicitud de PICC o LM es el mal acceso vascular y principalmente en pacientes sépticos y con neoplasias. Es una técnica segura con pocas complicaciones.

578. FACTORES MÁS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO

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

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

Objetivos: Analizar las características y factores más habitualmente presentes en pacientes fallecidos por *shock* cardiogénico en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio ambispectivo observacional realizado en 62 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Torrecárdenas de Almería con diagnóstico de *shock* cardiogénico desde enero 2019 hasta septiembre de 2023. Para evaluar las variables categóricas se ha utilizado el test de χ^2 . En casos en los que la frecuencia esperada era inferior a 5 se ha utilizado el test de Fisher.

Resultados: Del total de pacientes: 27 (43,5%) continúan vivos y 35 (56,5%) fallecieron (48,4% durante el ingreso en UCI, 3,2% en planta y 4,8% tras el episodio). Durante las primeras 24 horas fallecieron un total de 10 pacientes (16,7%): 3 en las primeras 6 horas, 1 en las siguientes 6 horas y 6 en las 12 horas restantes. De los pacientes fallecidos en los 30 primeros días, un 60% presentaron un infarto anterior, mientras que en no fallecidos, este mismo estuvo presente en el 33,33%, ($p = 0,03$). La clínica más asociada a mortalidad fue la anuria, presente en un 26,7% de pacientes fallecidos durante los 30 primeros días y en un 6,2% de no fallecidos en ese mismo periodo ($p = 0,04$). En relación al uso de fármacos vasoactivos, un 96,7% de pacientes fallecidos durante su estancia en UCI requirieron noradrenalina al ingreso frente a un 5% de no fallecidos, resultados significativos con $p = 0,02$. Durante los 30 primeros días, requirieron noradrenalina un 97,14% de fallecidos y un 70,37% de no fallecidos, obteniendo una p de significación de 0,007.

Conclusiones: Del total de pacientes ingresados en nuestra UCI por *shock* cardiogénico, fallecieron un 56,46%. La proporción de pacientes con infartos de localización anterior es mayor en pacientes fallecidos a los 30 días de ingreso en UCI que en no fallecidos. La proporción de pacientes con anuria en las primeras 24 horas de clínica es mayor en fallecidos a los 30 días que en no fallecidos. Fue mayor el porcentaje de pacientes fallecidos intra-UCI y a los 30 días que requirieron soporte vasoactivo con noradrenalina que el de no fallecidos.

579. FOTOGRAFÍA DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SHOCK CARDIOGÉNICO EN MÁLAGA. ¿HA INFLUIDO EL DOCUMENTO DE EXPERTOS DEL CÓDIGO SHOCK CARDIOGÉNICO EN EL ÁREA SANITARIA DE MÁLAGA?

Nuevo Ortega P, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R, Peregrina Caño E y Esteche Fonca MA

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

Objetivos: Analizar si la publicación del documento de expertos sobre el Código *Shock* Cardiogénico ha influido y de qué manera en el manejo de los intensivistas en los distintos centros de nivel 3, nivel 2 o de ámbito privado del área sanitaria de la provincia de Málaga, así como el traslado interhospitalario.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de la información obtenida mediante el cuestionario previamente diseñado de 10 preguntas. Se les hace llegar a los intensivistas de Málaga (incluyendo H. Costa del Sol, H.U.R. Carlos Haya, H.U. Virgen de la Victoria, H. Antequera, H.S de Ronda, H. Axarquía así como al ámbito privado: H. Quirón, HLA y clínica S. Elena), responden de forma anónima a través de un enlace. El análisis se realiza con el paquete estadístico SPSS.

Resultados: Contestaron 55 intensivistas. El 61,8% había oído hablar del documento, pero lo han leído solo el 29,1%. Del total, el 72,7% trabaja en un hospital nivel 2; 20% nivel 3 y un 7,3% trabaja únicamente en hospitales privados. El 63,6% usa alguna escala para clasificar el *shock* cardiogénico (SC). El 65,45% de los encuestados presentaban en su centro sanitario soporte de ECMO, Impella o BClAO. Un 18,2% únicamente BClAO y un 14,5% no disponían de ningún tipo. El 81,8% habían indicado implante de soporte mecánico circulatorio en paciente en SC. Refieren haber trasladado a un paciente en SC para implante de soporte mecánico el 36,4% y al 80% de estos le ha resultado difícil. Lo relacionan 1° con una falta de protocolización para asentar la indicación del traslado; 2° falta de camas en el centro receptor; 3° imposibilidad de traslado por inestabilidad del paciente. El 29,1% considera, tras la publicación del documento, que ha cambiado su forma de manejar esta patología, así como la comunicación intercentros. Pero si consideramos solo aquellos que han leído el documento, la cifra aumenta hasta el 50%.

Conclusiones: La mayoría (70,9%) no han leído el documento, algunos más han oído hablar de él; por lo que tendríamos que divulgar con mayor éxito la existencia del documento. Casi un 33% refieren no disponer de soporte mecánico circulatorio o solo BClAO; pero han indicado en alguna ocasión un traslado el 36,4%. A la mayoría le ha resultado difícil; siendo la causa más frecuente una falta de protocolización para asentar la indicación del traslado seguida de falta de camas en el hospital receptor. Es por

ello que a pesar de los avances tecnológicos actuales para el manejo de estos pacientes, continúa existiendo una brecha interhospitalaria que podría perjudicar a los pacientes. Es necesaria la unificación de un protocolo interhospitalario y la formación de equipos de traslado.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VIII

11:05-11:25 - Pantalla 2

Moderador: Borja Suberviola Cañas

580. INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN EN LA TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA (TAVM) RESPECTO A LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV M) DURANTE EL PERIODO 2022-2023

Tua Hernández Y

Hospital de Sant Joan de Deu, Barcelona.

Objetivos: Si bien la infección respiratoria asociada a ventilación mecánica constituye la primera infección nosocomial en UCI, la diferencia entre la NAVM respecto la TAVM sigue generando controversia. En la actualidad se consideran ambas dos patologías diferenciadas si bien muy probablemente dentro del mismo espectro sindrómico. En el presente trabajo analizamos la incidencia, el consumo de antibióticos, estancia en UCI y hospitalaria, así como la mortalidad cruda en UCI y hospitalaria. Así mismo también se han diferenciado los años 2022 y 2023.

Métodos: Se han analizado de forma retrospectiva aquellas NAVM así como las TAVM entre los años 2022 y 2023. Se han considerado NAV aquellos pacientes en IOT por más de 48 h con imagen radiológica compatible descartándose enfermedad cardíaca primaria con al menos una de las siguientes condiciones: Fiebre > 38 °C, leucopenia o leucocitosis y al menos uno de los siguientes criterios en cultivo cuantitativo o 2 si es cualitativo: Aparición de esputo purulento, tos/disnea, auscultación sugestiva y/o deterioro del intercambio gaseoso. Para el diagnóstico de TAVM se ha considerado aquellos pacientes que no tienen evidencia radiológica de neumonía y que presentan los siguientes criterios: presencia de esputo, roncus y/o sibilancias y al menos uno de los siguientes: a) Cultivo positivo en broncoaspirado. b) Test de antígenos positivos en muestras respiratorias. Se han seleccionado las siguientes variables: edad, sexo, SAPS II, días de estancia hospitalaria y en UCI, consumo de antibióticos en UCI (días de uso de antibióticos y número total antibióticos administrado), mortalidad hospitalaria y en UCI.

Resultados: Se han diagnosticado 15 NAVM en 14 pacientes y 20 TAVM en 16 pacientes, entre los periodos de enero 2022 a diciembre 2023. Se han determinado los patógenos causales y comparado las variables descritas en la siguiente tabla. Se han comparado mediante análisis de U-Mann Whitney y multivariante. Han presentado una distribución homogénea respecto a edad, SAPS II, número de antibióticos. No se encontraron diferencias significativas entre NAVM vs. TAVM respecto la edad, sexo, gravedad al ingreso, número de días ingresado ni mortalidad. Si ha aparecido diferencias en la mortalidad en UCI del año 2022 respecto al 2023 ($p^* 0,025$).

	NAVM	TAVM
SAPS II	47.50 (34-58.25)	45 (33-62)
Edad	62.30 años	60 años
Gérmenes MRS	3 (21.42%)	8 (50%)
Días estancia UCI	23 (13-42)	24 (18-34)
Días estancia hospitalaria	32.50 (16.75- 81.25)	39 (23-57)
Días de tratamiento	25.50 (10-44.75)	16 (10-21)
Nº de antibióticos	4.50 (3-6.25)	4 (3-5)

Conclusiones: En nuestra serie las NAV y TAVM han presentado diferencia en mortalidad en UCI entre el 2022 y el 2023, posiblemente por la pandemia COVID-19, sin diferencias en consumo antibiótico, gravedad al ingreso ni sexo o edad.

581. IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA TÉCNICA DE PCR MULTIPLEX PARA NEUMONÍA

Carvalho Brugger S, Latorre Ibars R, Pujol Freire A, Bellés Bellés A, Bernet Sánchez A, Miralbés Torner M, Iglesias Moles S, Caballero López J y Vallverdú Vidal M

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Conocer el impacto de la implantación del panel de neumonía multiplex sindrómica Filmarray® Pneumonia Plus (FAPP) en pacientes críticos con infección respiratoria.

Métodos: Estudio descriptivo, realizado en una UCI polivalente de 22 camas, con laboratorio de microbiología disponible 24/7, entre enero y octubre del 2023, tras implantación de la técnica. Se analizaron los casos en los que se solicitó FAPP, los resultados obtenidos, y el cambio de conducta terapéutica.

Resultados: Se analizaron con FAPP 112 muestras respiratorias de pacientes críticos con sospecha o confirmación de neumonía. 98 muestras (87,5%) fueron obtenidas de pacientes en ventilación mecánica invasiva (aspirado traqueal, broncoaspirado o lavado broncoalveolar). Las muestras fueron obtenidas de 50 pacientes con nuevo ingreso por neumonía comunitaria, y de 62 con sospecha de infección nosocomial. De estos últimos, 39 habían ingresado por causa no respiratoria. Del total, 70 muestras fueron positivas, 4 de ellas con marcadores de multirresistencia. Solo 2 de las 14 muestras de esputo fueron negativas. Tras conocer los resultados de FAPP se cambió la conducta terapéutica en 41 pacientes (36,7%): en 25 (22,3%) se desescaló, retiró o no se inició tratamiento antibiótico, y en 16 (14,3%) casos se inició o se amplió el espectro. En los pacientes con FAPP negativa, los cultivos fueron siempre negativos, salvo para *S. maltophilia* y hongos. En los casos de FAPP positiva, 39 (55,7%) tuvieron cultivos negativos; en los casos de cultivos positivos, la correlación con FAPP fue casi del 100%, siendo *S. maltophilia* la única excepción.

Distribución de microorganismos identificados por FAPP. Algunas muestras identificaron a más de 1 germen

Microorganismos	Nº de muestras positivas
<i>H. influenzae</i>	19
<i>S. aureus</i>	16
<i>S. pneumoniae</i>	12
<i>P. aeruginosa</i>	8
<i>S. agalactiae</i>	2
<i>S. pyogenes</i>	2
Enterobacterales	11
<i>Mycoplasma</i>	1
<i>Legionella</i>	1
Virus	26
Mucor	1

Conclusiones: El uso de FAPP en pacientes críticos con sospecha de neumonía puede reducir el uso de antibióticos de amplio espectro y mejorar la antibioterapia adecuada. Hay buena correlación entre los resultados de FAAP y cultivo de muestra respiratoria. Se requiere experiencia y la elaboración de guías clínicas para ayudar en la interpretación de los resultados.

582. EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON CEFIDEROCOL DE PACIENTES CRÍTICOS INFECTADOS POR BGN MULTIRRESISTENTES

Gimeno González M, Munera Valero M, Córdoba Niefia MDC, Barrios Arnau M, Gallego Luján C y García López F

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

Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados en UCI que han recibido tratamiento con cefiderocol por infecciones producidas por BGN multirresistentes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (2022-2023) de los pacientes ingresados en UCI que han recibido tratamiento

con cefiderocol durante más de 48 horas, por infecciones documentadas por BGN multirresistentes.

Resultados: En el periodo de estudio, se incluyeron 7 pacientes que habían recibido tratamiento con cefiderocol, por infección documentada por BGN multirresistentes. De ellos 5 son varones y 2 mujeres, con una edad media al inicio del tratamiento de 58 años y un APACHE II medio al ingreso de 15. En todos los pacientes el tratamiento se inició de manera dirigida, por no existir otras opciones de tratamiento disponibles y en un caso se indicó por mala evolución a pesar de tratamiento antibiótico adecuado que además provocó complicaciones. Se trata de pacientes con ingreso en UCI prolongado, con múltiples infecciones nosocomiales y pautas de antibioterapia previa, algunos de ellos con colonización por BGN multirresistentes, que han llevado múltiples dispositivos invasivos y mucha instrumentalización. El germen causante de la infección había sido identificada en todos los casos, con antibiograma y sensibilidad comprobada para cefiderocol. Los gérmenes que se aislaron fueron: 2 *Pseudomonas* multirresistentes, 2 *Acinetobacter baumannii* multirresistentes, 1 *Pseudomonas* productora de carbapenemasas tipo VIM, 1 *Stenotrophomonas maltophilia* multirresistente, 1 *Enterobacter cloacae* productor de carbapenemasas tipo KPC. Las infecciones nosocomiales para las que se requirió tratamiento fueron, traqueobronquitis, NAVM, neumonía nosocomial e infección de herida quirúrgica. Todos los pacientes tuvieron curación clínica y en cinco de ellos se consiguió la erradicación microbiológica. En seis de ellos de utilizó cefiderocol en monoterapia. Un paciente con *Acinetobacter* MR, recibió tratamiento combinado con Colistina. Ningún paciente presentó eventos adversos durante el tratamiento. Ningún paciente falleció durante el ingreso en UCI, dos de ellos fallecieron tras el alta, en planta de hospitalización, por causas independientes a la infección.

Conclusiones: En nuestra experiencia, cefiderocol es una buena alternativa en infecciones nosocomiales graves por BGN multirresistentes, en tratamiento dirigido por antibiograma, en pacientes sin otra alternativa de tratamiento y aquellos con mala evolución clínica a pesar de tratamiento antibiótico adecuado.

583. USO DE CEFIDEROCOL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Centeno Obando JJ¹, Fajardo Barbosa CL², Martínez de Lahidalga Martínez I¹, Solano Vera MDR¹, Rubio Alonso L¹ y Garijo Catalina MDLA¹

¹Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, ²Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña, Las Palmas.

Objetivos: Analizar el uso de cefiderocol en la UCI de un hospital de 2º nivel en pacientes con infecciones por bacilos gram negativos no fermentadores multirresistentes (BGN-MR) durante el último año. Analizar el uso de cefiderocol en la UCI de un hospital de 2do nivel en pacientes con infecciones por bacilos gram negativos no fermentadores multirresistentes (BGN-MR) durante el último año.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de enero 2023 a diciembre 2023 en pacientes ingresados en UCI de 2º nivel con infecciones por BGN-MR a los que se les administra cefiderocol como tratamiento dirigido en monoterapia durante > 48 h. Se analizan datos demográficos, Índice Charlson, APACHE, tipo de sepsis (sepsis/shock séptico) tipo de infección, germen causante, terapias de soporte adicionales y respuesta clínica (curación clínica y erradicación microbiológica utilizando cultivos y los frotis de Resistencia Zero como referencia respectivamente), duración del tratamiento y supervivencia UCI.

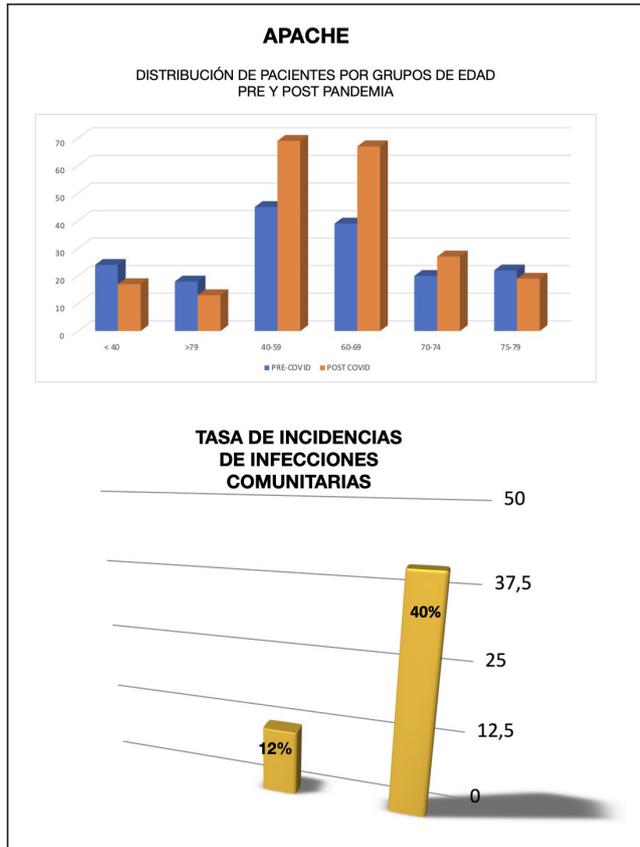
Resultados: Se recogieron 8 casos de los cuales: hombres (50%), mediana edad 50,5 años (DE 13,87), mediana l. Charlson 1 (DE 3), mediana APACHE 19 (DE 5), en situación de shock séptico 50%) Tipo de infección según germen causante y foco: *P. aeruginosa* VIM respiratorio 4 (50%), *P. aeruginosa* VIM urológico 2 (25%), *A. baumannii* MR respiratorio 2 (25%). Otras terapias de soporte: Ventilación mecánica 7 (77,7%), drogas vasoactivas 8 (100%), técnicas depuración extrarrenal 3 (33,3%). Respecto a la respuesta clínica los 8 pacientes (100%) presentan curación clínica, solamente 1 paciente (11,1%) permanece como portador en el frotis rectal de *P. aeruginosa* VIM. Duración del tratamiento mediana 13 días (DE 5,33). Supervivencia a UCI 100%.

Conclusiones: Pese al pequeño tamaño muestral, los pacientes con BGNMR a los que se les administro cefiderocol en monoterapia presentan una curación clínica del 100% y una alta tasa de erradicación microbiológica (cerca del 90%), lo que demuestra que es un fármaco útil para este tipo de infecciones siempre, recordando un uso adecuado y racional del mismo.

584. CAMBIO EPIDEMIOLÓGICO EN UCI: IMPACTO DE LA PANDEMIA EN LOS PERFILES DE INGRESOS POSTPANDEMIA

Agurto Rivera SN, Albaya Moreno A y González Wagner G
Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

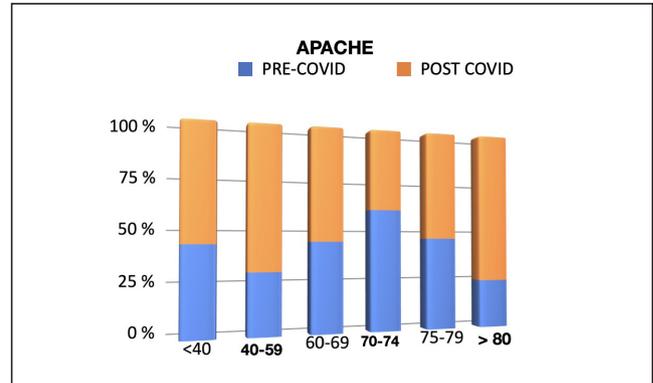
Objetivos: Este estudio tuvo como objetivo principal, destacar y analizar el cambio significativo en el perfil de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro centro, específicamente en relación con infecciones de origen comunitario tras el periodo post pandemia.



Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, que abordó el análisis del origen comunitario de las infecciones documentadas en los pacientes a su ingreso en UCI por al menos 24 horas durante periodos específicos: pre-pandemia (1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2019) y post-pandemia (1 de noviembre de 2022 al 30 de noviembre de 2023). El análisis estadístico empleado ha sido el χ^2 para valorar la significancia estadística la tasa de ingresos pre y post-pandemia así como para valorar los valores del score de APACHE en cada grupo de edad estudiado. Consideraciones Estadísticas: se ajustaron las comparaciones para tener en cuenta la diferencia en la duración de los periodos, utilizando tasas anuales para algunas variables.

Resultados: El análisis reveló discrepancias entre la tasa de ingresos con infección comunitaria pre y post-pandemia, destacando un aumento significativo en el periodo posterior. Además, la distribución de edades experimentó cambios notables, junto con variaciones en la proporción

de género. Aunque la prueba de chi-cuadrado no mostró diferencias significativas en la tasa de ingresos, el análisis de APACHE reveló diferencias estadísticamente significativas entre los periodos, sugiriendo un impacto diferencial en la gravedad de los pacientes atendidos en UCI. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar múltiples aspectos epidemiológicos para obtener una comprensión completa de los cambios en el perfil de ingresos en la UCI.



