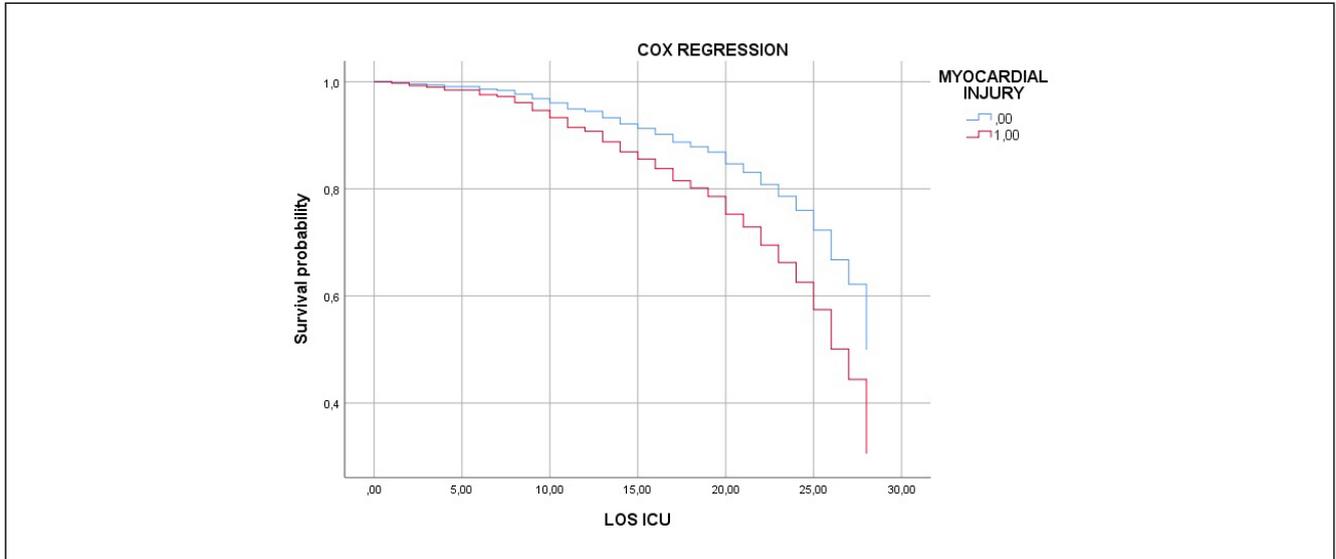


Figura 3 Póster 634



28 días con un HR 1,709, IC95% 1,161-2,517. Los factores que se asociaron de forma independiente a daño miocárdico fueron el SOFA al ingreso, D-dímero, la disfunción miocárdica (OR 3,232, IC95% 1,929-5,414, $p < 0,000$) y la ventilación mecánica al ingreso.

Conclusiones: El daño miocárdico en la neumonía grave por SARS-CoV-2 parece asociarse a un riesgo elevado de mortalidad a los 28 días. Su reconocimiento precoz permitiría diferenciar fenotipos específicos de alto riesgo y establecer terapias mejor dirigidas.

635. IMPACTO DE LA TERAPIA MÉDICA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OBESO CRÍTICO

López Delgado JC¹, García Jean A², Bordejé Laguna L³, Portugal Rodríguez E⁴, Martínez de Lagrán Zurbano I⁵, González Iglesias C⁶, Lorenzo Cárdenas C⁷, Mateu Campos L⁸, Trujillano Cabello J⁹, y Servià Goixart L⁹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Ibèl·linstitut de Investigació Biomèdica de Bellvitge, Barcelona. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ⁴Hospital Clínic Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁵Hospital de Mataró, Barcelona. ⁶Hospital de Barbastro, Huesca. ⁷Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁸Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. ⁹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto del aporte calórico-proteico mediante la terapia médica nutricional (TMN) en el paciente obeso crítico.

Métodos: Este estudio observacional prospectivo multicéntrico (NCT: 03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron TMN. Los datos demográficos, las comorbilidades, el estado nutricional, la TMN media durante los primeros 14 días y sus complicaciones, así como los resultados, se registraron en una base de datos (RedCAP®). Se analizaron los pacientes obesos ($IMC \geq 30 \text{ Kg} \cdot \text{m}^2$). Los pacientes fueron clasificados y analizados en función de la adecuación del aporte calórico y proteico según recomendaciones de guías de práctica clínica. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS 25.0.

Resultados: De los 525 pacientes ingresados durante el periodo de estudio, 150 (28,6%) fueron obesos. El aporte calórico se consideró inadecuado ($< 11 \text{ kcal/kg/d}$) en el 30,67% ($n = 46$), mientras que 69,33% ($n = 104$) fue adecuado ($\geq 11 \text{ kcal/kg/d}$). El aporte proteico fue inadecuado ($< 0,8 \text{ g prot/kg/día}$) en el 63,33% ($n = 95$), insuficiente ($0,8-1,2 \text{ g prot /kg/día}$) en el 31,33% ($n = 47$) y adecuado ($\geq 1,2 \text{ g prot/kg/d}$) únicamente en el 5,33% ($n = 8$). Los obesos con un aporte calórico adecuado tuvieron una mayor incidencia de neoplasia (6,52 vs. 23,1%; $p = 0,028$), una tendencia a menor fracaso orgánico al ingreso ($8,22 \pm 3,68$ vs. $7,33 \pm 3,43$; $p = 0,15$) y un mayor uso de nutrición parenteral (NP) ($4,35$ vs. $22,12\%$; $p = 0,014$). La estancia media hospitalaria (días) fue mayor ($28,62 \pm 26,04$ vs. $39,29 \pm 28,08$; $p = 0,032$) en estos pacientes, mientras que la mortalidad en UCI fue menor ($32,61$ vs. $16,5\%$; $p = 0,046$). Aquellos con un aporte proteico inadecuado, en relación con

los que recibieron un aporte insuficiente y adecuado, eran más jóvenes ($60,12 \pm 13,06$ vs. $67,04 \pm 12,5$ vs. $67,5 \pm 17,86$ años; $p = 0,009$), tuvieron un menor uso de NP (12,63 vs. 19,15 vs. 50%; $p = 0,027$). Los obesos con peor aporte proteico tuvieron una mayor mortalidad en UCI sin significancia estadística (25,53 vs. 14,89 vs. 12,5%; $p = 0,322$). El análisis multivariable objetivó que un adecuado aporte calórico (HR: 0,398; IC95%: 0,180-0,882; $p = 0,023$) y un aporte proteico insuficiente, en comparación con uno inadecuado (HR: 0,404; IC95%: 0,171-0,955; $p = 0,038$), se asoció a una mejor y peor supervivencia respectivamente.

Conclusiones: En nuestra población se objetivó que la adecuación del aporte calórico-proteico impacta significativamente en el paciente obeso crítico. Deberían desarrollarse estrategias para optimizar la TMN en estos pacientes.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

SEPSIS/FRACASO MULTIORGÁNICO II

11:30-12:30 - Sala 114

Moderadoras: Carolina Lorenzo Cárdenas/
Antonia Socias Mir

636. RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD DEL SHOCK Y LA DOSIS A LA QUE SE ASOCIA UN SEGUNDO VASOPRESOR

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

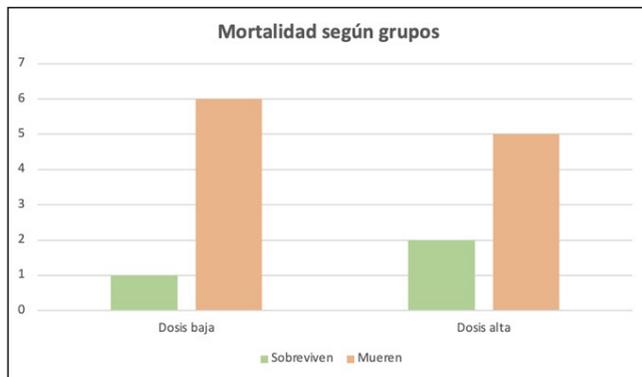
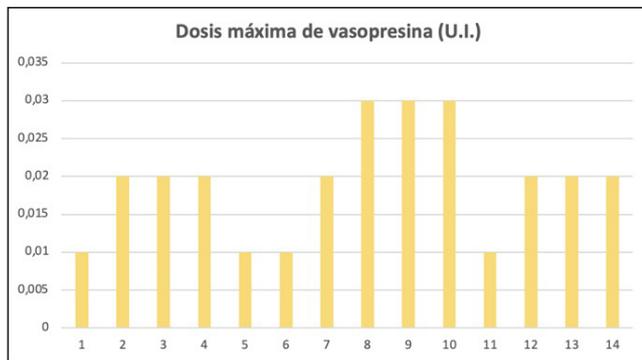
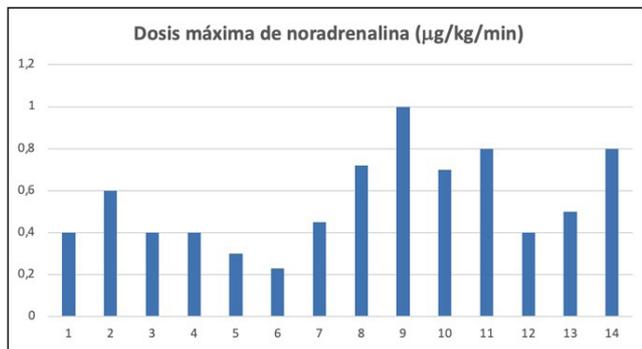
Hospital Rafael Méndez, Murcia.