Conclusiones: Los resultados sugieren un cambio epidemiológico en la UCI, influenciado por la pandemia, manifestado en la distribución por edades, el aumento de infecciones comunitarias y alteraciones en la gravedad de los casos. Esta presentación ofrece una visión clara del impacto de la pandemia en la UCI, brindando información valiosa para la toma de decisiones clínicas y la planificación de recursos.

585. CAMBIOS EN BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (BMR) EN NUESTROS PACIENTES PRE-COVID Y POS-COVID

Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, Gallego Luján C, Barrios Arnau M, García Martínez de los Reyes L, Prado Mira Á, Pedrero Rosario JM, Muñoz de Luna Herrera L, Munera Valero M y González Mozo M

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

Objetivos: Describir y analizar los cambios epidemiológicos experimentados en colonización/infección por BMR en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario antes y después de primera ola de la pandemia COVID-19.

Métodos: Cohorte retrospectiva a partir del registro ENVIN de pacientes ingresados en el periodo enero 2016-diciembre 2022 en la UCI del Hospital General Universitario de Albacete. Hasta primera ola disponíamos de 12 camas, de abril 2020 a diciembre 2020 48 camas y posteriormente 18 camas.

Resultados: En el periodo referido ingresaron en nuestra unidad 4.634 pacientes, con una media de 618 ingresos anuales, estancia media 7,62 días y APACHE II medio 15,99. De los pacientes ingresados destacamos en el ranquin de las BMR presentes SARM y Enterobacteria BLEE, siendo las enterobacterias BLEE más frecuentes que SARM, en la línea de la prevalencia a nivel nacional. Solo hacemos una pequeña observación respecto al año 2020, donde SARM se posiciona con un 38,89% de prevalencia mientras que las Enterobacterias BLEE lo hacen con un 33%, datos influenciados por la pandemia al ser este año el que azotó nuestra unidad más agresivamente y los datos están parcialmente recogidos, además que el año de pandemia las camas de la unidad fueron aumentando exponencialmente según necesidades. Hemos de considerar también que hasta el año 2020 la unidad contaba con 12 camas de UCI polivalente y a partir de la pandemia nuestra UCI pasó a incrementar camas hasta 18 que hay en la actualidad. En la tabla, se muestran los resulta-

Tabla Póster 585

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Global
Ingresos	616	616	721	697	650	630	657	618
APACHE II	16,9	16,48	15,46	16,07	15,22	15,55	16,25	15,99
Estancia	6,75	6,31	5,84	5,97	9,49	9,96	9	7,62
Enterococo R-vanco		9,3%						
<i>Pseudomonas</i>	3,77%	9,3%	9,3%	2,99%		4,82%		
<i>Acinetobacter</i>	R-Imipenem 3,77%	0	R-Imipenem 9,09%	1,49%		16,87%	19,05%	
BGN Carbapenemasa	7,55%	0	6,06%	11,94%		10,84%	11,43%	

dos de BMR menos prevalentes, los porcentajes son respecto al cómputo total de bacterias multirresistentes:

Conclusiones: En periodo prepandemia, SARM y *Enterobacter* BLEE eran las BMR predominantes. Desde 2020 hemos apreciado en nuestra unidad un aumento de estancia media de casi 4 días, así como un incremento de BMR, a destacar los dos brotes de *Acinetobacter* resistente a imipenem pospandemia en los años 2021 y 2022 y el aumento de BGN carbapenemasa de los últimos años.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

TRAUMATISMOS III

11:05-11:25 - Pantalla 3

Moderadora: Laura Soliva Martínez

586. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE LOS INMIGRANTES SUBSAHARIANOS QUE ARRIBARON A LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE E INGRESARON EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA EN EL VERANO-OTOÑO DEL AÑO 2023

Medina Cabrera N, Parrilla Toribio DM, Rodríguez Ramos ST, Marrero Rodríguez AM, Simón Paniello A, Quintero Torres JM, Molina Díaz I, López Ferraz C, Conde Denis PL y Montiel González R

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

Objetivos: Determinar las características demográficas, clínicas y complicaciones de los inmigrantes llegados desde el África subsahariana a las costas de la provincia de Santa Cruz de Tenerife e ingresaron en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC) en el verano-otoño del año 2023.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el HUNSC, durante los meses de agosto a diciembre del año 2023. Se revisaron las historias clínicas electrónicas (HCE) de los inmigrantes subsaharianos que precisaron ingreso hospitalario de la Unidad de Medicina Intensiva (UMI). Las variables estudiadas fueron la edad, sexo, el índice de masa corporal (IMC), país de origen, días de travesía, días en UMI, APACHE II y SAPS II. Las complicaciones que estudiamos fueron las siguientes: Parada cardiorrespiratoria, necesidad de ventilación mecánica (VM), isquemia cerebral, isquemia de extremidades, rhabdomiólisis, deshidratación, hipernatremia, enfisema subcutáneo, abdomen agudo, uso de drogas vasoactivas y presencia de fracaso renal agudo (FRA). Las variables cualitativas se expresan en números absolutos o porcentajes y las cuantitativas como medias y rango.

Resultados: Ingresaron 15 pacientes. Casi todos del sexo masculino (una mujer). La media de edad fue de 24,7 años (15-35), con una media de IMC de 20 Kg/m² (15- 25). Dos tercios provenían de Senegal y Gambia, con una media de duración de la travesía de 10 días. La estancia en UMI fue de 10 días (3-27) y la hospitalaria de 14 días (5-31). La media de APACHE y SAPS fue de 15 (3-23) y 37 (14-66) respectivamente. Fallecieron 2 pacientes. Los diagnósticos principales de ingreso fueron: shock séptico (73%) y deshidratación grave 13%. El 67% requirió VM; 53% presentaron isquemia cerebral; 20% isquemia de extremidades con necesidad de amputación. El 53% presentaron rhabdomiólisis, 73% FRA de los cuales 3 necesitaron apoyo con TCDER. El 33% (5 pacientes) hicieron un cuadro de abdomen agudo y tres enfisemas subcutáneos. El 53% tuvieron hipernatremia grave.

Conclusiones: El perfil del inmigrante ingresado en la UMI del HUNSC de raza negra es varón, joven, procedente de Senegal y Gambia y con múltiples complicaciones clínicas por las duras condiciones de la travesía: la exposición a condiciones meteorológicas desfavorables, el contacto con el agua del mar y la humedad, imposibilidad de movimiento, condiciones de hacinamiento e insalubridad y desnutrición, entre otras.

587. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Baena Angulo AM, Prados Ación L y Aguilar Alonso E

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

Objetivos: Análisis descriptivo de los principales ítems de calidad en la atención al paciente politraumatizado en el ámbito intra como extra-hospitalario.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de once meses de duración (de 1 enero hasta 30 de noviembre de 2023). Se incluyen los pacientes traumatizados graves atendidos y que requirieron ingreso en UCI. Los datos han sido obtenidos del registro Trauma Score a través de la plataforma Diraya.

Resultados: En cuanto a la atención inicial del politraumatizado, la escala de valoración de la calidad enumera 15 ítems. Se han recogido 83 pacientes politraumatizados graves que ingresaron en nuestra unidad en un periodo de once meses (1 enero a 30 de noviembre de 2023). En nuestro hospital se activó código trauma en la mitad de dichos pacientes (42 pacientes, 50,6%), se realizó restricción cervical con collarín en el 61%, se precisó IOT precoz en pacientes con TCE grave (GCS < 9 puntos) solo en el 1,5%, considerándose que en 57 de los pacientes no procedía. Uso de cinturón pélvico en 6 de los pacientes puesto que en el 75% de los casos no había indicación por las lesiones sospechadas, con necesidad de fijación de pelvis en 2 pacientes. La administración de antibióticos en la primera hora del inicio de la asistencia en caso de fractura abierta se hizo solo en 3 pacientes. Solo el 1% precisó medidas de control de hemorragias externas. Se administró en 19 pacientes (22%) ácido tranexámico previo a su llegada, en 6 de los pacientes que se debería haber administrado se hizo a su llegada a Urgencias. En el manejo intrahospitalario en el 91% se realizó TC craneal a su llegada, con monitorización de PIC por TCE grave en 13 de los casos (15,6%). Se administraron reversores de anticoagulación en 2 pacientes, en 2 que tenían indicación no se realizó y en el resto no procedía. Solo fue necesaria la activación de protocolo de transfusión masiva en 4 ocasiones y fijación fractura de cadera en 5 de los afectados y de fémur en 2.

Conclusiones: De los resultados obtenidos podemos concluir que cumplimos los estándares andaluces, incluyendo la rapidez en la atención inicial, y la eficacia en la gestión de recursos. A pesar de los logros obtenidos y buenos resultados en comparativa aún persisten numerosos desafíos continuos como la necesidad de mejorar la integración de los servicios de emergencia y fortalecer la red de atención primaria, la coordinación de las distintas especialidades implicadas, protocolos de manejo, formación continua del personal, todo lo que podría suponer una mejora en la calidad del servicio ofrecido y, sobre todo, una mejora en el pronóstico del paciente politraumatizado.

588. DESCRIPTIVO: INTUBACIÓN PREHOSPITALARIA EN PACIENTES CON GCS

Navas Álvarez S, Díez Izquierdo C, Sánchez Rentero L y Fernández Cuervo A

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

Objetivos: Analizar manejo de la vía aérea a nivel extrahospitalario en pacientes con TCE grave con GCS < 9.

Métodos: 195 pacientes consecutivos ingresados en nuestra unidad de cuidados críticos entre enero de 2020 y diciembre de 2022 con ISS > 16. Se evaluó el manejo de la vía aérea en los pacientes con GCS < 9 a nivel extrahospitalario. El análisis se realizó utilizando SPSS.

Resultados: De los 195 pacientes que ingresaron 89 presentaron GCS inicial < 9 puntos, siendo el 80,9% varones. La edad media fue de 46,26 años. La atención extrahospitalaria en el 85,4% de los casos fue realizada por UVI móvil, en el 3,4% por helicóptero, 2,2% en ambulancia no medicalizada y no conocido en el 9%. En el 46,1% de los casos no se aisló la vía aérea, el 34,8% fue intubado a nivel extrahospitalario y en el 18% de los casos se utilizó una vía aérea alternativa. A nivel intrahospitalario el 100% requirió de ventilación mecánica invasiva con una duración media de 13,15 días. Los no intubados a nivel extrahospitalario o manejados con vía aérea alternativa tuvieron una estancia media mayor (19,22 días frente a los intubados 17,48 días), siendo la diferencia no estadísticamente significativa. Los días de ventilación mecánica invasiva fueron también mayores en los no intubados o manejados con vía aérea alternativa (12,79 días) frente a 13,94 días en los intubados, no siendo tampoco esta diferencia significativa estadísticamente.

Conclusiones: Los pacientes con GCS < 9 puntos correctamente intubados a nivel extrahospitalario tuvieron menor tiempo de ventilación mecánica y estancia en UCI que aquellos no intubados o en los que se usó una vía aérea alternativa, sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa. Puede que el tamaño muestral no sea lo suficientemente grande para alcanzar la significación.

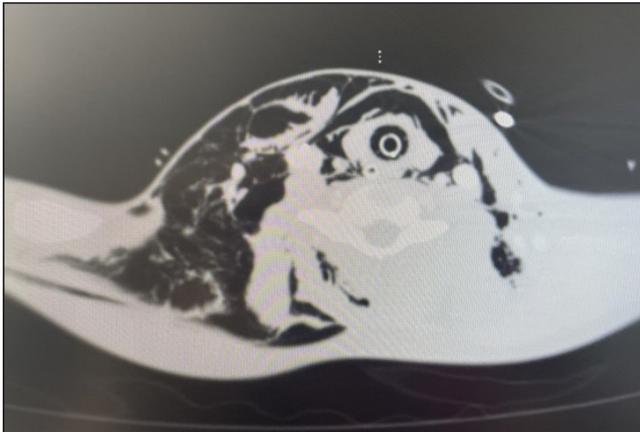
589. EFECTO MACKLIN TRAS VIAJE EN PATERA. UN FENÓMENO NO TAN INUSUAL

García Rodríguez D¹, Peinado Rueda E¹, López Fajardo P¹, Belmonte Ripollés F¹, Domínguez González A¹, Pérez Rendón FM¹, Simón Paniello A¹, Ayala Durán R¹, Pérez Rendón G² y Secaduras Arbelo TM¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ²Hospital General de la Palma, Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Relacionar el efecto Macklin con el diagnóstico de ingreso de neumotórax y/o neumoperitoneo de los pacientes que ingresan en nuestra Unidad de Medicina Intensiva tras viaje en embarcación por alta mar.

Métodos: Realizamos estudio descriptivo, retrospectivo observacional de los pacientes que ingresan en nuestra Unidad de Medicina Intensiva tras viaje en embarcación por alta mar y la casuística de pacientes con neumotórax y/o neumoperitoneo atribuibles al efecto Macklin.



Resultados: Durante el periodo de mayo a diciembre de 2023 ingresamos 22 pacientes en nuestra unidad tras viaje en patera por alta mar. De estos 22 pacientes un 27,3% presentó como diagnóstico de ingreso neumomediastino (3 pacientes), neumoperitoneo (2 pacientes) o una combinación de ambas (1 paciente). El efecto Macklin se basa en la sucesión de tres eventos importantes; ruptura alveolar, disección de las vainas bron-

covasculares y diseminación del enfisema intersticial pulmonar hacia el mediastino. Se describe como una colección lineal de aire contigua a la vaina broncovascular en la ventana de parénquima pulmonar de una TC torácica. Un 66% de estos pacientes requirió de intubación orotraqueal. Solo los 2 pacientes con neumoperitoneo fueron intervenidos, encontrándose perforación pospilorica en ambos casos. El paciente con neumomediastino y neumoperitoneo se manejó de manera conservadora y fue dado de alta a los 4 días de ingreso. La estancia media de estos pacientes fue de 12 días (3-35 días). La mortalidad que tuvimos fue 0.

Conclusiones: Una de las causas de efecto Macklin son las maniobras de Valsalva, nuestros pacientes dadas las condiciones de su viaje, en una embarcación a motor, hacinados y con oleaje ocasiona cuadros mantenidos de vómitos que pueden ocasionar estos cambios de presión (Valsalva) que provoca la ruptura alveolar y el neumomediastino y/o neumoperitoneo. Es importante una exploración abdominal y torácica exhaustiva de estos pacientes y considerar la realización de TC al ingreso, como si de un politrauma se tratase para descubrir lesiones potencialmente graves.

590. EPIDEMIOLOGÍA DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO INGRESADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Mateo Romana A, García Gómez I, Barreno D y Moratalla Cecilia G

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

Objetivos: Descripción y análisis de indicadores intrahospitalarios recogidos de los pacientes politraumatizados ingresados en UCI del Hospital Virgen de la Victoria durante seis meses del año 2023.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos (n: 41) de los pacientes ingresados en nuestra unidad desde el 1 de junio al 30 de noviembre de 2023.

Resultados: Nuestra muestra consta de 41 casos. El 68% (n: 28) de los pacientes eran hombres y el 32% (n: 13) mujeres. La media de edad es de 47 años con una desviación estándar (DE) de ± 17 años. Con respecto al tipo de accidente el 73% (n: 30) está relacionado con accidentes de tráfico (coche, motocicleta, patinete y atropello) siendo mayoritario el secundario a motocicleta comprendiendo al 50% (n: 15) de los accidentes de tráfico. El 27% (n: 11) restante engloba a precipitados 17% (n: 7), otros 4,9% (n: 2), ahorcamientos 2,4% (n: 1) y aplastamiento 2,4% (n: 1) del total de pacientes. El 76% (n: 31) de los pacientes presentan TSR de 12 puntos y el 24% (n: 10) una puntuación de 11 o inferior. La media de probabilidad de supervivencia de estos pacientes según la escala TRISS (Trauma Injury Severity Score) fue del 92%. Se activó Código Trauma intrahospitalario en el 66% de los casos (n: 27), en un solo caso no se activó (3%), no consta activación en el 12% (n: 5) y no procedía en el 19% (n: 8). El 34% (n: 14) requirió intervención quirúrgica urgente tras su ingreso. Solo el 7% (n: 3) necesitó transfusión sanguínea. La media de días de estancia en UCI fue 6 días con una DE de $\pm 8,8$ días, con valor máximo de 57 días y valor mínimo de 1 día. El 85% (n: 35) ha sobrevivido, el 12% (n: 5) falleció en UCI y un solo caso falleció en planta.

Conclusiones: El paciente politraumatizado suele ser un hombre de edad media derivado de un accidente vial, con predominio de motocicletas. El porcentaje de activación de Código Trauma Intrahospitalario es muy elevado en nuestro centro. Según el TSR de triaje tan solo una cuarta parte de los pacientes cumplía criterios fisiológicos de trauma grave. El TRISS medio de los pacientes fue del 92% y la supervivencia real fue del 85%. Acorde a todo lo previo, nuestros pacientes no revisten elevada gravedad, tienen una estancia corta en UCI, solo un tercio requirió intervención quirúrgica urgente y menos del 10% necesitaron transfusión sanguínea.

591. ¿QUÉ TIPO DE PACIENTE TRAUMÁTICO POTENCIALMENTE GRAVE ESTAMOS RECIBIENDO EN NUESTRO CENTRO?

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

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Según la literatura existen diferentes definiciones para el paciente traumático potencialmente grave (PTPG). Su triaje y gasto de recursos sigue siendo objeto de debate. Analizamos las características del PTPG a raíz de un nuevo protocolo implementado en la urgencia del Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD V

11:05-11:25 - Pantalla 4

Moderador: Carlos Velayos Amo

592. PERFIL DE MORTALIDAD EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE POLITRAUMATIZADOS Y NEUROCRÍTICOS

Díaz Ruiz RM, Burón Mediavilla FJ, Hermoso Díaz M, Martínez Díaz P, López Sánchez M y Cherchi Pepe M

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes fallecidos ingresados en una UCI neurocríticos y trauma de un hospital de referencia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que recoge datos de pacientes ingresados en una UCI de neurotraumatología en el periodo de 1 año. Se han recogido las siguientes variables de los finados: edad media, sexo, factores de riesgo de mortalidad según escala APACHE II, procedencia del ingreso, APACHE al ingreso, activación del código de hemorragia masiva, días de estancia en UCI, días de ventilación mecánica, infección adquirida durante el ingreso y microorganismo causal, causa de mortalidad, número de limitaciones del esfuerzo terapéutico, número de donantes de órganos.

Resultados: Durante el año de revisión ingresaron 583 pacientes, de los cuales fallecieron 75 siendo la tasa de mortalidad cruda del 12,8%. El 65,33% de los fallecidos fueron hombres (49) y un 34,67% mujeres (24). La edad media de los pacientes fallecidos fue de 67,76 años (73,66 años en el caso de las mujeres y 67,63 en el caso de los hombres). La estancia media fue de 5,49 días siendo el ingreso más prolongado de 22 días. El 94,16% de los pacientes que fallecieron en nuestra UCI presentaban alguna comorbilidad. 51 pacientes (68%) presentaron un APACHE II al ingreso > 20. La mayoría ingresaron desde urgencias, el 52% de la muestra. Tuvimos 11 pacientes que ingresaron por politraumatismo, en 6 de los cuales se activó código hemorragia masiva (8% del total de fallecidos). El 56% estuvieron conectados a ventilación mecánica menos de 5 días. El 26,6% de los pacientes (20) adquirieron una infección durante la estancia en UCI siendo el germen más frecuente *Pseudomonas aeruginosa*. La principal causa de muerte fue la hemorragia intracraneal con un 50,66%. Se realizó limitación de esfuerzo terapéutico en 23 enfermos, 3 ingresaron como donantes por aplicación de la ley de eutanasia. El número total de donantes fue de 32 (42,66%).

Conclusiones: Hallamos una mortalidad en nuestra UCI ligeramente inferior a otros estudios. Hay un alto porcentaje de fallecimientos en el caso de los hombres versus las mujeres con una edad media al fallecimiento mayor entre el grupo de las mujeres. La estancia media es corta con días de ventilación medios congruentes con dicha estancia. El APACHE II era elevado en la mayoría de los pacientes. El mayor porcentaje

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo. Incluyéndose todo paciente subsidiario de UCI triado al box vital u observación de urgencias del 23/06/2023-14/12/2023 como traumatismo según entradas del CIE 10 y con una estancia superior a 12h. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, escalas, mecanismos lesionales, así como medidas diagnóstico-terapéuticas, expresando las variables cuantitativas como mediana con rango intercuartílico y las categóricas como porcentajes. Se realizó un descriptivo básico, seguido de contraste de hipótesis mediante test de chi-cuadrado para las categóricas y Mann-Whitney/Welch para las cuantitativas según fuesen traumatismos graves o no, definido como ISS ≥ 15 y otro según ingreso hospitalario o no.

Resultados: Se obtuvieron 236 pacientes, 60% varones, 59 (21,55) años de edad, traídos por UVI móvil 26%, fundamentalmente por accidentes de tráfico 49%. Activación protocolo 47% de las ocasiones, siendo la causa principal el mecanismo lesional 91% con un 64% traumatismo craneoencefálico 8% clasificados como graves, requiriendo ingreso hospitalario 21% y un 4% en UCI. 3,6% requirió intervención quirúrgica/embolización urgente. Mortalidad 1,8%.