Objetivos: Según la evidencia actual, en situación de shock se plantea la noradrenalina como primer vasopresor y se propone asociar la vasopresina como segundo vasopresor cuando la dosis noradrenalina se encuentre entre 0,25-0,5 mg/kg/min. Desde abril de 2023 tuvimos disponibilidad en nuestra unidad para iniciar tratamiento con vasopresina. Por ello, nos planteamos estudiar si existían diferencias de mortalidad según la dosis de noradrenalina a la que se inicie la vasopresina.

Métodos: La población a estudio la constituye todo paciente ingresado en UCI del H.U. Rafael Méndez por shock de cualquier etiología en el que, por la situación hemodinámica, se inicia vasopresina como segundo vasopresor. Se guía la resucitación mediante monitorización invasiva con sistema PiCCO o Swan-Ganz. Se registran datos demográficos, escalas de

gravidad, etiología del shock y dosis de vasopresores. Se definieron dos grupos según la dosis de noradrenalina a la que se inicia vasopresina diferenciando un grupo con “dosis baja” de noradrenalina aquellos que presentasen < 0,4 µg/kg/min y otro grupo de “dosis alta” de noradrenalina aquellos con > 0,4 µg/kg/min. 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 fue de 69 años, con una distribución equitativa en cuanto al género. Presentan una puntuación media de 31 en la escala APACHE II y de 15 en la escala SOFA. De la muestra, 2 pacientes presentaban shock de origen cardiogénico y en los otros 12 pacientes era de origen séptico. El valor medio de dosis de noradrenalina en el que se inicia la vasopresina fue de 0,52 mg/kg/min (0,23-1 mg/kg/min). De la muestra total, 7 pacientes se clasifican en el grupo de “dosis baja” y otros 7 en “dosis alta” de noradrenalina. La dosis media utilizada de vasopresina fue de 0,02 U.I. (0,01-0,03 U.I.). Del total de la muestra, finalmente fallecen 11 pacientes durante su ingreso en UCI, presentando una tasa de mortalidad del 79%. Si se analiza la mortalidad según el grupo de dosis de noradrenalina, el 86% (6/7) de “dosis baja” fallecen, frente al 71% (5/7) del grupo de “dosis alta”. Tras realizar cálculo de variable cualitativa mediante chi-cuadrado, se concluye que en nuestra muestra no hay asociación significativa entre la dosis de noradrenalina a la que se inicia vasopresina y la mortalidad.



Conclusiones: En nuestra muestra, no hay diferencias significativas de mortalidad según la dosis de noradrenalina a la que se inicia vasopre-

sina. Se deben plantear más estudios modificando variables y tamaño de la muestra.

637. ANÁLISIS DE INICIO DE VASOPRESINA EN SHOCK Y SU INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA

Vivar Vela MM, Betancourt Cuadra LJ, López Gea C, Sánchez Bernal S, Hortigüela Martín VA, Pérez Calvo AC, Portillo Sánchez S y Colino Gómez L
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Los pacientes con shock séptico tiene una elevada tasa de mortalidad, requiriendo agentes vasopresores para aumentar la presión arterial media (PAM). El vasopresor de primera línea es la noradrenalina (NA). En las últimas guías de la Surviving Sepsis Campaign se sugiere la vasopresina (VP) como segundo vasopresor para aumentar la PAM o reducir la dosis de NA. Tener respuesta a VP está asociada con menor mortalidad, pero el escenario óptimo cuando iniciar vasopresina no está claro. Determinar la asociación entre la dosis de NA, la concentración de lactato y el tiempo de shock al inicio de VP con la mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre 25 pacientes ingresados en UCI, con shock séptico y vasoplejia posoperatoria que recibieron vasopresina. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo) e índices de gravedad (APACHE II, SOFA) así como el tiempo de shock (tiempo desde inicio de NA hasta el inicio de VP), las cifras de lactato y las dosis de NA al inicio de la VP. Mediante prueba exacta de Fisher y χ^2 de Pearson se analizó la mortalidad intra-UCI en función de las variables recogidas.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes con una edad media de 63 años. El APACHE medio fue de 21, el SOFA medio al ingreso 9 y al inicio de la VP 11. 12 pacientes (46%) sobrevivieron. En el momento del inicio de la vasopresina tenían una mediana de lactato de 3,9, mediana de dosis de NA de 0,8 µg/kg/min y una mediana de tiempo de shock de 12 horas (h); logrando disminuir la dosis de NA en las primeras 6h en promedio 30% y 54% en las primeras 12 h. La disminución de la dosis de NA en al menos un 15% tras 6h de inicio de VP se asoció a un aumento de la supervivencia ($p < 0,05$), así como una disminución de al menos 30% tras las primeras 12 h. No hubo diferencias significativas en supervivencia en relación a la dosis de NA al inicio de VP, tomando como referencia menos de 0,3; 0,55; 0,7 y 0,9 microgramos/kilogramo/minuto. Tampoco hubo en cuanto a cifras de láctico al inicio de VP.

Conclusiones: La disminución de la dosis inicial de noradrenalina en al menos un 15% y 30% tras las primeras 6 y 12 h respectivamente se asocia a un aumento de la supervivencia. En estudios semejantes parece también haber relación con inicios precoces (menores tiempos de shock) y menores cifras de láctico que no han podido ser demostradas en este estudio, siendo atribuido principalmente al tamaño muestral.

638. ENFERMEDAD CATASTRÓFICA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. MEDICINA DE PRECISIÓN BASADA EN FENOTIPOS

Bastidas J, Chiscano Camón L, Martín Sánchez L, Ruiz Sanmartín A, López Martínez R, Larrosa N, González JJ, Riera J, Ferrer R y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: El síndrome de shock tóxico estreptocócico (STTS) es una emergencia médica. El objetivo del presente estudio es delinear una cohorte de pacientes en situación de shock séptico y disfunción multiorgánica grave, enfocándose en la respuesta inflamatoria e inmunológica.

Métodos: Unicéntrico, retrospectivo. Pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Vall d'Hebron, desde noviembre de 2022 hasta marzo de 2023, que presentaron una infección por *S. pyogenes*. Criterios de elegibilidad: activación para el código de sepsis hospitalario. Para los análisis estadísticos, utilizamos el Paquete Estadístico SPSS Statistics. Las variables continuas fueron evaluadas con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las variables cualitativas o categóricas se describieron en porcentajes. Las variables cuantitativas o continuas se describieron como medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos. CEIC (PR (AG) 336/2016).

Resultados: Estudiamos a una cohorte de 13 individuos. El foco más frecuente fue la neumonía adquirida en la comunidad [8 (61,5%)] y la infección de piel y tejidos blandos [4 (30,8%)]. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico precoz y se realizó control de foco en 7 pa-

Figura Póster 638

		n(%)
Edad [años, m(DE)]		42 (13,8)
Sexo [n(%)]	Mujer	7 (34,8)
	Hombre	6 (46,2)
Comorbilidades [n(%)]	Hipertensión	3 (22,2)
	Obesidad	1 (7,7)
	Cardiopatía	1 (7,7)
	Inmunosupresión	2 (15,4)
APACHE II m(DE)		29 (3,5)
SORA m(DE)		179,7
Shock séptico [n(%)]		13 (30,8)
Cardiopatía séptica [n(%)]		10 (76,9)
Cardiovascular SORA m(DE)		4 (0,6)
Foco de infección [n(%)]	Respiratorio	8 (61,5)
	Piel y partes blandas	4 (30,8)
	Enfermedad inflamatoria pélvica	1 (7,7)
Control de foco [n(%)]	Drenaje torácico	4 (30,8)
	Crugía	3 (23,1)
Colohección [n(%)]	PLUV	5 (38,5)
	Adaptapneumotax	2 (15,4)
Resultados microbiológicos	Remocultivo [n(%)]	7 (53,8)
	Remocultivo + BAU [n(%)]	2 (15,4)
	Lavado broncoalveolar [n(%)]	4 (31)
	Piel y partes blandas [n(%)]	1 (7,7)