VARIABLE	TODOS, N = 236	Grave ISS>=15, N = 18	No grave ISS<15, N = 218	P-VALUE
Uci móvil	26%	56%	23%	0.029
Edad	51.34 (±21.55)	66.77 (±22.8)	49.58 (±21)	0.002
<GSC M6	6.4%	33%	4.1%	0.016
SAFI	457 (± 49)	379 (±87)	447 (±41)	0.004
Tráficos	49%	11%	52%	0.001
Caídas	41%	72%	38%	0.001
Ingreso hospital	19%	78%	15%	<0.001
Tiempo estancia hospitalaria (días)	1 (0-1.48)	8 (2-17.14)	0 (0-1.50)	<0.001
Ingreso Uci	3.8%	22%	2.3%	0.002
Drogas vasoactivas	2.1%	22%	0.5%	<0.001
Trasfusión	3%	22%	0.5%	<0.001
Cirugía urg o Angioembolización	3.8%	17%	2.8%	0.009

Mean (±sd)/ Median (IQR)
 2 Welch Two Sample t-test /U Mann Whitney or X2 independence test

Tabla 1. Diferencias según traumatismo grave o no.

Conclusiones: De forma estadísticamente significativa los pacientes con traumatismo grave se asociaron a peores constantes fisiológicas, caídas, mayor edad, mayor tiempo de hospitalización y mayor consumo de recursos. Mientras que los pacientes que precisaron de ingreso hospitalario presentaron una menor activación del código, siendo traumatismos penetrantes, tráfico, caídas y asaltos en mayor cuantía.

Figura 2 Póster 591

VARIABLE	TODOS, N = 236	Ingreso hospitalario, N = 46	No ingreso hospital, N = 190	P-VALUE
Traumatismo penetrante	1.7%	8.7%	0	0.001
Traumatismo animal	1%	4.4%	0	<0.001
Asalto	4%	9%	2.7%	0.001
Caídas	41%	58%	37%	0.002
Tráficos	49%	54%	27%	0.001
Activación código PTPG	47%	30%	51%	0.014

X2 independence test

Tabla 2. Diferencias según necesidad ingreso hospitalario o no.

fueron ingresos procedentes de urgencias/061. Por las características de los enfermos el número de potenciales donantes es elevado, por lo que hay que tener especial sensibilidad con las medidas de cuidados orientados a la donación, así como la vigilancia de la infección.

593. MUSICOTERAPIA COMO CONTRIBUCIÓN A LA HUMANIZACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS

Molina Sosa G¹, Santana Cabrera L¹, Bernat Adell MD², Escot Rodríguez C¹ y Blanco López JJ¹

¹Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas. ²Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: Describir las sesiones de musicoterapia realizadas con los pacientes críticos durante el año 2023. Exponer los distintos aspectos trabajados con los pacientes como contribución a la humanización de la Unidad de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado a partir de una muestra de 562 sesiones de musicoterapia. Los datos, recogidos mediante registros por sesión, se expresan en frecuencias absolutas. Los registros recogen el tipo de sesión realizada, las técnicas empleadas, así como los objetivos abordados.

Resultados: Se presentan los resultados de las acciones llevadas a cabo en la Unidad de Medicina Intensiva correspondientes al presente año 2023.

Conclusiones: La incorporación de la musicoterapia como terapia complementaria ha sido paulatina, aumentando los días de intervención así como los musicoterapeutas en la unidad. La aceptación de la musicoterapia dentro del equipo de profesionales de la UMI ha ido en aumento, permitiendo trabajar con profesionales y pacientes en diferentes aspectos relacionados a objetivos psicosociales y emocionales, principalmente.

594. FRAGILIDAD Y MORTALIDAD DEL PACIENTE ANCIANO MAYOR DE 80 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martín-Jordán García E, Sánchez Gutiérrez A, Blanco Aguilar V, Ballesteros Saavedra V, Rodríguez García R, Palomo Antequera C, González-Lamuño Solís L, Santullano Méndez M, Rodríguez Pérez C y Domínguez de la Cruz I

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Descripción clínica y análisis comparativo por subgrupos de edad de la evolución de los pacientes ancianos en UCI, así como el análisis de la mortalidad en relación con su estado funcional previo y edad.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de 14 meses de duración, que incluye pacientes mayores de 80 años que ingresaron en la UCI durante más de 24 horas. La información recogida se analizó con el programa R. Los datos se describieron utilizando la media

[desviación estándar (DE)] y la mediana [rango intercuartil (RI)] para variables cuantitativas con distribución normal y no normal, respectivamente, y porcentajes para variables categóricas. Los pacientes con edad < 85 años y los pacientes de ≥ 85 años se compararon mediante la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney. Se realizó un análisis multivariante utilizando el modelo de riesgos proporcionales de Cox para analizar la asociación entre el riesgo relativo de mortalidad transcurrido un año desde el alta hospitalaria y las variables edad, sexo, estancia hospitalaria, estancia en UCI y cardiopatía valvular. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos cuando $p < 0,05$.

Resultados: La estancia media de ingreso fue significativamente mayor en pacientes menores de 85 años. Mientras el grupo más joven registró una estancia media en UCI de $8,4 \pm 8,9$ días, el grupo más mayor estuvo ingresado en cuidados intensivos una media de $4,6 \pm 7,8$ días, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,037$). El 84,3% de los pacientes menores de 85 años se beneficiaron de VM invasiva frente al 46,2% del grupo de pacientes más mayores ($p \leq 0,001$), con un tiempo de ventilación significativamente más prolongado en el grupo más joven. Los pacientes mayores de 85 años presentaron mayor fragilidad. En el análisis multivariante se observó como variable independiente asociada a mortalidad una estancia prolongada en UCI. Por otro lado, el ingreso por intervención quirúrgica cardíaca se asoció con menor riesgo de mortalidad (HR = 0,18; IC95% (0,062-0,527; $p = 0,002$).

Conclusiones: Los resultados muestran una asociación entre el motivo de ingreso en UCI y el riesgo de mortalidad en pacientes octogenarios. La cirugía cardíaca se asoció con mejor pronóstico frente a la patología médica, donde la neumonía se asoció con mayor riesgo de mortalidad. Además, se observó una asociación positiva significativa entre edad y fragilidad.

595. PROYECTO RADIACIÓN ZERO: ANÁLISIS DEL PUNTO DE PARTIDA

Morala Vega P¹, Bueno Vidales N¹, Rodríguez Gallardo L² y Díaz Díaz D¹

¹Hospital Universitario Infanta Leonor (C. H. Infanta Leonor), Madrid.

²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar el número de radiografías portátiles de tórax (Rx) y el motivo de su realización en una Unidad de Cuidados Intensivos médica de un hospital de segundo nivel con la finalidad de establecer dónde y cuándo es más efectivo la aplicación de un paquete de medidas específico para la reducción del número de Rx.

Métodos: Se contabilizó la cantidad de Rx y se recogió el motivo de su realización de todos los pacientes ingresados en una UCI médica de ocho camas durante el primer semestre de 2023. Asimismo, se recogieron variables demográficas (sexo, edad), días de estancia en UCI, comorbilidades de mayor relevancia (hipertensión arterial, enfermedades respiratorias previas, diabetes mellitus y dislipemia), patología respiratoria durante el ingreso en UCI y desenlace en UCI (alta o *exitus*).

Tabla Póster 593						
Se han realizado 562 sesiones (entre enero y noviembre de 2023)						
Sesiones por categoría		Técnicas empleadas		Objetivos abordados		
Sesiones de musicoterapia	534	Repertorio significativo	En 383 sesiones	A nivel fisiológico	Gestión del dolor Estimulación sensorial	En 82 sesiones En 18 sesiones
					Acompañar en el despertar	En 60 sesiones
Sesiones interdisciplinares con enfermería	13	Improvisación clínica	En 134 sesiones	A nivel psicosocial y emocional	Regular respiración	En 41 sesiones
					Potenciar sensación de confianza Disminuir la ansiedad y agitación en proceso de delirio hiperactivo	En 342 sesiones En 97 sesiones
Sesiones interdisciplinares con fisioterapia	7	Songwriting	En 5 sesiones		Dotar de apoyo y bienestar Fomentar sentimientos de control y autoestima:	377 sesiones En 67 sesiones
					Proporcionar disfrute Reducir sentimientos de soledad Aumentar la expresión y la comunicación Canalizar emociones	En 79 sesiones En 21 sesiones En 87 sesiones
A nivel cognitivo	Fomentar la capacidad de atención sostenida Sesiones de musicoterapia ambiental	En 21 sesiones 8pia	Ambiente sonoro Acompañamiento sonoro al discurso	En 21 sesiones En 19 sesiones	Favorecer la orientación a la realidad	En 53 sesiones

Resultados: 165 pacientes incluidos, 60% hombres (n = 99), mediana de edad 65 años (rango 19-94). La mediana de días de estancia en UCI fue de 4 (1-77). Las comorbilidades más relevantes fueron hipertensión arterial en el 49% de los pacientes (n = 81), enfermedades respiratorias 38,2% (n = 63), diabetes mellitus 34,5% (n = 57) y dislipemia 29,7% (n = 49). El 66,1% (n = 109) presentó algún tipo de patología respiratoria durante el ingreso y el 29,7% fue *exitus* (n = 49) durante el ingreso en UCI. La mediana de Rx realizadas fue de 3 (0-59) lo que implica un cociente de 0,70 Rx por paciente y día de estancia (1 Rx cada 34 horas de ingreso). Los motivos de su realización fueron en 15,52% al ingreso (n = 158), control 65,91% (n = 671), recambio de sonda nasogástrica 3,83% (n = 39), canalización de catéter venoso central 7,47% (n = 76), intubación/traqueostomía 4,91% (n = 50) y colocación de tubo de tórax 2,36% (n = 24). El mayor cociente de Rx por paciente y día de 0,95 (casi 1 RX cada 24 horas) se observó en los pacientes ingresados durante 7 días o menos. El paquete de medidas se debe centrar en disminuir las Rx de control (65,91%) y durante la primera semana de ingreso en UCI (0,95 Rx por paciente y día). Las medidas propuestas incluirán la realización de un *checklist* diario para estudiar la necesidad real de Rx por paciente y el fomento del uso de la ecografía en el seguimiento de la patología pulmonar o en el control tras realización de técnicas.

Conclusiones: El paquete de medidas se debe centrar en disminuir las Rx de control (65,91%) y durante la primera semana de ingreso en UCI (0,95 Rx por paciente y día). Las medidas propuestas incluirán la realización de un *checklist* diario para estudiar la necesidad real de Rx por paciente y el fomento del uso de la ecografía en el seguimiento de la patología pulmonar o en el control tras realización de técnicas.

596. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE DATOS CLÍNICOS INTEGRADO EN EL SOPORTE DE HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DE ANDALUCÍA (DIRAYA)

Gallego Texeira I, Ferrigno Bonilla G, Bazán Báez P, Martín Castaño C, Herruzo Avilés Á y Amaya Villar R

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

Objetivos: Describir la estrategia de implantación de un sistema de gestión de datos clínicos integrado “IntelliSpace Critical Care and Anesthesia” (ICCA) en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital de primer nivel.

Métodos: Desde septiembre de 2020 se establecen reuniones periódicas multidisciplinares en las que participan médicos intensivistas, enfermeros de la unidad, técnicos de la casa comercial, responsables de electromedicina y del sector de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) de Andalucía; con el objetivo de diseñar y adaptar los formularios tipo gráfica y tipo informes clínicos que van a incorporarse a ICCA e integrarlos en el soporte de historia clínica electrónica de Andalucía (Diraya). Al mismo tiempo se realizan talleres formativos a todos los profesionales de la unidad previo a la implantación del sistema y se crea una cama virtual con un paciente ficticio para realizar las pruebas del sistema. El 1 de julio de 2023 se implanta el nuevo sistema en la unidad posquirúrgica de la UCI. La implantación ha sido secuencial y progresiva en los 14 boxes de la unidad priorizando la seguridad de los pacientes. Dos médicos y dos enfermeras de la unidad han tenido liberación parcial para revisar el correcto uso y optimizar los documentos generados en ICCA. Una vez consolidado el sistema en la unidad se prevé la implantación del mismo en el resto de las unidades de la UCI en los próximos meses.

Resultados: En los primeros seis meses de implantación se han incorporado 500 pacientes a ICCA. Se han generado formularios tipo gráfica que integran información procedente de los distintos soportes utilizados (monitor, ventilación mecánica, hemofiltro, monitorización hemodinámica avanzada y asistencias circulatorias), datos de administración de medicación y otros parámetros vitales (diuresis, temperatura); y formularios tipo informes clínicos (hoja de ingreso, hoja de evolución, incidencias de guardia, lista de diagnósticos, lista de procedimientos, informe de traslado, informe de alta e informe de *exitus*). Los formularios tipo informes clínicos se han volcado a Diraya con el objetivo de asegurar la trazabilidad de los datos durante la estancia hospitalaria de los pacientes.

Conclusiones: Es imprescindible un abordaje multidisciplinar para la implantación de un sistema de gestión de datos clínicos. La formación del personal es fundamental para una buena aceptación del sistema y para garantizar la seguridad de los pacientes. Un adecuado registro de los datos es necesario para generar alertas y cuadros de mando que nos permitan una mejora en la atención de nuestros pacientes.

597. ANÁLISIS DE MORTALIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD Y MEJORA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Espinosa Rueda I, Flores Cordero JM, Gascón Castillo ML y Amaya Villar R

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

Objetivos: Describir y analizar la mortalidad cruda de los episodios hospitalarios que han ingresado en una Unidad de Cuidados Intensivos neurotraumatológicos durante los años 2018-2022.

Métodos: Se analizan los ingresos en una UCI neurotraumatológica de tercer nivel durante el periodo 2018-2022. Variables cuantitativas mediante frecuencias y cualitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Test estadístico χ^2 .

Resultados: Se analizan un total de 3920 episodios con una mediana de edad (p25-p75) de 55 años (43-66), siendo la mayoría varones con 2407 casos (61,4%). Del total, contamos con 465 (11,86%) fallecimientos siendo el porcentaje de 2018 de 12,46% y observándose una tendencia descendente hasta 2022 (10,57%). Observamos que en el análisis por sexos también existe un cambio de tendencia, siendo en 2022 más frecuente el *exitus* en varones con un 12,7 vs. 7,69% en mujeres, con p < 0,05. El ictus isquémico es el motivo de ingreso con mortalidad intra-UCI más elevado.

Variables estudiadas	
Variable	Exitus N (%)
Mortalidad temprana (1 ^o -48 ^h)	208 (44,7%)
Mortalidad tardía (> 48h)	257 (55,3%)
Motivo de ingreso UCI	
Neurocríticos	717 (18,2%)
Traumas	782 (19,9%)
Posquirúrgicos	1523 (38,8%)
Ingreso como potenciales donantes	99 (21,2%)
Mortalidad cruda por motivo ingreso	
Posquirúrgicos de Neurocirugía	9 (0,7%)
Posquirúrgicos de Maxilofacial	2 (0,7%)
Traumatismo craneoencefálico (TCE)	48 (20,1%)
Politraumatizados y Trauma no TCE	57 (14,2%)
Grandes quemados	29 (20,2%)
Hemorragia subaracnoidea	54 (18%)
Hemorragia intracerebral	46 (24,5)
Ictus isquémicos	50 (34,7%)
Infección de sistema nervioso central	16 (18,6%)

Conclusiones: El análisis de la mortalidad es uno de los parámetros de calidad asistencial más utilizados. La cuantificación de las defunciones hospitalarias, el conocimiento de las causas y su evaluación permiten tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia. En nuestra corte observamos que la mortalidad cruda general presenta un discreto descenso en el periodo estudiado tras la puesta en marcha de estrategias integradas en los planes de calidad.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

RESPIRATORIO III

11:05-11:25 - Pantalla 5

Moderadora: Ana Abella Álvarez

598. MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UCI: ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE FACTORES DE IMPACTO

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

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo para una mayor morbimortalidad de los pacientes con diagnóstico de TEP que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo basado en una serie retrospectiva analizando todos los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa desde el 1 de enero de 2018 al 31 de octubre de 2023. Como programa estadístico se ha empleado Jamovi versión 2.3.28.

Resultados: De los 113 pacientes con diagnóstico de TEP, son TEP masivo 27 (23,9%), TEP submasivo de riesgo intermedio-alto 39 (34,5%), TEP submasivo de riesgo intermedio-bajo 23 (20,4%) y TEP de bajo riesgo 24 (21,2%). Se realizó el test t de Student para las variables cuantitativas, observándose asociación estadística entre los TEP masivo y la mortalidad, tanto en la mortalidad en < 30 días a nivel global de la muestra ($p < 0,001$ con RR 3,19; IC 1,69-6,01) como en la mortalidad en < 30 días secundaria al TEP o al procedimiento empleado ($p < 0,001$ con RR 6,37; IC 2,64-15,3). No se ha encontrado asociación estadística entre la mortalidad y los días de estancia. Para las variables cualitativas se ha realizado el test chi-cuadrado, observándose asociación estadística entre la mortalidad en < 30 días por cualquier causa y la infección activa por SARS-CoV-2 ($p < 0,004$ con RR 3,09; IC 1,67-5,73), sin observarse dicha asociación cuando la causa de la muerte es el TEP o el tratamiento empleado. Con respecto al procedimiento empleado, tan solo se ha encontrado asociación estadística entre una menor mortalidad global en los pacientes a los que se realiza trombolectomía mecánica ($p < 0,005$ con RR 0,37; IC 0,17-0,77). No se ha encontrado dicha asociación cuando la causa de la mortalidad es el TEP y la realización de dicho procedimiento. En cuanto a la evolución, tan solo se ha observado asociación estadística entre la mortalidad global y los días de ventilación mecánica invasiva ($p < 0,015$). No se ha encontrado esta misma asociación cuando la causa de la mortalidad es el TEP. Finalmente, se ha encontrado asociación estadística entre la hemorragia sistémica y la mortalidad, tanto global ($p < 0,001$ con RR 3,42; IC 1,88-6,23) como por TEP o procedimiento ($p < 0,001$ con RR 6,15; IC 2,93-12,7).

Conclusiones: Se ha observado mayor mortalidad global en los pacientes diagnosticados de COVID-19, sin asociación estadística con la mortalidad si es secundaria al TEP. Los TEP masivos se asocian a una mayor mortalidad. La complicación hemorrágica sistémica secundaria al tratamiento de reperfusión empleado se asocia a una mayor mortalidad.

599. VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y VIDEOBRONCOSCOPIA: ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

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

Hospital General la Mancha Centro, Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar las complicaciones agudas (< 48 horas) en la realización de traqueostomía en pacientes que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) guiada o no por videobroncoscopia, y su posible asociación con la duración de la técnica, el éxito de decanulación y la mortalidad.

Métodos: Estudio de una cohorte de pacientes que ha requerido VMI prolongada (> 14 días) y traqueostomía desde el 1 de febrero al 30 de noviembre de 2023 en la UCI de la Gerencia de Atención Integrada de Alcázar de San Juan. Se recogerán las complicaciones, su relación con la guía mediante videobroncoscopia, número de intentos, días de VMI y traqueostomía, éxito de decanulación y mortalidad a los 28 días. Las variables continuas serán representadas con media y desviación estándar (DE), usando la prueba de t de Student o de Wilcoxon, tras comprobar la normalidad con el test Shapiro-Wilk. Las variables categóricas serán representadas mediante frecuencias y porcentajes (N (%)) usando el test χ^2 de Fisher. El análisis estadístico fue realizado usando el software R versión 4.0.2. y se estableció una $p < 0,05$ para la significación estadística.

Resultados: Del total de la muestra que precisó traqueostomía (15), 13 fue por técnica percutánea (N, 87%) y 8 guiadas mediante videobroncoscopia (N, 53%). Las complicaciones agudas más frecuentes fueron hemorragia (N, 6,7%) y su combinación con atelectasia (N, 6,7%). No presentaron ninguna complicación el 80% de la muestra. Tampoco hubo diferencias significativas entre las complicaciones y hacer la técnica sin videobroncoscopia ($p = 0,6$). La duración media de la técnica fue de 11,93 minutos (DE $\pm 9,77$), con una media de intentos de 1,80 (DE $\pm 1,52$), sin que existan diferencias estadísticamente significativas entre pacientes en los que fue realizada mediante videobroncoscopia

($p > 0,5$). La duración media de la VMI fue de 42,4 días (DE $\pm 25,9$) y de 30,40 días (DE $\pm 20,08$) para la traqueostomía; presentando un éxito de decanulación en el 73,3% con una mortalidad del 33,3% a los 28 días. No hubo diferencias al respecto con el uso de la videobroncoscopia ($p > 0,9$ y $p = 0,12$; respectivamente).