Resultados analíticos	Leucocitos [1/mm3] m(DE)	6670 (866)
	Linfocitos [1/mm3] m(DE)	261 (180)
	PCT [ng/ml] m(DE)	167,53 (288)
	IL-6 [pg/ml] m(DE)	1061,33,45 (20432)
	WBC [1/mm3] m(DE)	402 (230)
	Endotoxemia [m(DE)]	0,93 (0,37)
Plaquetas [x10 ⁹ /l] m(DE)	105000 (61000)	
Dolufenina [n(%)]		10 (15,4)
VMI [n(%)]		9 (69,2)
ECMO (RA, VVI) [n(%)]	Total [n(%)]	7 (53,8)
	VA [n(%)]	5 (38,4)
TCMR [n(%)]		10 (76,9)
	Datos	10 (76,9)
Hemoadsorción [n(%)]	Cytosorb [®]	9 (69,2)
	Trasymcor [®]	8 (61,5)
	Quera [®]	2 (15,4)
	Hemoadsorción secuencial [n(%)]	Cytosorb [®] + Trasymcor [®]
Duración Hemoadsorción de citocinas [horas, m(DE)]		50 (34)
Ingreso en UCI [días, m(DE)]		33 (80)
Ingreso hospitalario [días, m(DE)]		54,85 (42)
Mortalidad UCI [n(%)]		3 (23,1%)
Mortalidad hospitalaria [n(%)]		3 (23,1%)

Tabla 1. Características clínicas de la población.

cientes (53,9%). Todos los pacientes cumplieron criterios de STSS. Todos los enfermos presentaron shock séptico y disfunción multiorgánica [SOFA 17 (5,7) puntos] y el 76,9% presentó miocardiopatía séptica. El 53,8% de los pacientes requirieron terapia de oxigenación por membrana extracorpórea. En estos pacientes se encontraron diferentes perfiles fenotípicos: 10 (76,9%) pacientes el perfil hiperinflamatorio, 5 (38,4%) pacientes el perfil de baja perfusión y 7 (53,8) pacientes el perfil de hipogammaglobulinemia. 6 (46,2) recibieron hemoadsorción de endotoxinas, 9 (69,2) recibieron hemoadsorción de citocinas y 7(53,8) recibieron inmunoglobulinas. La mortalidad en la UCI y hospitalaria fue del 23%.

Conclusiones: Dentro de los pacientes con STSS se pueden definir diferentes perfiles fenotípicos que se pueden beneficiar de unas terapias de rescate personalizadas basadas en medicina de precisión.

639. EN BUSCA DE FACTORES PREDICTORES DE FASCITIS NECROTIZANTE EN INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB)

de la Montaña Díaz P, Castrillo Cortecedo L, Domingo Marín S, Delgado Pascual A, Valiente Raya P, Rodríguez M, Núñez Reiz A, García Pacios V, Muñoz de Morales Rodríguez A y Martínez Sagasti F

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La fascitis necrotizante (FN) es una infección rara, que asocia elevada morbimortalidad si no se trata de forma precoz. El LRINEC, score de detección en fases iniciales, no es útil en pacientes críticos, llevando en ocasiones a cirugías innecesarias para el diagnóstico. Surge así la necesidad de elaborar nuevos scores predictivos más eficientes en la identificación precoz de la FN. Desarrollar un modelo predictor de fascitis necrotizante al ingreso de los pacientes que llegan a la UCI con infección de piel y partes blandas (IPPB).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes ingresados en nuestra UCI entre enero de 2013 y septiembre de 2023 por sepsis secundaria a IPPB. La variable objetivo fue el diagnóstico quirúrgico de fascitis necrotizante. Como posibles variables predictoras se evaluaron antecedentes del paciente (obesidad, inmunosupresión, cirrosis, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca crónica), cuadro clínico asociado (dolor, crepitación, SIRS al ingreso, shock), datos analíticos (lactato, procalcitonina, CPK, INR y plaquetas) y score LRINEC. Utilizamos R para el análisis estadístico, generando un modelo multivariante de regresión logística con las variables reseñadas. Una vez generado el modelo, se optimizó el mismo utilizando *stepwise elimination* basada en criterio AIC, hasta llegar al modelo óptimo.