Conclusiones: La traqueostomía es una técnica frecuente en pacientes que requieren VMI prolongada en las UCI. Para disminuir el riesgo de posibles complicaciones inherentes a la técnica, es necesario asegurar su realización de manera controlada mediante videobroncoscopia. Es por ello necesario reforzar la seguridad de los pacientes con el entrenamiento en dicha técnica por los profesionales de la UCI. Para obtener resultados más robustos, en estudios posteriores sería necesario aumentar el tamaño muestral.

600. TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR RESIDENTES DE CUIDADOS INTENSIVOS GUIADA CON FIBROBRONCOSCOPIA EN NUESTRA UCI

Moreno Romero O, Giménez Gutiérrez JM, Fernández Morales P y Martínez Cabezas A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: En primer lugar, describir las características de todas las traqueostomías percutáneas realizadas en nuestra UCI. En segundo lugar, analizar las complicaciones de la técnica en comparación con las realizadas por otros médicos intensivistas en la misma unidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de 24 meses (2020 y 2021) de todos los pacientes ingresados en nuestra UCI que necesitaron una traqueostomía percutánea para el destete de la ventilación mecánica. Todas las traqueostomías fueron realizadas por dos médicos de cuidados intensivos (un residente y un adjunto) y una enfermera. Se compararon las traqueostomías realizadas por residentes frente a las realizadas por adjuntos (como primer interviniente). Variables analizadas en ambos grupos: datos del paciente (sexo, edad, SAPS II), uso de broncoscopia con fibra óptica (FOB) y complicaciones.

Resultados: En 24 meses realizamos 82 traqueostomías, 57 por residentes y 25 por adjuntos. Hombres 55 (67%), edad media 60,2 años (32-78). SAPS II de 52 (29-75). 65 pacientes con neumonía COVID-19. Día medio de traqueostomía 11 (6-16) en COVID, 14,3 (10-17) en no COVID. FOB: 28 en el grupo de residentes (49%), 3 en el grupo de adjuntos (12%). Las complicaciones en ambos grupos fueron similares: ninguna hemorragia grave; hemorragia leve, 10 (17,5%) en los residentes frente a 4 (16%) en los adjuntos; granuloma leve: 2 (3,5%) en los residentes frente a 1 (1,8%) en los adjuntos; infección leve de la herida: 2 (3,5%) en los residentes frente a 1 (4%) en los adjuntos. No se encontró ninguna complicación mortal.

Conclusiones: La traqueostomía percutánea es un procedimiento esencial en nuestra práctica diaria y el uso de FOB para apoyar la correcta inserción traqueal con aguja garantiza la seguridad cuando es realizada por nuestros residentes de cuidados intensivos internos, ya que las complicaciones comparadas con los adjuntos con menor uso de FOB han sido similares.

601. COUGH ASSIST EN PACIENTES CRÍTICOS: SERIE DE CASOS

Artola Blanco M, Renedo Sánchez-Girón G, Pérez Gutiérrez J, Curieses Andrés C, Velasco Villagarcía Á, Medina Díez S, Mamolar Herrera N, Bustamante Munguira E, de la Torre Vélez P y Francisco Amador A

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Describir las ventajas del asistente de tos en la eliminación de secreciones de pacientes críticos, ya sea en ventilación espontánea o mecánica, mediante la saturación de oxígeno y el número de aspiraciones diarias.

Métodos: Se recopilan 6 participantes que han sido ingresados durante 2023 en la UCI polivalente del Hospital Clínico Universitario, centro de tercer nivel. Se recogen variables demográficas, causa de ingreso, indicación del cough assist. Adicionalmente se recopilan número de aspiraciones diarias y saturación de oxígeno antes y después de la intervención. La intervención consistió en sesiones de 3 ciclos de 10 toses cada uno, con presión inspiratoria máxima de 45-45 cmH₂O y presión de exuflación -35 a -45 cmH₂O. Se utilizó con oxigenoterapia a 6L /min y aerosoles de suero salino hipertónico + ácido hialurónico.

Resultados: La muestra comprende edades entre los 41 y 86 años. Cinco de ellos son varones. La indicación más frecuente para iniciar la terapia fue la tos ineficaz. Cinco de los pacientes estaban en ventilación espontánea, uno de ellos traqueotomizado y en ventilación mecánica. Se halló un incremento medio de 9,8 puntos porcentuales de saturación tras la intervención, y el número de aspiraciones diarias se redujo en una media de 1,5 aspiraciones. No se objetivaron efectos adversos.

Conclusiones: En nuestra muestra se ha encontrado que la terapia con *cough assist* es un método seguro, bien tolerado y efectivo para ayudar al drenaje de secreciones en pacientes de UCI. La saturación de oxígeno de los pacientes mejoraba sensiblemente incluso en aquellos casos en los que no fue totalmente efectivo para eliminar secreciones. La reducción en el número de aspiraciones de la vía aérea que el paciente precisa es mayor en el segundo día tras iniciar la terapia. En nuestra experiencia, ayuda también a la resolución de atelectasias.

602. NUEVO PROGRAMA ECMO VV: RESULTADOS E IMPACTO CLÍNICO

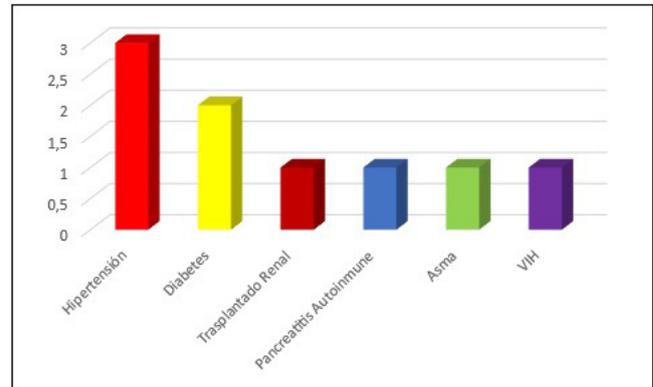
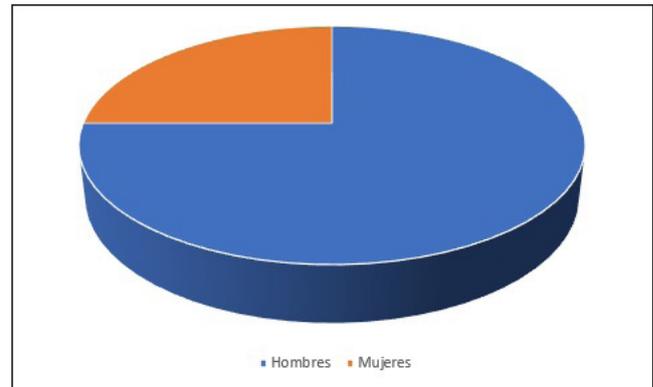
Ocampo Pérez J

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es evaluar el impacto del uso de la oxigenación por membrana extracorpórea veno-venoso (ECMO VV) en pacientes que han experimentado insuficiencia respiratoria refractaria. Objetivo secundario: evaluar la seguridad del ECMO VV mediante el análisis de posibles eventos adversos o complicaciones asociadas con el procedimiento.

Métodos: Para ellos hizo un análisis observacional retrospectivo del año 2022 y 2023. Se analizaron un total de casos de 12 casos: Año 2022: 6 pacientes. Año 2023: 6 pacientes. Relación hombres/mujeres: hombres 9, mujeres 3. Media y mediana de pesos: media: 272,5 kg; mediana: 82,5 kg. Índice de masa corporal (IMC): media: 26,75; mediana: 26. Antecedentes: hipertensión: 3 pacientes; diabetes: 2 pacientes; trasplante renal: 1 paciente; pancreatitis autoinmune: 1 paciente; asma: 1 paciente; VIH: 1 paciente. Lactato antes del ECMO: media: 3,02; mediana: 2,05. SOFA Score antes del ECMO: media: 10,25; mediana: 10,5. Procedimientos y terapias: intubación y ventilación mecánica: todos los pacientes; traqueostomías percutáneas: 7 pacientes (3 fallecieron durante la terapia). Terapia de reemplazo renal continua: 5 pacientes (3 fallecieron). Resultados: tiempos de estancia en UCI: media: 25,2 días; mediana: 18 días. Días en ECMO VV: media: 38,8 días; mediana: 27 días. Complicaciones durante ECMO VV: sangrado durante canulación percutánea con *shock* hemorrágico y muerte: 1 paciente. Sangrado digestivo: 1 paciente. Mortalidad: 6 pacientes fallecidos, lo cual supone una mortalidad del 50%. Causas de fallecimiento: choque hemorrágico: 1 paciente; *shock* séptico y fracaso múltiple orgánico: 5 pacientes. Tiempos

de estancia en UCI: media: 25,2 días; mediana: 18 días. Días en ECMO VV: media: 38,8 días; mediana: 27 días.



Conclusiones: Los inicios de la implementación del soporte ECMO veno-venoso (VV) en nuestra unidad han sido significativos en términos de impacto y mortalidad en aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria refractaria el tratamiento convencional. Es una técnica segura con resultados comparables al registro global de la ELSO con una supervivencia en nuestra serie de 50%. En nuestra serie, la mortalidad fue debido casi en su totalidad a una situación de *shock* séptico sin disfunción VI y fracaso múltiple orgánico. Aunque los 3 pacientes que recibieron HDVVC fallecieron en ECMO, no podemos establecer una relación directa entre mortalidad en ECMO VV con las técnicas de TRRC. Si bien es cierto, estos pacientes estaban más graves.

Figura 3 Póster 602

	Total	Survived to DC or Transfer
Total	108,769	52%
Neonatal	8,713	60%
Pulmonary	4,387	70%
Cardiac	3,319	52%
ECPR	1,007	45%
Pediatric	14,404	59%
Pulmonary	4,508	69%
Cardiac	6,754	60%
ECPR	3,142	40%
Adult	85,652	50%
Pulmonary	37,720	58%
Cardiac	36,516	48%
ECPR	11,416	31%

603. BIOPSIAS POST MORTEM EN PACIENTE CON INFECCIÓN COVID-19. LESIONES FRECUENTES E INUSUALES

Blasco Lorente D, Lafita López A, Egea González A, Gómez Martínez L, Gómez González C, Serón Arbeloa C y Escós Orta J

Hospital Universitario San Jorge, Huesca.

Objetivos: Objetivar lesiones anatomopatológicas de pulmón, riñón, hígado y corazón en el paciente crítico con neumonía por COVID-19. Realizar correlación clínico-patológica en paciente crítico con infección por COVID-19.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI del HUSJ por neumonía por coronavirus desde marzo del 2020 hasta febrero de 2022. De 143 pacientes, fallecen 46, de los cuales se obtienen biopsias *post mortem* de pulmón, hígado, riñón y corazón de 13 de ellos. Todo ello, bajo consentimiento informado de los familiares. Además, se obtienen datos sobre los tratamientos administrados, así como comorbilidades previas y asociadas durante el ingreso.

Resultados: Se incluyen 12 pacientes, 91,6% varones con una edad media de 73,1 años. De entre las comorbilidades previas al ingreso destaca HTA 66%, DM tipo 2 25%, 17,6% EPOC y hepatopatía previa 8%. De los fármacos para el tratamiento de la infección por COVID-19, se administró hidroxicloroquina (8%) lopinavir/ritonavir (8%), remdesivir (25%), tocilizumab (25%), corticoterapia (91,6%). Al 41% se le administró heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante en algún momento del ingreso. Todos los pacientes precisaron de VMI prolongada (> 7 días). Un 83,3% fue intubado posterior a las 24 horas de su ingreso hospitalario. Del estudio anatomopatológico destaca a nivel pulmonar 77% de daño alveolar difuso, 22% fibrosis pulmonar. A nivel hepático, destaca 58,3% de displasia de células grandes, 16% fibrosis y 8% esteatosis. A nivel renal destaca 72,7% de nefritis intersticial. A nivel cardíaco, la mayoría de los pacientes no mostraron lesiones relevantes (71,4%), resto hipertrofia ventricular izquierda ya conocida (28,6%).

Conclusiones: El perfil de este estudio de un varón de 73 años hipertenso que precisó de VM prolongada. La lesión más frecuente hallada fue el daño alveolar difuso, seguida de la nefritis intersticial. Ambas descritas en la bibliografía. La displasia de células grandes fue la lesión más observada en hígado, hallazgo inusual en la bibliografía. A nivel cardíaco, no se revelaron lesiones asociadas a la infección por COVID-19.

de donación, la causa de la donación, características de los donantes y la evolución de la negativa familiar.

Resultados: En los últimos diez años entre 2013 y 2022 ha aumentado el número de donantes nacionales en un 32,68% y un 18% en Castilla y León, siendo la tasa de donante efectivo de 46,3 pmp (por millón de población) y 46 pmp en respectivamente. La mayor tasa se observa en 2019 (49 pmp), marcada por el descenso en años posteriores en relación con la pandemia (37,4 pmp en 2020). La donación en asistolia supone en el último año un 41,97% del total de las donaciones eficaces (tasa 19,2 pmp) y 21,10% en Castilla y León. Entre 2014 y 2017 aumenta la donación en asistolia en un 96,89%. En Castilla y León aumento de 2 a 17 donaciones en asistolia de 2017 a 2018. La edad media del paciente donante en España es de 59,7 (DE 16,1) y 63,1 (DE 15,2) en Castilla y León. El mayor porcentaje son hombres y la causa principal es accidente cerebro vascular agudo (ACVA), tanto a nivel nacional como regional. El índice de negativa familiar a la donación supone un 16% a nivel nacional, porcentaje mayor que en 2019 que fue un 14%, siendo el año de mayor número de donantes. Castilla y León estaría por debajo de la media nacional con un 13% de negativa familiar.

Conclusiones: La actividad del proceso de donación en Castilla y León con respecto a España presenta datos muy similares. A principios de los años noventa, se crea la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Desde entonces se observa un incremento anual de los índices de donación hasta 2020, interrumpido por la pandemia y que, a día de hoy, no se ha conseguido recuperar las tasas de donante efectivo previas. Actualmente destaca el crecimiento de la tasa de donaciones en asistolia en los últimos años, pero también el aumento de la negativa familiar probablemente condicionado por la sociedad actual. Por todo ello es fundamental la participación activa del Médico Intensivista en el proceso y coordinación de la donación de órganos.

605. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA TRAS RECHAZO DE LA TERAPIA DE SOPORTE VITAL EN UCI; CÓMO OFRECER UNA BUENA MUERTE

Palomares Nova G, Pérez Ruiz M y Rivas Gómez-Plana F

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir y analizar los casos de donación en asistolia controlada (DAC) en pacientes que demandan rechazo de tratamiento y solicitan ser donantes de órganos.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se analizan los casos de los pacientes que tras demandar rechazo de tratamiento y aceptar ser donantes son ingresados en una UCI médico-quirúrgica para cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD) en los años 2021 a 2023 en el Hospital Universitario de Puerto Real. Se describen características demográficas, patología previa, momento de demanda de rechazo de tratamiento y consentimiento para donación. Estancia en UCI, técnica de extracción y el número de órganos extraídos e implantados.

Resultados: Durante el periodo de estudio han sido tres los casos registrados, suponiendo un 40% de las DAC y un 15% de las donaciones totales. Presentan una edad media de 57 años siendo 2 de ellos mujeres. Dos pacientes padecían ELA y la tercera EPOC avanzado. Solo en un caso existían voluntades anticipadas firmadas. En dos de ellos se había producido una o más entrevistas con el médico responsable de su patología y coordinadora de trasplantes planificando techo terapéutico y posibilidad de donación, mientras que en el restante nunca se había hablado de dicho contexto. Uno de los pacientes ingresa directamente en UCI para CIOD, los dos restantes ingresan en el hospital por empeoramiento de su patología de base motivo por el que se interconsulta con UCI desde planta. En todos los casos una vez en UCI se realiza nueva entrevista con médico responsable y coordinadora de trasplantes y se facilita el acompañamiento familiar previo a los CIOD. En todos los casos la limitación se realiza en quirófano y la extracción mediante técnica de preservación normotérmica. Se extrajeron en total cuatro riñones, dos pulmones, dos hígados y un páncreas.

Conclusiones: En el ámbito de la medicina intensiva una buena práctica engloba no solo tratamientos orientados a salvar la vida del paciente sino también a ofrecer una buena muerte cuando lo anterior no es posible o no es deseo del paciente. La donación de órganos tras rechazo de tratamiento nos brinda una oportunidad para ello y es imprescindible analizar nuestras actuaciones para mejorar la información y la planificación con estos pacientes.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla**TRASPLANTES II**

11:05-11:25 - Pantalla 6

Moderadora: *Elisabeth Navas Moya*

604. LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO INTENSIVISTA EN LOS CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN. COMPARACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD A NIVEL NACIONAL Y EN CASTILLA Y LEÓN

Sanmartino González C, Beltrán Martínez L, Monge Donaire D, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Serra Sánchez C, Márquez García A, Cortés Díaz S, López Pérez AB y Marcos Gutiérrez A

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

Objetivos: Describir la evolución del proceso de donación de órganos en España y compararlo con los datos de Castilla y León. A su vez, relacionar esta evolución con el papel del médico intensivista.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo del proceso de donación de órganos en España y en la comunidad de Castilla y León entre los años 2013-2022. Analizamos de manera comparativa la tasa de donación, tipo

606. IMPACTO DEL CULTIVO DE LÍQUIDO DE PRESERVACIÓN EN EL TRASPLANTE CARDIACO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN

Díaz Díaz JJ, Tout Castellano M, Cabrera Santana EM, Anabitarte Prieto MA y Peña Morant VJ

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

Objetivos: El paciente trasplantado cardiaco es susceptible a las infecciones debido a la inmunosupresión. Se crea la necesidad de esclarecer los patrones microbiológicos en el líquido de preservación y explorar su relación con los eventos de infección precoz en el paciente receptor.

Métodos: Estudio retrospectivo que analiza los datos de 75 donantes con sus respectivos receptores desde diciembre de 2019 hasta diciembre de 2023. Se recogieron datos clínicos, gérmenes del líquido de preservación, infecciones precoces (< 30 días), probables infecciones derivadas del donante.

Resultados: La prevalencia de cultivos positivos del líquido de preservación fue del 52% (39/75). La mayoría de los aislamientos se consideran de microorganismos de bajo riesgo (35/75) y solo 5,3% (4/75) se consideran patógenos de alto riesgo. En nuestra serie no se encontraron gérmenes multirresistentes. Los microorganismos aislados se detallan en la tabla. No encontramos tampoco en nuestra serie infecciones en el receptor relacionadas con la infección de líquido de preservación.

CULTIVOS POSITIVOS (39)	Nº (%)
BAJO RIESGO	35 (90%)
GRAM POSITIVOS	
Staphylococcus epidermidis	14 (36%)
Propionibacterium acnes	8 (20.5%)
Otros Staphylococci	8 (20.5%)
Staphylococcus coagulasa negativo	2 (5.2%)
Otros Gram positivos	2 (5.2%)
Cocci bacillus spp	1 (2.5%)
ALTO RIESGO	4 (10%)
GRAM NEGATIVOS	
Pseudomonas spp	1 (2.5%)
POLIMICROBIANO	3 (7.6%)

Conclusiones: A pesar de la gran incidencia de cultivos positivos del líquido de preservación, la tasa de infección relacionada es 0. En otros estudios de mayor volumen de pacientes, la media de infecciones relacionadas es en torno al 1%. Esto hace que al igual que muchos autores recomiendan, nos planteemos la rentabilidad de continuar con el cultivo de líquido de preservación en nuestro centro.

607. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (MAASTRICH III) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRASPLANTADOR: ANÁLISIS Y RESULTADOS

Martín Ávila H, Giménez Beltrán B, Díez del Corral Fernández B, Breal Flores A y Sarmiento Pita JM

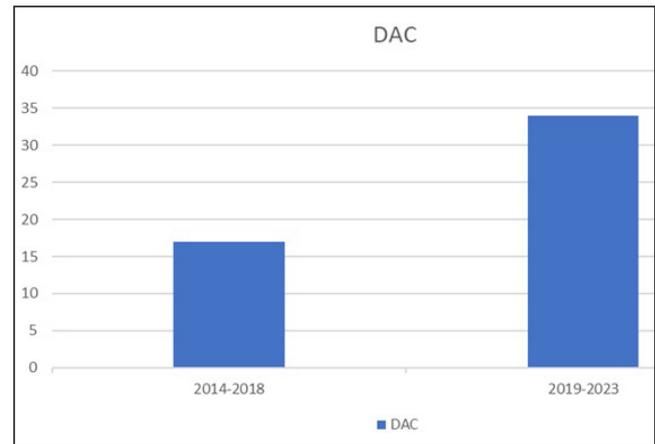
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el programa de donación en asistolia controlada (DAC) puesto en marcha a finales del

2014 en un hospital sin programa de trasplantes ni Servicio de Neurocirugía.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los casos de DAC en el periodo de estudio 2014-2023. Se recogieron las características demográficas y epidemiológicas, estancia en UCI, causa de la muerte y/o limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV), técnicas empleadas para la extracción. También se analizó el impacto del programa en cuanto al aumento del número de donantes y la consecución de órganos y tejidos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v24.