Resultados: Se incluyeron 52 casos. En el modelo multivariante óptimo, que explica el 37% de la varianza de la variable objetivo, quedaron incluidas las siguientes variables: dolor (coef 6,31, z = 2,69, p = 0,0072), crepitación (coef 3,08, z = 1,60, p = 0,11), lactato (coef 0,35, z = 1,53, p = 0,13), procalcitonina (coef -0,02, z = -1,75, p = 0,08), obesidad (coef 3,74, z = 1,93, p = 0,054), cirrosis-insuf. cardíaca (coef -3,68, z = -2,11, p = 0,035), trombopenia (coef -1,56, z = -1,86, p = 0,063).

Conclusiones: En nuestra serie destaca el dolor como predictor clave de FN en pacientes con sepsis por IPPB, subrayando su importancia en la detección temprana y potencial creación de un score predictivo a corto plazo. Nuestro modelo sugiere otras variables como la crepitación, el lactato, la procalcitonina, la trombopenia, la obesidad y la presencia previa de cirrosis o insuficiencia cardíaca como factores que podrían mejorar la detección precoz del cuadro, siendo necesario un mayor tamaño muestral para confirmar con suficiente potencia estadística esta señal.

640. USO DE VASOPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO DESPUÉS DE DOS AÑOS DE INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

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

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Críticos de un hospital de tercer nivel durante enero del 2022 hasta diciembre del 2023 en los cuales se utilizó el protocolo de vasopresina en el shock séptico.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en pacientes sépticos en la UCI del H.G.U. Gregorio Marañón entre enero 2022 y diciembre 2023. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, características clínicas, soportes orgánicos utilizados, complicaciones, escalas de gravedad y desenlace. Para el análisis descriptivo las variables cuantitativas fueron expresadas como media con desviación estándar, si su distribución era normal, o como mediana con rango intercuartílico, en caso contrario. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes.

Resultados: 140 pacientes, 57% eran varones. Edad 61 ± 15 años. Foco de infección respiratoria 54%, abdominal 22%, urinario 9%, partes blandas 7%, endovascular 6% y otros 2%. Comorbilidades: Charlson 2 (1-4). Escalas de gravedad: APACHE II al ingreso 23 ± 7. SOFA al ingreso 9 ±

3, SOFA 48 horas 9 ± 4 . Se cumplió el paquete de la sepsis de la primera hora en el 64% de los pacientes. Acierto antibiótico en el 65%. Uso de vasopresores: tiempo de inicio de NAD desde el diagnóstico de sepsis 3 horas (2-6), dosis de NAD antes de iniciar vasopresina $0,5 \pm 0,3$, tiempo de inicio de Vasopresina desde el diagnóstico de la sepsis 8 horas (6-11), respuesta positiva a vasopresina 73%, tiempo total de uso de vasopresina 28 horas (24-48). TAS a su llegada a urgencia 92 (81-110), TAS UCI 110 (90-120). Monitorización hemodinámica: 75% ecocardiograma TT, 18% termodilución, 7% onda de pulso. Disfunción cardiaca grave: 14%. Resucitación volumétrica: 24h iniciales 4.500 ml (3.500-6.000), diuresis 24 horas 1.040 ml (530-1.482), balance 24 horas iniciales positivo 94%, 48 horas negativo solo en el 41%, se estableció precarga óptima 76% antes de iniciar VAP. Perfusión: pH en UCI 7,31 (7,26-7,41), lactato UCI 5 ± 4 . aclaramiento de lactato en las primeras 24 horas el 60%, normalización del relleno capilar 61%. 100% uso de corticoides antes VAP. Ventilación mecánica invasiva 75%, días de VMI 5 (1-11), Durante su estancia en UCI solo el 14% no tuvo fracaso renal. Necesidad de DER 47%. Complicaciones: 86% no presenta complicaciones, 8% de fibrilación auricular, 1,5% isquemia distal y 1,5% a nivel mesentérico. Días de UCI 9 (5-14), días de hospital 14 (8-22). Mortalidad a los 28 días: 39%.