Resultados: Características demográficas y epidemiológicas DAC (N 52) Sexo: Hombre 61,5%. Edad media 62,27 ± 12,35 años. FRCV: HTA 53,8%, dislipemia 21,2%, DM 21,2%, cardiopatía isquémica 5,8%, FA 9,6%, etilismo 13,5%, tabaquismo 30,8%. Estancia en UCI 7,42 ± 4,52 días. DAC: Extracción superrápida 76,9%, PRN 23,1%. Causa del *exitus*: ACV isquémico 25%, ACV hemorrágico 34,6%, encefalopatía posanóxica 26,9%, otras 13,5% CIOD: 5. Órganos por donante (extracción super rápida vs. PRN): valorados/extraídos 2,37 ± 0,86 vs. 3,27 ± 1,1. Válidos 1,67 ± 1,06 vs. 2,18 ± 1,54.



Total donantes: 186 (multitejidos 27, DAC 52 y ME 107).

Conclusiones: La implantación de un programa de donación en asistolia controlada aumenta el número de donaciones, así como el número de órganos válidos para el trasplante. En nuestra experiencia ya supone un 27,96% de nuestros donantes y es previsible que esta cifra aumente en los próximos años.

608. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (MAASTRICH III) EN UN HOSPITAL NO TRASPLANTADOR

Breal Flores A, Giménez Beltrán B, Díez del Corral Fernández B, Martín Ávila H y Sarmiento Pita JM

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos con el programa de donación en asistolia controlada que comenzamos en 2015. Evaluar la aportación al aumento del número de donantes de nuestro hospital, el cual carecía de dicho programa y no tiene Servicio de Neurocirugía.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyeron todos los casos de diagnóstico de muerte encefálica y donante reales desde que está implantado el programa de DAC (2015-2023). Estos datos se compararon con la actividad de donación en los 12 años anteriores (2002-2014) para poder comprobar el impacto real de dicho programa. Se utilizó la fórmula: %ME/*exitus* UCI, para comprobar la capacidad generadora de muertes encefálicas y la fórmula: % Donantes reales/ME para comprobar la efectividad del proceso.

Resultados: Total donantes 2015-2023: 186 (ME 95, DAC III 51, multitejidos 26). Comparando ambos grupos, se aprecia en el periodo de la implantación del programa de DAC un mayor número de donantes de forma global, así como una capacidad generadora de muerte encefálica algo menor. Sin embargo, la efectividad del proceso de donación en

muerte encefálica es mayor, pese a la elevada tasa de contraindicaciones médicas. Si bien es cierto que cabe destacar que las negativas familiares han caído prácticamente a la mitad en este segundo periodo (21 vs. 9 negativas).

	Año 2002-2014
Nº pacientes ME	169
Contraindicaciones médicas	40%
Donantes reales	52,07% (88 pacientes ME) DAC III 1 paciente
Capacidad generadora de ME (%ME/ <i>exitus</i> UCI)	11%
Efectividad del proceso de donación (%)	52,07%
Donantes reales/ME	

Conclusiones: La implantación del programa de donación en asistolia (Maastrich III) aumentó el número global de donaciones hospitalarias en un 27,42%, sin disminuir cuantiosamente la capacidad generadora de muerte encefálica, ni el número de donantes en muerte encefálica. Cabe destacar que pese a la elevada tasa de contraindicaciones médicas, la efectividad del proceso de donación en ME es bastante mayor en este segundo periodo de estudio. Cabe destacar que las negativas familiares han caído prácticamente a la mitad en este segundo periodo (21 vs. 9 negativas).

609. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN DE TEJIDOS FUERA DEL ÁREA QUIRÚRGICA: ANÁLISIS Y RESULTADOS

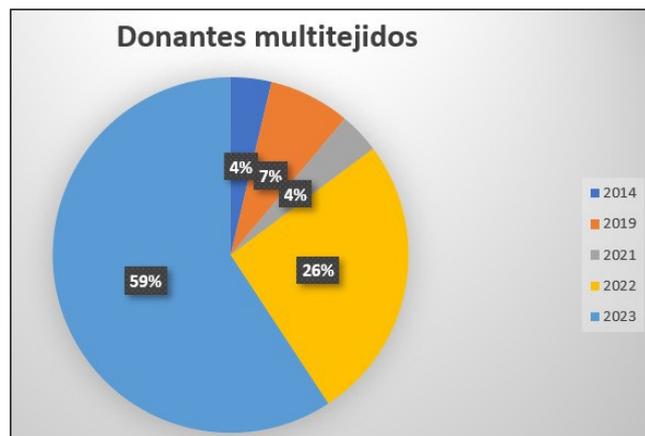
Sarmiento Pita JM, Giménez Beltrán B, Díez del Corral Fernández B, Martín Ávila H y Breal Flores A

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el programa de donación de tejidos en la Unidad de Cuidados Intensivos que instauramos en 2022, en colaboración con el Servicio de Oftalmología.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron todos los casos de donación multitejido, en el periodo de estudio de 2014-2023. Se recogieron las características demográficas y epidemiológicas, estancia en UCI, causa de la muerte y/o limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV). También se analizó el impacto del programa en cuanto al aumento del número de donantes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v24.

Resultados: Características demográficas y epidemiológicas (N 27). Sexo: hombre 63%. Edad media 65,41 ± 8,12 años. FRCV: HTA 63%, dislipemia 25,9%, DM 25,9%, cardiopatía isquémica 7,4%, FA 18,5%, etilismo 14,8%, tabaquismo 37%, antecedentes oncológicos 25,9%. Estancia en UCI 9,41 ± 9,5 días. Causa del *exitus*: ACV isquémico 7,4%, ACV hemorrágico 7,4%, encefalopatía posanóxica 14,8%, *shock* cardiogénico 25,9%, FMO 29,6%, otras 14,8%.



Conclusiones: La implantación de un programa de donación multitejidos en UCI ha incrementado exponencialmente el número de donantes tisulares en estos últimos 2 años (228%). Es fundamental el papel del intensivista en dicho proceso, siendo primordial la sensibi-

lización de nuestros compañeros en este campo, determinante del éxito de este programa.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

SEPSIS/FRACASO MULTIORGÁNICO/TOXICOLOGÍA

11:05-11:25 - Pantalla 7

Moderadora: Antonia Socías Crespi

610. INTOXICACIONES AUTOLÍTICAS ENTRE 2017 Y 2022 EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Martínez J, Villamar A, Astola I, Forcelledo L, Martín-Jordá E, Sánchez A, Ballesteros V, Blanco V, Rodríguez C y Escudero MD

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Realizar un estudio de la población de pacientes que ingresan en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital de tercer nivel por intoxicación con intención autolítica entre 2017 y 2022.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en una UCI polivalente desde 2017 a 2022 con diagnóstico de intoxicación autolítica. Se analizó la edad, el sexo, la sustancia consumida, la existencia de patología psiquiátrica previa, el tratamiento, el consumo de drogas y el destino al alta. Las variables cuantitativas se expresaron como media o mediana y la dispersión en IC95 o cuartiles. Las variables cualitativas en porcentaje. El análisis estadístico se llevó a cabo con IBM SPSS statistics v21.

Resultados: Se recogieron 192 pacientes, siendo el 60,4% mujeres. La mediana de edad es de 47 años (Q25-75 [39-57]). El APACHE II medio es de 17,42 (IC95 [16,34-18,51]), los hombres presentan de forma estadísticamente significativa mayor gravedad (APACHE II 18,89 vs. 16,44 p = 0,02). La estancia media en UCI fue de 2,36 días (IC95 [2,089-2,646]). El 85% presentaba antecedentes previos, lo más frecuente síndrome ansioso depresivo (38,5%), en segundo lugar, trastorno bipolar o de la personalidad (29%). En menor frecuencia trastornos de la conducta alimentaria o abuso de sustancias (9%) y esquizofrenia (7,8%). El 84% de los pacientes tenía tratamiento psiquiátrico previo, en el 66% con varios psicofármacos. En monoterapia lo más frecuente fueron las benzodiazepinas. Un 68,2% no consumía drogas. Un 50,1% había tenido intentos autolíticos previos, aunque no se relaciona de forma significativa con la gravedad (APACHE medio 18,05 vs. 16,78 p = 0,2). El 52,1% de los intentos autolíticos fueron con más de un fármaco. En el 73,4% de los casos la medicación utilizada fue su medicación habitual. La principal sustancia fueron las benzodiazepinas (68,8%), seguidas por antipsicóticos (31,3%) y antidepresivos no tricíclicos (24,5%). Un 33% asoció consumo de drogas, lo más frecuente el alcohol (19,3% del total). El destino al alta del 58,9% fue a Medicina Interna. El 28,1% fue alta a Psiquiatría por persistir riesgo autolítico y un 6,3% a otras plantas. Un 4,7% fue alta voluntaria a domicilio. La tasa de *exitus* fue del 2,1%.

Conclusiones: La mayoría de intoxicaciones ocurrió en mujeres. La gravedad fue mayor en hombres. La patología más frecuente es el síndrome ansioso depresivo. El fármaco más utilizado fueron las benzodiazepinas. La mayoría de pacientes emplearon su medicación habitual. Es frecuente el antecedente de intento autolítico previo. A pesar del alto número de pacientes la mortalidad fue muy baja.

611. COMPARACIÓN DE LOS INGRESOS POR INTOXICACIONES AUTOLÍTICAS EN PERIODOS PREPANDEMIA (2017-2019) Y DURANTE PANDEMIA COVID-19 (2020-2022)

Martínez J, Villamar A, Astola I, Forcelledo L, Martín-Jordá E, Sánchez A, Ballesteros V, Blanco V, de la Cruz I y Escudero MD

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Comparar la epidemiología, la incidencia y la gravedad de los pacientes ingresados por intoxicación autolítica en los años previos (2017-2019) y los años de pandemia (2020-2022) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo comparativo retrospectivo de los pacientes ingresados en una UCI polivalente en el periodo 2017-2019 y 2020-2022 por intoxicación autolítica. Se analizó la edad, el sexo, los antecedentes y la mortalidad. Las variables cuantitativas se expresaron como media y la dispersión en IC95. Las variables cualitativas en porcentaje. El análisis estadístico se llevó a cabo con IBM SPSS statistics v21.

Resultados: En el periodo 2017-2019 ingresaron un total de 114 pacientes, el 59,6% mujeres. La edad media fue de 46,33 (IC 95 [43,70-48,96]). El APACHE II medio fue de 15,73 (IC95 [14,31-17,17]) y la estancia media en UCI fue de 2,27 días (IC 95 [1,93-2,61]). El 83,3% de los pacientes presentaba patología psiquiátrica previa, siendo lo más frecuente el síndrome ansioso depresivo. Un 28,9% presentaban antecedentes de consumo de drogas. El 51,8% de los pacientes tenían ingresos por intentos autolíticos previos. La tasa de *exitus* fue del 1,8%. En el periodo 2020-2022 ingresaron 78 pacientes, siendo el 61,5% mujeres. La edad media fue de 49,52 (IC95 [46,13-52,92]). El APACHE II medio fue de 19,95 (IC95 [18,45-21,46]) y la estancia media en UCI fue de 2,5 días (IC95 [2,02-2,98]). El 85,9% presentaba patología psiquiátrica previa, lo más frecuente el síndrome ansioso depresivo. Un 35,9% presentaba antecedentes de consumo de drogas. Un 48,7% tenía antecedentes de intentos autolíticos previos. La tasa de *exitus* fue del 2,6%. Comparando los dos grupos observamos que hay una diferencia estadísticamente significativa en la gravedad, siendo mayor en el periodo 2020-2022 (APACHE II 15,74 vs. 19,95) $p = 0,0001$. No hay diferencias significativas en el resto de variables objetivadas. Hay mayor mortalidad en el grupo de pandemia sin hallarse diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En el periodo prepandemia (2017-2019) ingresaron 114 pacientes frente a 78 del periodo de pandemia (2020-2022). No hay diferencias significativas en las características de los pacientes ni en la estancia en UCI. Hay una diferencia estadísticamente significativa entre la gravedad de los casos, siendo mayor en época de pandemia (15,74 vs. 19,95). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad entre ambos periodos.

612. SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS INGRESO EN UCI POR SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Martínez de Lahidalga Martínez I, Centeno Obando JJ, Solano Vera R, Diego Gómez R, Pruna Aguirre GDLÁ, Navarro López de Jaureguizar N y Jiménez AB

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos: Valorar la calidad de vida a los 28 días tras el alta hospitalaria de los pacientes ingresados en UCI por *shock* séptico refractario desde el 01/01/2023 hasta el 15/12/2023.

Métodos: Se recogen los datos de los pacientes que son dados de alta de UCI tras ingreso por *shock* séptico refractario (SSR) desde el 01/01/2023 hasta el 15/01/2023. Se estudia su estancia en UCI, los días hasta el alta hospitalaria, el foco de infección y se mide la calidad de vida a los 28 días tras alta hospitalaria mediante Índice de Katz.

Resultados: Se observa ausencia de discapacidad a los 28 días de seguimiento tras alta hospital en el 28,6%; discapacidad leve en el 4,8%; discapacidad moderada en el 33,3%; discapacidad severa en el 19,1%; pérdida de seguimiento en el 14,3%.

Variable	Resultados
APACHE [Me (s)]	20 (± 5)
I. Charlson [Me (s)]	5 (± 2)
Lactato (mg/dL) [Me (s)]	28 (± 22)
Ventilación mecánica (%)	52%
Días ventilación mecánica [Me (s)]	7 (± 15)
Dosis máxima noradrenalina (µg/kg/min) [Me (s)]	0,62 (± 0,52)
Terapia reemplazo renal continua (%)	28,60%
Estancia en UCI (días) [Me (s)]	17 (± 23)
Estancia desde alta UCI hasta alta hospitalaria (días) [Me (s)]	18 (± 15)

Me: mediana; s: desviación estándar.

Conclusiones: Destaca que, a los 28 días de seguimiento, más de la mitad de los pacientes se encuentran con una discapacidad al menos moderada. Se trata de pacientes con importantes comorbilidades que sobreviven a un *shock* séptico refractario, dada la elevada tasa de discapacidad consideramos que el seguimiento post-UCI es crucial en este tipo de enfermos. Tan solo un tercio de los pacientes presenta una buena calidad de vida tras el ingreso hospitalario.

613. SOSPECHA DE DISFUNCIÓN MITOCONDRIAL POR INGESTA MASIVA DE PARACETAMOL

Laguna García J

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

Objetivos: Presentar la utilidad de la terapia con N-acetilcisteína a dosis altas y la hemodiálisis convencional en un paciente con intoxicación masiva por paracetamol con sospecha de disfunción mitocondrial secundaria.

Métodos: Caso clínico: Mujer 44 años con antecedentes de hipotiroidismo y trastorno bipolar tipo I de larga evolución. Traída por SAMU inconsciente en el contexto de ingesta masiva voluntaria de paracetamol (aprox. 100 g) sin poder precisar la hora de la ingesta en urgencias IOT por respiración estertorosa y GCS 3. Al ingreso niveles de acetaminofeno de 1.056 µg/dl. Al desconocer la hora exacta de la ingesta, se calcula la semivida del fármaco (t1/2) mediante el cociente T0h/T5h que resulta de 1,2 (los niveles a las 5 horas son de 833 µg/dl), lo que indica que la semivida de eliminación del fármaco es > 4 h y por tanto existe alto riesgo de toxicidad hepática. Se administra bolo de 150 mg/kg de N-acetilcisteína (NAC) en 1 hora y a continuación se inicia perfusión 150 mg/kg. En las horas siguientes acidosis metabólica grave con lactato > 10 mmol/l, junto con hiperglucemia, hipotermia y coma, que hacen sospechar disfunción mitocondrial secundaria a intoxicación masiva por paracetamol.

Resultados: Se decide doblar dosis de NAC e iniciar hemodiálisis urgente. En el siguiente control tras la sesión de hemodiálisis los niveles de acetaminofeno se reducen a 242 µg/dl (a las 10 horas). Tras las medidas adoptadas, la evolución es las primeras 24 horas es favorable tanto desde el punto de vista neurológico procediéndose a la extubación reglada como desde el punto de vista orgánico ya que no se produce daño hepático y hemodinámicamente permanece estable, pudiéndose retirar la hemodiálisis y la perfusión de NAC a doble dosis al cumplir 16 horas de tratamiento.

Conclusiones: La acidosis y el coma pueden aparecer de forma temprana en ingestiones de paracetamol masivas (> 500 mg/kg) con niveles plasmáticos > 750 mg/ml. Estos casos se benefician de tratamiento con NAC a doble dosis y hemodiálisis para facilitar la corrección de la acidosis y acelerar la eliminación del fármaco.

614. ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO Y MARCADORES INFLAMATORIOS EN EL SHOCK SÉPTICO EN UCI

Egea González A¹, Lafita López A¹, Gómez Martínez L¹, Blasco Lorente D¹, Rafales Perucha BI¹, López Claver JC¹, Ocabo Buil P¹, Franquesa González E¹, Bueno Vidales N² y Labarta Monzón JL¹

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

Objetivos: Evaluar la utilidad de los marcadores procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) y Leucocitos en el pronóstico del *shock* séptico.

Métodos: Estudio retrospectivo en *shock* séptico ingresado en UCI Polivalente. Recogida de datos de shocks sépticos, febrero a noviembre de 2023. Variables demográficas, riesgo, foco infección, cultivos microbiológicos y marcadores biológicos al ingreso y los 3 días siguientes y mortalidad Intra-UCI. Empleamos SPSS-20. Se realizó estadística expresando variables continuas en media y desviación estándar, cualitativas en porcentajes. Se analizó la asociación de factores de riesgo mediante análisis bivariante; t de Student o U de Mann-Whitney en variables cuantitativas y chi-cuadrado en variables cualitativas. Se analiza regresión logística binaria para valorar el papel independiente de variables con mortalidad.

Resultados: Se recogen 57 pacientes. El 63% varones, el 40% quirúrgicos, foco abdominal 53% y 21% de mortalidad global. El 28% precisó VMI. El 12% TCCR. Respecto a mortalidad, factores de riesgo con significación estadística (SE) fueron VMI, hidrocortisona (HC) a dosis de sepsis

Tabla Póster 614

	N (57)	% N	Fallecidos (F) (12)	% F	Supervivientes (S) (45)	% S	p	OR	IC
VM	16	28	9	75	7	15	0,0001	7,5	2,3-24,1
HC	37	64	11	92	26	58	0,029	5,9	1,1-42,7
ARGI	12	21	7	58	5	11	0,001	5,2	2-13

y argipresina. Existe tendencia a mortalidad en enfermo médico, foco respiratorio, noradrenalina alta y TCRR; y tendencia a supervivencia en foco urinario, sin SE. PCR, PCT y leucocitos no se asocian con SE con mortalidad. Hallamos mejor aclaramiento de PCT en supervivientes (a las 24h 24 vs. 17%), sin SE. Existe tendencia a elevación de PCT en foco respiratorio, con $p < 0,07$. No hallamos tendencia a elevación de PCT en foco urinario, abdominal ni en cultivos positivos para BGN. En el FG, sin estratificar por foco, la disminución del FG no presenta tendencia a mortalidad, es similar en ambos grupos, sin SE. Más edad, peor filtrado a las 48 h, 72 h con significación 0,004, 0,001 y coeficiente de correlación -0,39, -0,48 respectivamente. FG tiene relación de manera inversa con PCT al ingreso, con $R^2 0,376$ y $p < 0,009$.

Conclusiones: En nuestra serie los marcadores por sí solos, no predicen de mortalidad. Existe tendencia a mejor pronóstico en foco urinario y a elevación de PCT en foco respiratorio. Hallamos relación entre edad e IRA y relación inversa de niveles de PCT con niveles de FG, con SE.

615. EXPERIENCIA DE UN AÑO CON LA VASOPRESINA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Martínez de Lahidalga Martínez I, Centeno Obando JJ, Solano Vera R, Diago Gómez R, Pruna Aguirre GDLÁ, Navarro López de Gaureguizar N, Jiménez Bugallo AB y Rubio Alonso L

Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Objetivos: Comparar el uso de: doble soporte vasopresor (noradrenalina + vasopresina) (G1, grupo 1); versus soporte vasopresor simple (noradrenalina) (G2, grupo 2) en el shock séptico refractario (SSR) en los pacientes de una UCI de 2º nivel.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo en que se reclutaron los casos de SSR ingresados en la UCI de un hospital de segundo nivel desde el 01/01/2023 hasta el 15/12/2023. Se obtuvieron diferentes variables (tabla) de 37 pacientes, los cuales se agruparon según el tipo de tratamiento: noradrenalina más vasopresina o únicamente noradrenalina.

Resultados: El 64% eran hombres, con mediana de edad en 70 años (s ± 10). En el grupo 1, n = 20 (54%). (Me: mediana; s: desviación estándar). Respecto al foco de infección en el grupo 1: urológico 5%; respiratorio 20%; abdominal 55%; piel y partes blandas 5%; otros 15%. En el grupo 2: urológico 35,2%; respiratorio 17,6%; abdominal 29,4%; piel y partes blandas 5,8%; otros 11,7%.

Variable	G1	G2	p
APACHE [Me (s)]	19,5 (± 4,3)	22,6 (± 7,8)	0,15
I. Charlson [Me (s)]	4 (± 2)	4,7 (± 2)	0,81
Mortalidad global (%)	60%	11,7%	0,003
Lactato (mg/dL) [Me (s)]	48,9 (± 21,2)	27,35 (± 19,2)	0,003
Días ventilación mecánica [Me (s)]	9 (± 14)	2 (± 7)	0,07
Creatinina al ingreso (mg/dL) [Me (s)]	2,86 (± 0,95)	2,22 (± 2,09)	0,22
Creatinina alta UCI (mg/dL) [Me (s)]	1,55 (± 1,09)	1,76 (0,88)	0,40
Dosis máxima NAD (µg/kg/min) [Me (s)]	1,14 (± 0,73)	0,63 (± 1,14)	0,12
Terapia reemplazo renal continua (%)	40%	23,5%	0,20

Conclusiones: Limitación por n pequeña. Los grupos son comparables al no existir diferencias significativas en edad, comorbilidad, gravedad, estancia en UCI, presencia de fracaso renal o días de VM. La mortalidad global es mayor en el G1 de manera significativa. Esta diferencia en mortalidad podría explicarse por los datos de mayor hipoperfusión en el G1, como son mayores cifras de lactato (con significación estadística) y tendencia a mayores requerimientos de noradrenalina. En el grupo 1 se aplica más frecuentemente la TRRC que al G2, con una tendencia hacia una mejor función renal al alta.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

SIMULACIÓN/NUEVAS TECNOLOGÍAS/GESTIÓN

11:05-11:25 - Pantalla 8

Moderadora: Aída Fernández Ferreira

616. 6 AÑOS DE EXPERIENCIA DE EVALUACIÓN COMPETENCIAL 360º DE LOS/AS ESTUDIANTES DE 4º Y 6º CURSO DEL GRADO DE MEDICINA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE NIVEL 2

Rodríguez Giardinieri DP, Arauzo Rojo V, Aranda Sánchez M y Romero Rascón C

Hospital de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Analizar las competencias que adquirieron los estudiantes de Medicina de 4º año de la materia Prácticas Clínicas Médicas 2 (PCM2) y de 6º año del Rotatorio Clínico en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital universitario de 2º nivel. Describir las valoraciones de las rotaciones por parte de los estudiantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Desarrollado en el SMI del Hospital de Terrassa entre septiembre de 2017 y junio de 2023. Muestra: estudiantes de 4º y 6º año del grado de Medicina que rotaron en el SMI. Variables estudiadas: evaluación de los estudiantes mediante las rúbricas, valoración de la rotación por parte de los estudiantes e impacto de la rotación. Para evaluar a los estudiantes se utilizó una rúbrica específica para cada rotación diseñada por la Universidad y que se puntúa mediante la escala de Likert. Además, incluye una nota subjetiva del evaluador. La rúbrica de PCM2 valora 24 puntos. La puntuación es sobre 4: de insuficiente a excelente. La rúbrica del Rotatorio Clínico valora 12 puntos. La puntuación es sobre 5: de Insuficiente o erróneo a excelente. La valoración de la rotación incluye 14 puntos. Se puntúa de 1 a 5: de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo.

Resultados: Se analizaron 52 rúbricas y 41 valoraciones de 52 estudiantes: 30 (58%) mujeres, 22 (42%) hombres; 33 de 4º año y 19 de 6º año. Se evidencia la adquisición global de las competencias y una alta valoración de las rotaciones por parte de los estudiantes.

Rúbricas de 4º	Media global
Actitud, comportamiento ético y valores profesionales	9,18
Competencias específicas	8,19
Competencias transversales	8,68
Valoración subjetiva del evaluador	7,99
Calificación de las prácticas	8,46
Calificación global del tutor	8,37

Rúbricas de 6º	Media global
Conocimientos y habilidades	3,92
Valores, actitudes, comunicación y comportamiento profesional	4,25
Nota del material	3,84
Nota subjetiva global (1-10)	8,04

Valoración de la rotación	Media global
Acogida en el Hospital de Terrassa	4,85
Valoración del Servicio/tutor clínico	4,5
Visión global del Hospital de Terrassa	4,59



QUART CURS

ESPECIALITAT: _____

Nom _____

Cognoms _____

Per a realitzar l'avaluació cal assegurar que l'alumne ha assistit a totes les pràctiques, considerant com a màxim dues faltes justificades i, en cas de retards, es deixarà a consideració del Tutor Clínic.

1- Insuficient; 2- Suficient; 3- Acceptable; 4- Excel·lent

Escriure en cada casella el valor indicat en la capçalera de la columna. La nota sortirà automàticament

1- ACTITUD, COMPORTAMENT ÈTIC I VALORS PROFESSIONALS (20%)	NOTA (1-4)
Motivació (Il·lusió professional. Aspirar a l'excel·lència.Cercar informació, consultar els dubtes,..)	
Implicació (Interès per activitats professionals desenvolupades, participació en sessions, interès en aprofundir,...)	
Iniciativa (Actitud proactiva i col·laboradora.)	
Nivell de responsabilitat (Interès pels coneixements treballats, bon ús dels recursos, organització i prioritització de tasques,...)	
Puntualitat (Cumplir horari i justificar les incidències. Cumplir terminis proposats.)	
Ordre i manteniment del material de treball	
Respecte i sensibilitat amb els pacients i d'altres professionals en el desenvolupament de la pràctica	
Comprensió i respecte del secret professional	
Valor apartat "Actituds"	0,0

3- COMPETÈNCIES ESPECÍFIQUES (50%)	NOTA (1-4)
Mostra el nivell de coneixements adequat a la trajectòria del curs. Capacitat d'integrar coneixements.	
Habilitat per realitzar una anàlisi pròpia de l'especialitat	
Habilitat per a realitzar una exploració física pròpia de l'especialitat	
Coneixement de les tècniques diagnòstiques i procediments relacionats amb l'especialitat	
Nivell d' interpretació de les proves diagnòstiques específiques	
Capacitat per relacionar signes i símptomes	
Valor apartat "Competències específiques"	0,0

4- COMPETÈNCIES TRANSVERSALS (20%)	NOTA (1-4)
Habilitat en la recollida de dades i cerca d'informació .	
Capacitat per a redactar històries clíniques i /o altres registres mèdics de forma clara i comprensible a tercers	
Capacitat per a comunicar-se efectiva i clarament, tant en forma oral com escrita, amb altres professionals	
Relació amb altres professionals i interès pel treball en equip	
Capacitat per a comunicar-se efectiva i clarament, amb pacients, familiars , proximitat en el tracte, empatia...	
Mostra certa autonomia d'acord al nivell esperat segons el seu rol	
Valor apartat "Competències transversals"	0,0

Valoració subjectiva de l'avaluador (10%):	NOTA (1-4)

Valora la realització de la Història Clínica	
Valora l' informe d'alta	
Valora la realització Informe reflexiu	
0,0	

Comentaris:

Qualificació de les pràctiques: **0,0**

Qualificació que com a tutor donaries a l'alumne valorant del 0 al 10: _____

Nom avaluador: _____

Signatura: _____

Data: _____



RÚBRICA DEL TUTOR CLÍNICO

curso 22-23

Nombre del alumno:	Periodo de prácticas:
Centro:	Especialidad:
Tutor clínico:	

OBJETIVOS EVALUADOS	RESULTADOS ESPERADOS	Nivel de resultados				
		1	2	3	4	5
Conocimientos y habilidades						
Nivel de conocimientos teóricos	Capacidad de integración. Conocimientos completos y asimilados. Localiza, criba y sintetiza la información fiable y actualizada.	Insuficiente o erróneo. Puede perjudicar su práctica clínica	Discreto o con leves carencias	Suficiente	Bueno	Excelente
Habilidad en la realización de la historia clínica	Realiza una Hª completa y comprensible de forma rutinaria. Expresión lógica, organizada y oportuna. Sintetiza la información pertinente.	Insuficiente o erróneo. Puede perjudicar su práctica clínica	Discreto o con leves carencias	Suficiente	Bueno	Excelente
Habilidad en la realización de la exploración física	Realiza un examen físico y una valoración mental completos y detallados.	Falta sistemática exploratoria	Alguna omisión en la sistemática exploratoria	Exploración física correcta	Buena sistemática exploratoria	Exploración completa y detallada
Habilidad en el diagnóstico diferencial y enfoque de problemas	Identifica bien el problema, conoce la enfermedad y sus causas. Se cuestiona y plantea unas buenas opciones diagnósticas, elabora una conducta a seguir razonable.	Importantes omisiones o errores serios	Alguna omisión y error	Suficiente	Bueno	Excelente
Habilidad en la utilización adecuada de las exploraciones o tratamientos	Plantea las exploraciones o tratamientos más adecuados en términos de riesgo, eficacia y gasto proporcionado al beneficio. Conoce las limitaciones de las pruebas. Interpreta adecuadamente los resultados de las mismas.	Importantes omisiones o errores serios	Alguna omisión y error	Suficiente	Bueno	Excelente
Toma de decisiones	Consulta a tiempo. Conoce los datos de alarma y actúa adecuadamente. Asume el liderazgo cuando es apropiado.	No es autónomo	Necesita la supervisión constante en la toma de decisiones	Toma las decisiones de forma correcta	Es autónomo y coherente	
Manejo de la información	Utiliza las tecnologías de la información y la comunicación en las actividades clínicas de forma adecuada y adaptada a las necesidades de cada momento.	Insuficiente o erróneo	Manejo limitado	Manejo correcto	Manejo con destreza y facilidad	Manejo excelente, adaptado a las necesidades



RÚBRICA DEL TUTOR CLÍNICO

curso 22-23

Nombre del alumno:
Centro:
Tutor clínico:

Periodo de prácticas:
Especialidad:

Valores, actitudes, comunicación y comportamiento profesional

Relación con el paciente y familiares	Conecta, muestra interés y se centra en el paciente. Tiene en cuenta el secreto profesional. Favorece un entorno de intimidad apropiado. Favorece los diferentes enfoques de la familia y les ayuda a participar. Conoce y sabe manejar sus propios sentimientos.	Importantes carencias	Discreto o con leves carencias	Suficiente	Buena	Excelente
Relación con otros profesionales e integración en el equipo asistencial	Es un miembro efectivo y activo del equipo. Respeta a sus compañeros. Se comunica de forma clara.	Importantes carencias	Poca interacción y participación	Buen nivel de integración	Integrado y participativo	Excelente integración
Conducta profesional. Asistencia, participación, puntualidad	Excelente conducta profesional y grado de madurez. Conoce los elementos esenciales de la profesión. Muestra respeto e interés por sus pacientes y su entorno. Asume a los pacientes como propios	Deficiente profesionalidad y madurez	Escasa profesionalidad y madurez	Correcta profesionalidad y madurez	Buena profesionalidad y madurez	Excelente profesionalidad y madurez
Motivación, dedicación, iniciativa	Muestra ilusión por su trabajo. Aspira a la excelencia. Mantiene una correcta gestión del tiempo. Sugiere mejoras en el trabajo.	Desmotivado y pasivo	Cierta desmotivación o desinterés	Implicación suficiente	Buen nivel de implicación y motivación	Aspira a la excelencia
Feedback al alumno sobre la PRÁCTICA CLÍNICA						
Valoración y feedback al alumno sobre EL MATERIAL						
Nota del material	Se valorará: la presentación y calidad del contenido	Material no presentado	Material poco trabajado o presentación inadecuada	Material adecuado en forma y contenido	Material de buena calidad en forma y contenido	Material excelente en forma y contenido

Si tuviera que poner una nota subjetiva global (del 1 al 10) =

Valoración de la rotación	1- Totalmente en desacuerdo	2- En desacuerdo	3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4- De acuerdo	5- Totalmente de acuerdo
La acogida en el Hospital de Terrassa					
- La acogida del primer día ha sido satisfactoria					
- Las explicaciones me han resultado útiles					
- La documentación recibida ha sido suficiente para la estadía formativa					
Valoración del Servicio/tutor clínico					
- La integración al equipo ha sido satisfactoria					
- He recibido un trato adecuado por parte del equipo					
- El tutor ha mostrado interés por mi aprendizaje					
- Su capacidad didáctica me ha facilitado el aprendizaje					
- He alcanzado los objetivos de las prácticas					
- Los conocimientos adquiridos me han resultado útiles					
Visión global del Hospital de Terrassa					
- Teniendo en cuenta el tipo de centro, cuenta el equipamiento que le corresponde					
- El trato que se brinda a los pacientes del hospital por parte de los profesionales es adecuado					
- El trato entre los profesionales del hospital es el adecuado					
- Me gustaría trabajar en el Hospital de Terrassa					
- Sería partidario de tratar a un familiar en el Hospital de Terrassa					

Rúbricas de 4º	Media	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
Actitud, comportamiento ético y valores profesionales	9,18	9,85	8,76	9,17	8,80	8,68	9,43
Competencias específicas	8,19	8,27	7,37	7,92	7,90	8,10	9,18
Competencias transversales	8,68	9,53	7,94	8,63	8,10	8,03	9,21
Valoración subjetiva del evaluador	7,99	8,45	7,41	7,47	7,50	6,88	9,25
Calificación de las prácticas	8,46	8,85	7,74	8,25	8,10	8,10	9,24
Calificación global del tutor	8,37	8,50	7,71	8,45	8,00	7,93	9,13
Rúbricas de 6º	Media Global	2017-18	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
Conocimientos y habilidades							
Nivel de conocimientos teóricos	4,11	4	4	4	4,00	4,25	4,00
Habilidad en la realización de la historia clínica	4,00	3	4	4	3,66	4,25	4,50
Habilidad en la realización de la exploración física	3,84	4	4	4	3,66	3,87	4,00
Habilidad en el diagnóstico diferencial y enfoque de problemas	4,21	4	4	4	4,00	4,37	4,50
Habilidad en la utilización adecuada de las exploraciones o tratamientos	3,84	4	4	4	3,50	4,12	3,50
Toma de decisiones	3,58	3	4	3	3,50	3,75	3,50
Manejo de la información	3,84	4	4	4	3,83	3,87	3,50
Valores, actitudes, comunicación y comportamiento profesional							
Relación con el paciente y familiares	4,21	4	4	4	4,33	4,12	4,50
Relación con otros profesionales e integración en el equipo asistencial	4,26	4	4	5	4,00	4,50	4,00
Conducta profesional. Asistencia, participación, puntualidad	4,21	4	5	4	3,83	4,62	3,50
Motivación, dedicación, iniciativa	4,32	4	4	5	4,33	4,37	4,00
Nota del material	3,84	4	4	4	3,83	4,00	3,00
Nota subjetiva global	8,04	8	8	8	7,80	8,28	8,00
Valoración de la rotación	Media Global	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23
La acogida en el Hospital de Terrassa							
La acogida del primer día ha sido satisfactoria	4,85	4,83	4,8	5,00	5,00	4,88	4,67
Las explicaciones me han resultado útiles	4,85	4,83	5	4,83	4,86	4,88	4,78
La documentación recibida ha sido suficiente para la estadía formativa	4,85	4,83	5	5,00	5,00	4,88	4,78
Valoración del Servicio/tutor clínico							
La integración en el equipo ha sido satisfactoria	4,41	4,83	5	4,83	4,00	3,88	4,33
He recibido un trato adecuado por parte del equipo	4,63	4,67	5	5,00	4,29	4,38	4,67
El tutor ha mostrado interés por mi aprendizaje	4,58	4,83	5	4,67	4,43	4,13	4,67
Su capacidad didáctica me ha facilitado el aprendizaje	4,48	4,83	5	4,67	4,29	4,00	4,44
He alcanzado los objetivos de las prácticas	4,34	4,83	5	4,50	3,57	3,88	4,56
Los conocimientos adquiridos me han resultado útiles	4,56	5,00	5	5,00	3,86	4,13	4,67
Visión global de l'hospital de Terrassa							
Teniendo en cuenta el tipo de centro, cuenta con los equipamientos que le corresponden	4,75	4,83	4,6	5,00	4,86	4,63	4,67
El trato que se da a los pacientes del hospital por parte de los profesionales se	4,65	4,50	4,6	5,00	4,86	4,38	4,67
El trato entre los profesionales del hospital es el adecuado	4,60	4,83	4,6	4,83	4,43	4,38	4,67
Me gustaría trabajar en el Hospital de Terrassa	4,41	4,17	4,4	4,83	4,43	4,63	4,11
Sería partidario de tratar a un familiar en el Hospital de Terrassa	4,52	4,33	4,4	4,83	4,50	4,63	4,44

Conclusiones: Las prácticas clínicas de estudiantes de Medicina en el SMI son una oportunidad para el desarrollo de competencias transversales y específicas incorporando además la complejidad de la atención al paciente crítico y su entorno más allá del espacio de simulación.

617. ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO CON EL SERVICIO EXTENDIDO DE CUIDADOS INTENSIVOS? PUNTOS FUERTES TRAS 14 AÑOS DE CAMINO

Labrador Romero L, Ortiz Lasa M, Berrazueta de Sánchez de Vega A, López Sánchez M, Gómez Marcos V y Ruiz Ruiz AM

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: La continuidad de cuidados entre las UCI y las plantas de hospitalización es un punto crucial en la atención a los pacientes críticos, existiendo diferentes estrategias, como el seguimiento por profesionales de UCI tras el alta. El objetivo es analizar los principales puntos fuertes del Servicio extendido de cuidados intensivos después de más de diez años de implantación en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Ámbito: Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel que atiende a pacientes médicos, quirúrgicos, adultos y pediátricos. Desde 2009 existe la desescalada de cuidados a una unidad de intermedios o traslado directo a hospitalización mediante seguimiento experto y protocolizado por el SECI. La actividad se monitoriza por una serie de indicadores periódicos (estancia media, cobertura altas UCI, reingresos, objetivos terapéuticos). Además, el SECI realiza la atención de llamadas urgentes en horario de mañana.

Resultados: En 2023, el SMI trasladó a 1.434 pacientes a otros servicios hospitalario. De ellos el 4,4% reingresó de forma no programada y el 3,9% tenían orden de LTSV. 522 pacientes (36,4%) cumplían criterios de seguimiento por SECI y los principales puntos abordados fueron el ajuste antibiótico (21,3%), vigilancia de CVC (26,4%), ajuste de nutrición (14,9%), intensificación fisioterapia y rehabilitación (17,2%), ajuste de analgesia (4,6%), reintroducción medicación domiciliaria (11,5%) y seguimiento multidisciplinar (63,6%). Las principales partes interesadas fueron los Servicio de Rehabilitación, Enfermedades Infecciosas, Nutrición, Medicina interna, Nefrología y Geriátrica, además de los servicios receptores de nuestros pacientes.

Conclusiones: Conocer nuestras principales actividades (multidisciplinar, CVC, antibiótico) e identificar a nuestras partes interesadas nos permite hacer un seguimiento más dirigido y disponer de tiempo para ampliar nuestras actividades como incorporar a la enfermería al SECI y liderar nuevas actividades como la alerta temprana.

618. PROCEDIMIENTO DE DESENSIBILIZACIÓN ALÉRGICA A UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

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

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

Objetivos: Desde el sistema de control de calidad (acreditados desde el año 2018 según la norma ISO 9001:2015), se ha abordado diversos aspectos con el fin de garantizar que la desensibilización en nuestra unidad se lleve a cabo de manera óptima, mediante la coordinación de los servicios involucrados. Nuestra meta consiste en describir el innovador sistema empleado por la Unidad de cuidados intensivos del Hospital Santa Lucía de Cartagena para supervisar el proceso de desensibilización y comprobar finalmente su cumplimiento en un intervalo de 9 meses.

Métodos: En el Hospital Santa Lucía de Cartagena, hemos desarrollado una nueva metodología basada en la coordinación entre los distintos servicios con el objetivo de conseguir la máxima seguridad en el paciente. Este sistema pionero, poco desarrollado y que garantiza la calidad asistencial y la seguridad de nuestros pacientes consta de distintos pasos. En primer lugar, se hace una interconsulta al servicio de medicina intensiva y enfermería proporciona una cita según agenda. En segundo lugar, se ingresa al paciente comprobando que se disponga del consentimiento informado. En tercer lugar, se solicita a farmacia el tratamiento y se comprueba que este se corresponda con el informe de alergia en Selene y la hoja de Oncofarm y este se transcribe a ICCA. Es importante en este punto que en ICCA se transcriba la orden para enfermería de "comprobación pauta desensibilización". Finalmente, enfermería comprueba que la pauta de tratamiento prescrita en ICAA sea la correcta. En nuestro caso

el sistema se está implantando y esta revisión tiene como objetivo comprobar y mostrar la tasa de cumplimiento. Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo. La muestra la conforman los pacientes oncológicos ingresados para desensibilización a sus tratamientos quimioterápicos en un intervalo de tiempo desde enero hasta septiembre 2023.