Conclusiones: Alta gravedad al ingreso, lo que conlleva alta mortalidad, hay respuesta favorable a vasopresina en un gran porcentaje, escasas complicaciones.

641. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA UTILIZACIÓN DE VASOPRESINA SEGÚN LA DOSIS DE NORADRENALINA QUE TENÍA A SU INICIO EN EL SHOCK SÉPTICO

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

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

Objetivos: Analizar cuál es el momento óptimo de introducción del segundo vasopresor en el shock séptico. Evaluar el impacto pronóstico de su inicio según las dosis de noradrenalina (NAD).

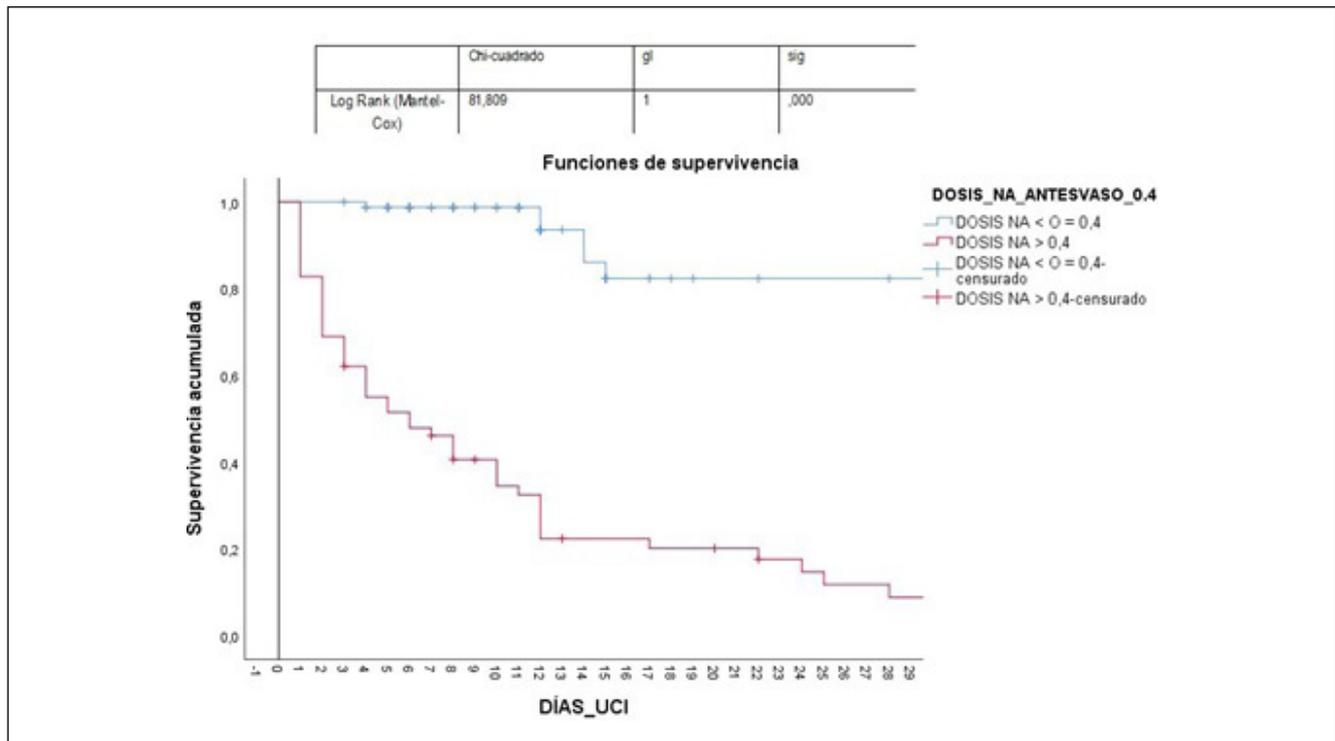
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en pacientes que ingresaron en la UCI del H.G.U. Gregorio Marañón entre enero del