Resultados: Durante este tiempo contamos con 20 pautas de desensibilización a tratamientos oncológicos. De estos solo en 5 pautas se ha pasado este sistema de chequeo, lo que supone una tasa de cumplimiento del 25%.

Conclusiones: El procedimiento de desensibilización alérgica a tratamientos oncológicos es un método pionero, muy innovador. Este supone ventajas con respecto a los métodos antiguos. Ha mejorado la coordinación con los servicios implicados y hemos optimizado la seguridad para el paciente alérgico sin otra alternativa de tratamiento. En este caso tras los resultados obtenidos podemos concluir que debemos mejorar la recogida de estos datos e insistir en la implantación de este nuevo método por las ventajas que supone.

619. CREACIÓN DE UNA PÁGINA WEB EN EL SERVICIO DE UCI DEL HOSPITAL DOCTOR BALMIS DE ALICANTE

Zubia Mora A, Lucas García A y Pérez Seva FJ

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un servicio en donde se requieren conocimientos específicos sobre técnicas, aparataje y su montaje, que necesita personal especializado y en constante formación. Lo que nos encontramos día a día, es personal de nueva incorporación que no maneja este tipo de información o personal experto que necesita en un momento dado realizar una consulta sobre alguna técnica o procedimiento. Por lo que, debido a la falta de guías y protocolos de acceso rápido nos planteamos crear una página web de consulta. Dotar de una herramienta de consulta de guías y protocolos actualizados, de acceso rápido y sencillo para los profesionales de UCI.

Métodos: Buscamos un sistema para crear una página web de forma gratuita e independiente, con diversos usuarios que puedan modificarla. A la que pueda acceder tanto desde un ordenador como desde un móvil, de manera sencilla y gratuita. Todas estas características las encontramos en Google Sites. Realizamos una revisión y sintetización de los protocolos vigentes en nuestra UCI que nos permita una vista previa rápida. Además, realizamos fotos del material y videos de su montaje y funcionamiento. Se realizan videos tanto en laboratorio de simulación como en el servicio, explicando las técnicas más habituales.

Resultados: Obtenemos una página web estructurada en diferentes secciones: adulto, pediatría, técnico de cuidados de enfermería y fisioterapia; esta a su vez, se divide por temática de actuación y sistemas corporales. El acceso es mediante enlace en la página web de ISABIAL, enlace directo a través de WhatsApp o mediante escaneo de código QR disponible en los boxes de UCI. El registro se realizaría mediante un email.

Conclusiones: La creación de la web nos permite acceso rápido para consulta de guías y protocolos, así como la constante actualización de la información contenida.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

METABOLISMO/NUTRICIÓN/ÉTICA

11:05-11:25 - Pantalla 9

Moderador: Carlos González Iglesias

620. ANÁLISIS DE LOS CASOS DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA INGRESADOS DURANTE UN PERIODO DE DOS AÑOS

Ávila Ariza M, Vilchez Anguita A, Morente García E y Nuevo Ortega P

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

Objetivos: La cetoacidosis diabética es una emergencia endocrina, precisando los casos más severos, ingreso en UCI. Nuestro objetivo analizar los pacientes ingresados en nuestra unidad durante el periodo de dos años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de seguimiento retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI del HUVV con diagnóstico de cetoacidosis diabética del 1 enero 2022 al 4 diciembre 2023. Se analizaron variables demográficas, analíticas, manejo terapéutico, así como supervivencia al alta y días de estancia. El análisis se ha realizado con el método estadístico SPSS.

Resultados: Ingresaron un total de 22 pacientes con diagnóstico de cetoacidosis diabética. La mayoría (59,1%) durante el año 2023. Del total, el 50% fueron varones; el 50% eran diabéticos tipo 1 y en solo 4,54% fue el debut de la enfermedad. La edad media fue de 51,4 años. En cuanto al tratamiento, el grueso (68,2%) tomaba insulina. La cetonemia media fue 4,809, IC95 (3,05-6,55), el valor de ácido láctico medio al ingreso fue 6,43 IC95 (3,99-8,87) y la glucemia media con la que ingresaron fue 448,95 IC95 (337,47-554,43). Así mismo, precisaron TDR en modalidad HDFVVC el 22,72% y ventilación mecánica el 36,36% durante su ingreso. La mediana de estancia en UCI fue de 4 días. Al alta, se indicó tratamiento con insulina al 90,47% para control glucémico. La supervivencia fue del 95,4%.

Conclusiones: El perfil de paciente que ingresa en nuestra unidad por cetoacidosis diabética es de forma indiferente varón o mujer con una edad media de 51,4 años, a su llegada presenta hiperglucemia, con tratamiento domiciliario con insulina. Pese a que la cetoacidosis diabética es una emergencia que requiere manejo inmediato con un seguimiento estrecho, precisando ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de los casos no requieren medidas invasivas soporte extrarrenal y casi la totalidad de los pacientes sobrevive. Su incidencia se ha visto incrementada progresivamente debido quizás al uso cada vez más extendido de antidiabéticos y al aumento de población con diabetes mellitus.

621. LOS DISTINTOS TIPOS DE MUERTE EN UCI SEGÚN LA OBRA INTELLECTUAL DE PEDRO LAÍN ENTRALGO

Molina Domínguez E¹, Díaz Álvarez JM², Segovia García de Marina L¹ y Marín Marín CM¹

¹Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, ²Facultad de Filosofía UNED, Madrid.

Objetivos: Según Laín Entralgo “la medicina es el arte de ir ganando terreno a la muerte” y realizar con mayor calidad de vida nuestros proyectos vitales. La muerte es una posibilidad dentro de la relación médico-paciente. El objetivo del estudio es conocer los diferentes tipos de muerte en el ser humano enfermo según nos enseñó Laín Entralgo. El objetivo es conocer los diferentes tipos de muerte en el ser humano enfermo según mostró Pedro Laín Entralgo.

Métodos: Se analizan 2 obras de nuestro autor “Antropología médica para clínicos” y “La relación médico-paciente” destacando los diferentes elementos en sus estudios.

Resultados: Podemos distinguir 4 tipos de muerte en el ser humano enfermo La muerte biográfica” o “pérdida parcial de la vida” o “muerte parcial biográfica, en donde se pierde una función que pierde conseguir la vida personal del paciente. “La muerte biológica” o cese total de vida, siendo la facies hipocrática durante el estado de agonía lo visible en este estadio cuando falla el “trípode vital”: corazón, cerebro y pulmón. “Muerte social” es la definitiva desaparición de un hombre en una sociedad. “La muerte como evento histórico y social”, con todos los ritos sociales de la agonía.

Conclusiones: En la actualidad, la muerte es un evento además de un ser un hecho biológico, clínico y social. Morir es un elemento de reflexión para el médico. No se debe renunciar a la tecnología para mejorar la vida y sanar al enfermo, aunque le plantee serios problemas al médico. El paciente que ingresa en medicina intensiva y que fallece pasan por estos 4 tipos de muerte, siendo la muerte biográfica el subtipo que más problemas plantea al paciente y a la medicina, así como al médico, ya que hay pérdida irreversible de una función fisiológica para continuar viviendo social e históricamente.

622. MORTALIDAD Y OTRAS VARIABLES EVOLUTIVAS EN PACIENTES CRÍTICOS OBESOS > 65 AÑOS

Villarrol Escalante M

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Estudiar en una cohorte de pacientes no quirúrgicos > 65 años con IMC \geq 30 e insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de ventilación mecánica invasiva los días de ventilación mecánica, días de vasoactivos y mortalidad. Se compararán los resultados en la cohorte de pacientes con IMC entre 30-34,9 (grupo 1) e IMC mayor de 35 (grupo 2).

Métodos: Estudio retrospectivo no paramétrico utilizando U Mann-Whitney para muestras independientes en UCI polivalente de un hospital secundario de 12 camas durante los años 2020-22. Variables estudiadas: datos demográficos, índice de gravedad (SAPS 3) APACHE II, días de ventilación mecánica, tratamiento renal sustitutivo y vasoactivos. Tratamiento nutricional, ratio U/C, tiempo de estancia y mortalidad en UCI.

Resultados: Se seleccionaron 88 pacientes de 995, con edad mayor de 65 años (media de 71 años), ingresados por insuficiencia respiratoria aguda. 44 pacientes con IMC entre 30- 34,9 y 44 mayor a 35 kg/m². 50% varones 50% mujeres en ambos grupos, SAPS3 medio 53 puntos (días de vasoactivos con media de 14 y DE 17, días de VM mediana 9 con IIQ 2;22. El 93% de los pacientes iniciaron nutrición en las primeras 24 horas (un 80% con nutrición enteral). Días de estancia mediana 13 días con RIQ 7;33 y mortalidad global del 32% (28%COVID) el total de paciente, 67 fueron ingresados por neumonía COVID.

Tabla de resultados

	IMC 30-34,9	IMC \geq 35	p
Pacientes N (%)	44 (50)	44(50)	
SAPS 3 (media; DE)	53;13	52;9	0,698
APACHE II (media; DE)	13;4	15;7	0,477
Días de vasoactivos (media; DE)	15;18	14;20	0,143
Días de VM* invasiva (mediana; RIQ)	11;(5;21)	8;(0;19)	0,254
Ratio U/C mg/dl (media; DE)	58;22	65;24	0,247
TCRR (N; %)	5(6)	7(8)	0,332
Días de estancia en UCI (mediana; RIQ)	15;(11;34)	13;(4;29)	0,220
Mortalidad (N; %)	16;36	12;27	0,360

VM: ventilación mecánica; TCRR: terapias continuas de reemplazo renal); U/C: urea/creatinina.

Conclusiones: En nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en la mortalidad y el resto de variables estudiadas en los pacientes con IMC 30-34,9 respecto a IMC > 35 mg/m². Se requiere de más estudios y con mayor número de pacientes para determinar el impacto real de la obesidad en variables clínicas relevantes durante la enfermedad crítica.

623. HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR DE MORTALIDAD EN UCI

Flecha Morales N, Raya Rojas L, López Esteban IM, Cerezo Arias MO y Córdoba López A

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

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles de albúmina al ingreso y el pronóstico en una UCI polivalente.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo; muestra de 311 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Badajoz; periodo de enero a junio del 2023; se seleccionaron pacientes con niveles de albúmina sérica < 3 g/dl y se relacionó con distintas variables (APACHE II, SOFA, estancia, mortalidad, diagnóstico al ingreso); el estudio estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: La mayoría de los pacientes con hipoalbuminemia se encuentran en rango de edad 60-79 años (145 pacientes, 48%). Los pacientes con hipoalbuminemia severa (< 2,2 g/dl) tienen APACHE al ingreso de 16-17 y valores de SOFA \geq 10. Se obtiene un 15,9% de mortalidad global, siendo el 84% de mortalidad en pacientes con Albuminas más bajas. Respecto a días de estancia en UCI el 82,1% estuvieron 7 días, el 7-8% de dos semanas a un mes, y el 2,7% de los pacientes estuvieron más de un mes. El diagnóstico de ingreso con más hipoalbuminemia fue los neurocríticos (33,9%).

Conclusiones: En la bibliografía revisada, se demuestra que en el paciente crítico se origina una situación hipercatabólica y proinflamatoria, resultando en concentraciones séricas bajas de albúmina y prealbúmina y distorsionando sus funciones, siendo factor potencial de aumento de morbimortalidad, en nuestro estudio encontramos los mismos resultados. La hipoalbuminemia al ingreso en UCI se correlaciona con mayor peor pronóstico del paciente crítico.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

SEPSIS/FRACASO MULTIORGÁNICO I

11:05-11:25

Pantalla 10- Moderadora: Nieves Carbonell Monleón

624. APLICACIÓN DE LOS BUNDLE DE LA SEPSIS EN LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Eiras Abalde F, Cenoz Osinaga JI, Sancho Muriel D, Blanco Chapela J, Martínez Melgar JL, de la Campa Gestido A, Touceda Bravo A, Ortega Montes A, Engroba Otero Á y Sertal Parcero R

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra.

Objetivos: El principal objetivo de este estudio es describir la calidad asistencial prestada a todos los pacientes con sepsis en el Área Sanitaria Pontevedra-Salnés entre abril y junio de 2022, valorando si se han aplicado adecuadamente las intervenciones que se recomiendan en el Código Sepsis.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de edad ingresados en el Área Sanitaria Pontevedra-Salnés que hubieran tenido un episodio de sepsis entre el 01/04/2022 y el 30/06/2022. En el análisis descriptivo las variables cualitativas se expresan como porcentajes y frecuencias absolutas. Las variables numéricas se indican mediante la media y la desviación típica, cuando sigan distribución normal, o con la mediana y el rango intercuartílico si resultan no gaussianas. Como pruebas de normalidad se emplean el test de Kolmogorov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk.

Resultados: Se han incluido 80 pac. El 27,34% tenían ≤ 70 años, 20,25% entre 71-80 años y 33,41% ≥ 81 años. El 49,61% eran hombres y el 31,39% mujeres. El 27,34% tenían un índice de Charlson 0-4 al ingreso, el 43,54% entre 5-7 y 10,13% > 7 . La mediana de SOFA inicial y peor SOFA es 5. El SOFA inicial 65% entre 2-5, 31,25% entre 6-10 y 3,75% ≥ 10 . El peor SOFA durante el ingreso 57,5% entre 2-5, 32,5% entre 6-10 y 10% ≥ 10 . La mediana de estancia hospitalaria es 12 días. Un 31,3% de los pac han ingresado en UCI, de ellos el 44% tenían ≤ 70 años, 36% entre 71-80 años y 20% ≥ 81 años. La mortalidad global ha sido del 33,8%, el 36% de los pac ingresados en UCI y 32,75% de los no ingresados en UCI. La fluidoterapia en pac con hipoperfusión ($n = 64$) se ha administrado en 78,1%, > 3 horas 10 pac (6 *exitus*, 10 vivos), < 3 horas 40 pac (12 *exitus*, 28 vivos). En los pac con hipotensión ≥ 30 ml/kg/3 h en 23 pacientes (15 vivos, 8 *exitus*), < 30 ml/kg/3 h en 28 pac (18 vivos, 10 *exitus*), no fluidoterapia 13 (8 vivos, 5 *exitus*). La determinación de lactato se ha realizado en un 88,75% de los casos. La recogida de hemocultivos se ha realizado en un 83,8% de los casos, con una mediana de tiempo desde la sospecha diagnóstica de 15 min. El tratamiento antibiótico empírico inicial se ha administrado en el 100% de los casos en menos de 3 horas. El control de foco ha sido necesario en un 25% de los casos (13 intervención quirúrgica, 4 radiología intervencionista y doble J 6 pacientes).

Conclusiones: De manera global el manejo de los pacientes con sepsis en el Área Sanitaria de Pontevedra-Salnés consideramos que los resultados sobre la adherencia a las recomendaciones incluidas en el Código Sepsis en la práctica clínica asistencial tienen una importante capacidad de mejora.

625. IMPACTO DE LA VASOPRESINA EN LA MORTALIDAD DEL SHOCK

García Valiente M, Navarro Martínez J, Bruna Pividal EI, Arcis Conesa A y Nicolás Franco S

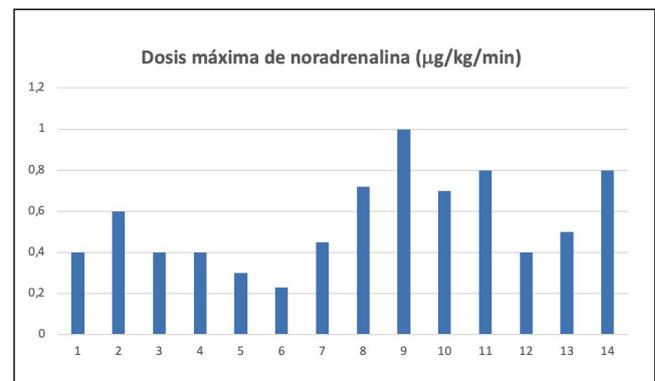
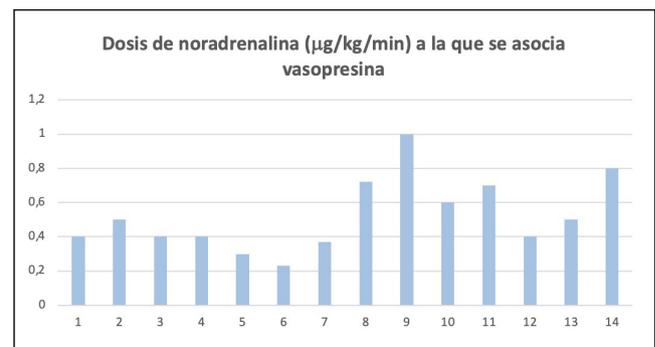
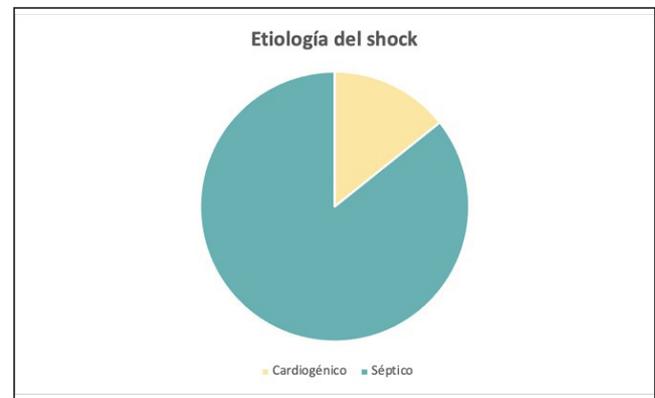
Hospital Rafael Méndez, Murcia.

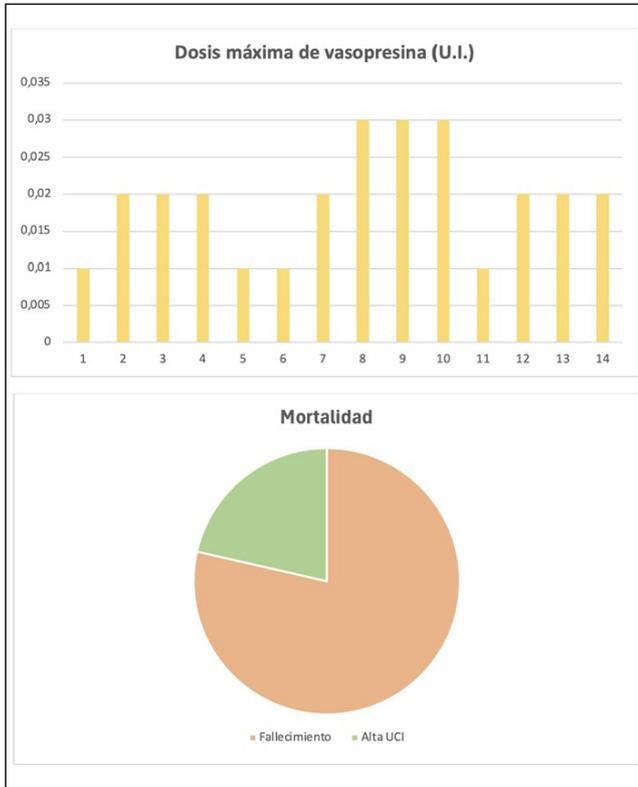
Objetivos: El shock es uno de los principales motivos de ingreso en UCI, que además presenta alto riesgo de mortalidad. Siguiendo las recomendaciones de la evidencia actual, en situación de shock se debe iniciar fluidoterapia con cristaloides así como plantear la noradrenalina como primer vasopresor. En caso de no lograr el objetivo de presión arterial media con dichas medidas, se propone asociar la vasopresina

como segundo vasopresor en vez de escalar dosis de noradrenalina. En nuestra Unidad, tuvimos disponibilidad de vasopresina desde abril de 2023. De esta forma, el objetivo de nuestro estudio fue evaluar los resultados en cuanto a mortalidad de la asociación de este segundo vasopresor en pacientes con shock ingresados en UCI.

Métodos: La población a estudio se constituye por todo paciente ingresado en la UCI del H.U. Rafael Méndez de Lorca por shock de cualquier etiología en el que, por la situación hemodinámica, se inicia vasopresina como segundo vasopresor. En todos los pacientes se guía la resuscitación mediante monitorización invasiva con sistema PiCCO o Swan-Ganz. Se lleva a cabo registro de datos demográficos, escalas de gravedad, etiología del shock, así como dosis de vasopresores. La recogida de datos se realizó entre el 01/04 y el 01/12/2023.

Resultados: Se obtuvo una muestra constituida por 14 pacientes ingresados en UCI por shock. La edad media de la muestra fue de 69 años, con una distribución equitativa en cuanto al género. Presentaban una puntuación media de 31 en la escala APACHE II (17-60) y de 15 en la escala SOFA (9-18). De la muestra, 2 pacientes presentaban shock de origen cardiogénico mientras que en los otros 12 pacientes era de origen séptico. El valor medio de dosis de noradrenalina en el que se inicia la vasopresina como segundo vasopresor fue de 0,52 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ (0,23-1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$). La dosis media utilizada de vasopresina fue de 0,02 UI (0,01-0,03 UI). Del total de la muestra, finalmente fallecen 11 pacientes durante su ingreso en UCI, presentando así una mortalidad del 79%.





Conclusiones: Los pacientes ingresados por *shock* en nuestra UCI presentan elevadas tasas de mortalidad a pesar de la incorporación de la vasopresina como segundo vasopresor. Se necesitan estudios posteriores en el que se analicen posibles determinantes en dichos resultados negativos.

626. INFECCIÓN INVASIVA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*, UN ACÚMULO DE CASOS EN LA UCI DE HOSPITAL SAN PEDRO EN 2023

Gómez Camino S, Abril Victorino JM, Chicote Álvarez E, Camino Ferro H, Mainar Gil I, Íñiguez de Diego A, Corta Iriarte L, Valero Jaime M, Pavia Pesquera C y Calvo Martínez A

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

Objetivos: Describir la presentación clínica atípica de la infección por *Streptococcus pyogenes* invasiva en una serie de pacientes ingresados en la UCI del Hospital San Pedro de Logroño en 2023.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, sin vínculo epidemiológico confirmado. Se incluyeron 8 pacientes mayores de 18 años, ingresados en la UMI del HSP de Logroño en 2023. Todos presentaban infección invasiva por *S. pyogenes* diagnosticada por clínica y aislamiento microbiológico. Se define como infección invasiva el aislamiento del microorganismo en cultivos de una muestra de un sitio estéril como por ejemplo sangre.

Resultados: El 75% son varones con media de edad de 59,3 años. El microorganismo causante es el *S. pyogenes*, letal en el 25% de los casos. El aislamiento en el 62,5% ha sido en hemocultivos. Los síntomas más frecuentes eran la disnea, tos y fiebre en > 50%. Entre los factores de riesgo más frecuentes están la diabetes y la coinfección con virus Influenza en el 50%. Además, el 50% no presenta ningún factor. El 100% ha presentado síndrome de *shock* tóxico (presencia de hipotensión arterial más dos de los siguientes: daño renal, plaquetas < 100.000, CID, fracaso hepático, SDRA, *rash* y necrosis de tejidos blandos) siendo el SOFA promedio de 10,11 al ingreso en UCI. En el tratamiento de estos pacientes se emplearon inmunoglobulinas en las primeras 24 h en el 50% y el 100% de los pacientes recibió antibioterapia de amplio espectro (al menos una dosis de penicilina, clindamicina y linezolid). Se ha precisado de soporte vasopresor con noradrenalina en todos, y además Vasopresina en el 25% de los casos. A su vez, debido a la afección miocárdica hasta el 50% ha precisado dobutamina. Durante su estancia en UCI, el 62,5%

de los pacientes ha requerido IOT y el 25% traqueotomía debido a la gran afección respiratoria (hasta el 87,5% ha presentado neumonía y el 25% asociaba derrame paraneumónico). Debido al fracaso renal, en el 50% ha sido necesaria la TRRC.

Conclusiones: El *S. pyogenes* es causa común de infección de piel, tejidos blandos y faringitis, pero su asociación con infección invasiva es menos frecuente. Aquí se describe la presentación atípica de la infección y su gravedad, presentado el 100% un síndrome de *shock* tóxico estreptocócico como complicación. A pesar de la ausencia de factores de riesgo en el 50%, la bacteria puede tener una alta virulencia, siendo la mortalidad de 25%. La clínica respiratoria es inespecífica pero no se puede excluir a esta bacteria como patógeno responsable. El diagnóstico precoz y tratamiento dirigido con antibióticos e inmunoglobulinas, está asociado a disminución de la mortalidad.

627. PROTEÍNA DE ALTA MOVILIDAD DEL GRUPO 1 (HMGB1) EN PACIENTES SÉPTICOS CON FRACASO RENAL AGUDO

Torres I¹, Crespo M¹, Salazar A¹, Romá C², Carmona D¹, Aragón IM¹ y Quiroga M¹

¹Hospital Universitario Dr. Peset Aleixandre, Valencia, ²Universidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Determinar la concentración sanguínea de la proteína HMGB1 en pacientes sépticos con fracaso renal agudo. Correlacionar sus niveles con el desarrollo de *shock* y mortalidad.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, prospectivo y longitudinal. Se recogen datos de los pacientes ingresados con el diagnóstico de sepsis y fracaso renal agudo, en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital Doctor Peset de Valencia desde el mes de octubre de 2022 hasta la actualidad. Se analizó la proteína HMGB1 al ingreso, a las 24 h, 48 h y 72 h. Correlacionamos los niveles de dicha proteína con la variable de *shock* y mortalidad.

Resultados: Se han reclutado 24 pacientes con una edad media de 66 años de los cuales el 62,5% fueron varones. Respecto a las comorbilidades la más prevalente fue la hipertensión arterial que presentaron en un 54,24%, seguida de la diabetes encontrada en el 50% de los pacientes. Respecto a la proteína HMGB1 el valor más elevado fue a las 24 h de ingreso con cifras de 13,7 µg/ml, con descenso progresivo en los días posteriores. Mediante test no paramétrico (U de Mann-Whitney), encontramos diferencias significativas entre los valores de la HMGB1 elevada a las 24 h y el desarrollo de *shock* séptico, sin embargo, no se encontraron diferencias en relación con la mortalidad en UCI y hospitalaria.

SOFA	
AL INGRESO	7 ± 2.75
A LAS 24 H	8.5 ± 4.4
APACHE	
AL INGRESO	16 ± 4.3
A LAS 24 H	19 ± 8.5
HMGB1	
AL INGRESO	12 (16.73)
A LAS 24 H	13.7 (9.3)
A LAS 48 H	11.7 (10.7)
A LAS 72 H	9.2 (4.3)
PCR	
AL INGRESO	240 ± 90
A LAS 24 H	266 ± 123
A LAS 48 H	247 ± 141
A LAS 72 H	250 ± 140
PCT	
AL INGRESO	16.8 (72.5)
A LAS 24 H	13.5 (65.2)
A LAS 48 H	6.4 (45.6)
A LAS 72 H	5.2 (15.8)
INTERLEUKINA 6	
AL INGRESO	1088 (4777)
A LAS 24 H	223 (564)
A LAS 48 H	94.3 (338.6)
A LAS 72 H	80.8 (98.86)
SHOCK	
SÍ	17 (70.8%)
NO	7 (29.2%)

Conclusiones: El valor de la HMGB1 a las 24 h de ingreso alcanza el valor máximo, siendo más elevado en los pacientes que desarrollaron *shock*. Sin embargo, no hubo ninguna diferencia significativa con la mortalidad.

VARIABLE			
EDAD	66±17		
SEXO			
HOMBRE	15 (62.5%)		
MUJER	9 (37.5%)		
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
SÍ	13 (54.24%)		
NO	11 (45.8%)		
DIABETES MELLITUS II			
SÍ	12 (50%)		
NO	12 (50%)		
DISLIPEMIA			
SÍ	7(29.2%)		
NO	11 (70.8%)		
EPOC			
SÍ	2 (8.3)		
NO	22 (91.7%)		
FIBRILACIÓN AURICULAR			
SÍ	2 (8.3)		
NO	22 (91.7%)		
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA CRÓNICA			
SÍ	2 (8.3)		
NO	22 (91.7%)		
MORTALIDAD			
MORTALIDAD EN UCI	5 (16.7%)		
MORTALIDAD EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN	2 (6.7%)		

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional y descriptivo con los datos obtenidos a partir de los pacientes ingresados en UCI por *shock* séptico desde junio a octubre de 2023. Se han distribuido según edad, evaluando el foco infeccioso, tipo de germen más frecuente, necesidad de medidas invasivas y gravedad según los días de estancia en UCI y desenlace final.

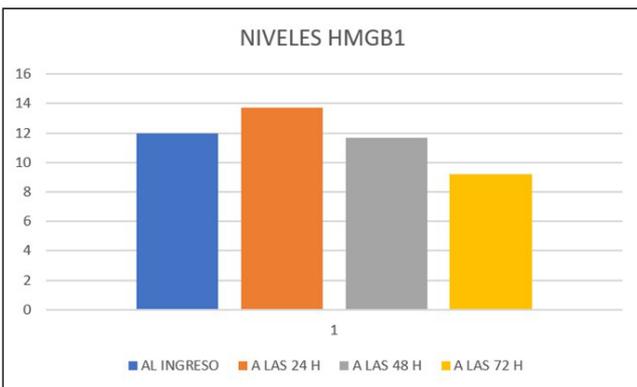
Resultados: Se han recogido un total de 34 pacientes (70,6% varones vs. 29,4% mujeres). De los varones, el 83% fueron mayores de 50 años, mientras que las mujeres ingresadas todas ellas tenían más de 50 años.

	Mujeres	Varones
Foco más frecuente	Urinario = respiratorio	Abdominal > respiratorio
Días de síntomas	5	5,16
Aislamiento de germen	90%	80%
Tipo de germen	Bacilo gram negativo	Bacilo gram negativo
Desarrollo de FMO	70%	62,50%
IOT	50%	74%
TCRR	40%	25%
Cirugía	30%	25%
Noradrenalina	100%	100%
Argipresina	30%	37,50%
Estancia en UCI	13,4 días	12 días
Exitus	40%	45,80%
Foco y germen más frecuente en pacientes fallecidos	Respiratorio. Coco gram positivo = COVID	Respiratorio y bacilo gram negativo
LTSV	25%	33%

Conclusiones: De los pacientes que ingresan en nuestra UCI por *shock* séptico, la mayoría son varones, constituyendo el 70,6%. El foco infeccioso más frecuente en varones es el abdominal seguido del respiratorio, mientras en mujeres el foco más frecuente es el respiratorio a igualdad que el urinario. La media de días de síntomas previo a consultar es similar en ambos sexos, así como la media de días de ingreso en UCI. En ambos sexos, el germen más frecuentemente aislado fue un bacilo gram negativo. El 70% de las mujeres desarrolló fallo multiorgánico frente al 62,5% de los hombres. Aproximadamente la mitad de los pacientes sin diferencia de sexo precisó de IOT, mientras que la necesidad de TCRR fue más frecuente en mujeres. El porcentaje de *exitus* fue similar en ambos sexos, siendo el foco culpable más frecuente el respiratorio.

MORTALIDAD Y HMGB1 (p)	
INGRESO	0.945
24 H	0.218
48H	0.292
72 H	0.345

SHOCK Y HMGB1 (p)	
INGRESO	0.288
24 H	0.027
48H	0.219
72 H	0.733



628. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR SHOCK SÉPTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Morente García E, Cerezo Fernández C, Vilchez Anguita A, Sánchez García A, Fernández Villalba A y Zamboschi N

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

Objetivos: Evaluar los casos ingresados por *shock* séptico analizando su distribución por edad, días de síntomas, procedencia: domicilio vs. planta de hospitalización, foco infeccioso, germen más frecuente, necesidad de medidas invasivas, relación con los días de estancia en UCI y desenlace.

629. USO DE AZUL DE METILENO EN PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS CON CHOQUE SÉPTICO REFRACTARIO EN UN CENTRO ONCOLÓGICO DE ALTA COMPLEJIDAD EN COLOMBIA

Molano Franco D¹, Mendoza J¹ y Nieto V²

¹Fundación CTIC-Bogotá, Barcelona. ²Fundación CTIC, Barcelona.

Objetivos: Describir las características clínicas, duración de soporte vasopresor y pronóstico de pacientes hematoncológicos con choque séptico refractario que recibieron azul de metileno.

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo observacional retrospectivo. Descripción de los sujetos: Pacientes > 18 años, con diagnóstico de neoplasia de órgano sólido o hematoncológica e ingreso a UCI con diagnóstico de choque séptico, refractario asociado al requiriendo doble soporte vasopresor. Variables: edad, sexo, APACHE II, SAPS 3, diagnóstico hematoncológico o de tumor sólido, tipo de vasopresor, dosis de vasopresor, duración vasopresor, lactato al ingreso, recuento leucocitos, neutrófilos, disfunción secundaria renal, hematológica, hepática, cardiovascular, respiratoria, cerebral, necesidad ventilación mecánica, días de VM, necesidad terapia reemplazo renal, días de estancia en UCI, mortalidad. **Métodos estadísticos:** Los datos numéricos se expresan como un porcentaje (%), utilizando χ^2 o la prueba exacta de Fisher para la comparación, según corresponda. De acuerdo con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, los datos distribuidos normalmente se expresan como medias \pm desviación estándar, y los datos asimétricos se informan como medianas con rangos intercuartílicos 25 a 75 (IQR).

Resultados: De 390 pacientes ingresados a uci desde julio 2022 a noviembre de 2023, 32 pacientes fueron analizados con uso de la terapia por choque refractario. 72% con neoplasia hematológica (9 LLA, 4 linfoma B difuso y 4 mieloma). El promedio de APACHE II fue de 18 y SAPS 3 66 puntos. El lactato de ingreso fue 6,8, El 100% de los pacientes recibieron in-

fusión de esteroide, el 65% recibieron doble soporte con norepinefrina y vasopresina y el 27,2% recibieron triple soporte con norepinefrina, vasopresina y adrenalina. La dosis promedio usada de norepinefrina fue de 0,46 $\mu\text{g kg minuto}$, de vasopresina 4 ui h, de adrenalina 0,4 $\mu\text{g kg minuto}$. El 100% de los pacientes presentaron disfunción multiorgánica, requirieron de ventilación mecánica invasiva y 9,2% requirió de terapia de reemplazo renal. La mortalidad bruta fue del 60%.

Conclusiones: En pacientes hematóncológicos, que desarrollan choque séptico refractario, el uso de azul de metileno, se brinda como una alternativa adicional a la reanimación tradicional con cristaloides y vasopresores. Estudios adicionales deben evaluar el impacto sobre la mortalidad y la reducción en las dosis de vasopresores.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Comunicaciones orales

CARDIOVASCULAR/NEFROLOGÍA/PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA/METABOLISMO

11:30-12:30 - Sala 113

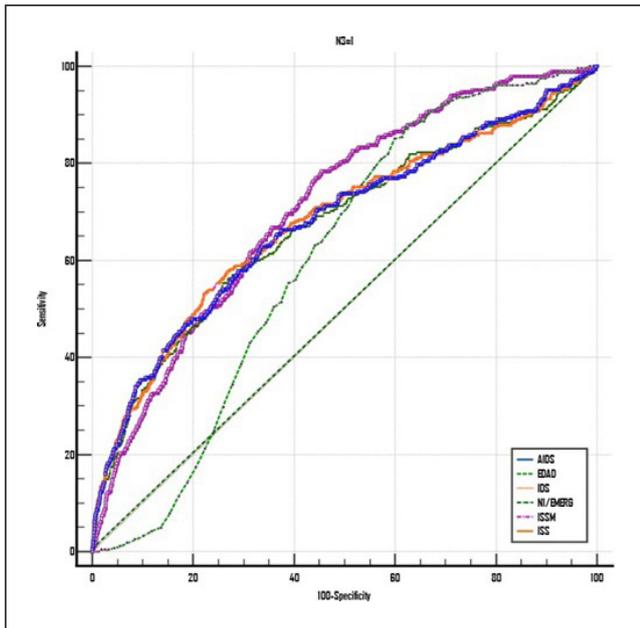
Moderadores: Celina Llanos Jorge/
David Toapanta Gaibor

630. ÍNDICE DIASTÓLICO DE SHOCK MODIFICADO COMO PREDICTOR DE INGRESO EN UCI DESDE URGENCIAS

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

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Los índices de shock, basados en la tensión arterial (TA) y la frecuencia cardiaca (FC) son indicadores de mala evolución en diferentes procesos clínicos. El objetivo del estudio es analizar la asociación entre diferentes índices de shock valorados en triaje de Urgencias con el ingreso en UCI durante ese episodio.



Métodos: Estudio retrospectivo observacional analítico sobre todos los episodios de urgencias en > 14 años desde 1/1/16 a 30/9/23 en un hospital comarcal. Se determinó con las mediciones de triaje el índice sistólico de shock (ISS = FC/TAs), índice diastólico de shock (IDS = FC/TAD), índice de shock modificado (ISM = FC/TAm) e índice diastólico de

shock modificado por edad (AIDS = IDSxEdad). Se analizó la asociación de cada indicador y la edad con el ingreso en UCI en el episodio. Se calculó la curva ROC y su área (AUCROC) para cada indicador y se analizaron las diferencias con el test de DeLong, generando los puntos de corte con el test de Youden. Asimismo, se realizó un análisis multivariante con regresión logística, con significación establecida en $p < 0,05$.

Resultados: Se valoran 744.193 episodios descartándose 110.730 menores de 14 años, 420.819 por no disponer de TA o FC, y 133 con datos discordantes, quedando 212.494 episodios analizables. En la muestra global, la discriminación del AIDS para el ingreso en UCI fue significativamente mejor que el IDS, ISS, ISSM y la Edad, con un AUCROC 0,685 (IC95% 0,683-0,686; $p < 0,001$). En el subgrupo de pacientes con prioridad 3 de triaje, el AIDS fue también el más discriminativo con un AUCROC 0,710 (IC95% 0,708-0,713; $p < 0,001$). En el subgrupo de prioridades 4 y 5, con un AUCROC 0,797 (IC95% 0,792- 0,802) fue significativamente mejor que los otros índices, pero no que la edad ($p = 0,399$). Igualmente, el AIDS fue más discriminativo en los subgrupos de < 65 años, TA sistólica > 120, TA media > 70, y FC < 100. Utilizando los puntos de corte de los índices, un ISS > 0,7, un AIDS > 62 y un ISSM > 1 se asociaron significativamente con el ingreso en UCI en la cohorte total y en las prioridades 3. En las prioridades 4 y 5, solo el AIDS > 62 se asoció al ingreso en UCI OR 11,1 (CI95% 3,17-39,1); $p < 0,001$.

Conclusiones: El índice de shock modificado por la edad puede ser una herramienta útil para detectar necesidades de ingreso en UCI de pacientes a su llegada a urgencias, incluso en pacientes de menor gravedad inicial, siendo superior a otros índices de shock.

631. CATÉTERES PARA TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRACORPÓREA: CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS Y COMPLICACIONES. ANÁLISIS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DIALYREG

Barrueco Francioni JE¹, Molina Collado Z², Tizón Varela AI³, Arias Verdú MD¹, Quílez Trasobares N², González Fernández M³, Larrañaga Sigwald L³, Seller Pérez G¹, Sánchez-Izquierdo Riera JÁ² y Herrera Gutiérrez ME¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Describir las características de los catéteres usados para depuración extracorpórea así como la incidencia y características de sus complicaciones.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo multicéntrico sin intervención. Análisis de los pacientes incluidos en el registro multicéntrico Dialyreg desde su puesta en marcha en 2020. Se incluyen datos de 563 pacientes, 3.612 filtros y 730 catéteres, analizando características físicas de los mismos, lugar de inserción y complicaciones registradas. Los datos se presentan como media (\pm DE), mediana (rango intercuartílico), N (porcentaje) y OR (IC95% para OR). Para las comparaciones se aplicó t-Student, ANOVA o chi-cuadrado según las variables, para un valor de $p < 0,05$, realizado mediante el paquete R. Este registro cuenta con la aprobación de los CEI de los centros incluidos.

Resultados: Analizamos 730 catéteres, con un consumo de 1,29 (\pm 0,65)/paciente, de los cuales 74,1% eran > 12F, 73,8% con geometría en cañón de escopeta y respecto de la longitud 1,8% 15 cm/30,3% 20 cm/67,4% 24 cm. La inserción fue del 56% Femoral dcha, 24,4% Femoral izda, 13% Yugular dcha, 5,6% Yugular izda y 0,6% subclavia. La retirada fue condicionada por problemas de flujo en 13,4% y por protocolo en cuadro febril en 7,9%, con una duración media de 6,6 (4,6) días en retirada programada, 6,7 (4,2) días por problema de flujo y de 11,7 (5,0) días por cuadro febril ($p < 0,000$). Registramos problemas en el 6%: 1,2% trombosis - 1,2% hematoma, 0,1% fístula y 1,9% infección. No detectamos relación entre mal flujo y la geometría del catéter, una tendencia a mayor problema de flujo con menor calibre (sin lograr significación, $p 0,08$) o menor longitud (30,8% en 15 cm, 15,4% en 20 cm y 12,2% en 24 cm, $p 0,065$) y significativa con el punto de inserción [FD 11,2%, YD 13,7%, FI 15,7% y YI 26,8% ((0,04)] y el lado [dcha 11,7%, izda 17,4%, $p 0,025$, OR 1,64 (1,05-2,6)]. La presencia de flujo deficiente se relaciona de forma significativa con las complicaciones en el punto de inserción con una OR de 9,8 (3,9-25,2), $p < 0,001$.

Conclusiones: Pese a que la elección de punto de inserción mayoritaria es la femoral derecha, no ajustada a las recomendaciones de las GPC, esta decisión parece adecuada al no condicionar mayores problemas con su uso. Aunque la retirada del catéter es frecuente ante cuadros febriles, la frecuencia de infección comprobada es baja en estos catéteres. El ac-