2022 y diciembre del 2023. Según protocolo establecido, todos los pacientes recibirían infusión de vasopresina (VAP) cuando su dosis de noradrenalina (NAD) superaba $0,25 \text{ ug/kg/min}$. Se recogieron datos epidemiológicos, comorbilidades, gravedad, características clínicas, soportes orgánicos y desenlace. Análisis descriptivo expresado como media (DE) o mediana (RIC) para variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas. El impacto en la mortalidad de la dosis de NAD a la que se inició VAP se realizó mediante regresión logística simple y la dosis con mejor discriminación mediante el área bajo la curva (ROC). Análisis multivariante mediante regresión de Cox ajustado por posibles factores de confusión, se determinó su asociación con la mortalidad. Se realizó análisis de supervivencia ajustado por la dosis de NAD a la cual se inició VAP.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes, 53% varones. Edad 61 ± 15 años. I. Charlson 2 (1-4). APACHE II 23 ± 7 , SOFA 9 ± 3 . Foco infeccioso: respiratorio 54%, abdominal 21, urinario 9%. Paquete de la sepsis de la primera hora 64% cumplido, acierto del antibiótico 65%. Ph en UCI 7,31 (7,26-7,41), lactato UCI 5 ± 4 . Requiritieron VMI 75% con duración de 5 días (1-11). Tiempo de inicio de NAD desde diagnóstico de shock séptico 3 h (2-6), tiempo de inicio de VAP desde diagnóstico de shock séptico 8h (6-11), dosis de NAD al iniciar VAP $0,5 \pm 0,3 \text{ ug/kg/min}$. 14% de complicaciones en la serie, siendo el 8% la fibrilación auricular la más frecuente. Días de UCI 9 (5-14), días de hospital 14 (8-23). Mortalidad a los 28 días de UCI 39%. En el análisis univariante la dosis de NAD al iniciar VAP se relacionó con la mortalidad (OR 0,02; I 95% 0,01-0,04). La dosis de NAD al iniciar VAP fue capaz de discriminar el pronóstico (área bajo la curva 0,929; IC95% 0,88-0,97), siendo $0,40 \text{ ug/kg/min}$ la dosis que mejor discriminó la mortalidad. Mediante regresión de Cox, ajustado por edad comorbilidad, gravedad, tiempo de inicio de vasopresores, lactato, paquete de medidas de la sepsis, acierto de antibiótico, la dosis de $< 0,4 \text{ ug/kg/min}$ se comportó como un factor independiente de mortalidad OR 0,11; IC95% 0,04-0,27).

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 7	Día 14	Día 28
NAD <0,4	81	81	81	80	56	44	12
NAD >0,4	57	40	35	31	25	23	3

Figura 2 Póster 641



Análisis de supervivencia.

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 7	Día 14	Día 28
NAD <0,4	81	81	81	80	56	44	12
NAD >0,4	57	40	35	31	25	23	3

Conclusiones: El inicio de vasopresina según la dosis de noradrenalina parece tener impacto en la mortalidad en nuestra serie.

642. UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS COMO APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS. BREVE EXPERIENCIA CLÍNICA CON SEPTICYTE® RAPID EN UNA UCI POLIIVALENTE DE UN HOSPITAL TERCIARIO

de Larrinaga Romero I, Santiago Langarica A, Lima Alonso MV, Pérez Martín M, Lence Massa BE, Barral Segade P, Fernández Villanueva JR y Rascado Sedes PA

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

Objetivos: Analizar y compartir los resultados derivados del uso de nuevas tecnologías basadas en el análisis de la respuesta del huésped a la infección (SeptiCyte® RAPID) como apoyo para el diagnóstico de sepsis en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Métodos: Entre los meses de mayo y julio de 2023 se realizaron en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela test en sangre directa con SeptiCyte® RAPID a pacientes ingresados en la Unidad. Se analizaron los resultados de los test agrupados por bandas y se correlacionaron con la sospecha clínica previa de sepsis valorada por el clínico tratante, los cambios en el tratamiento antimicrobiano y el aislamiento microbiológico posterior de patógenos. Los resultados del test se expresaron por bandas de probabilidad que fueron desde la 1 (probabilidad de sepsis < 20%) a la 4 (probabilidad 80%) de que el paciente presentase una sepsis VS un SIRS que no obedezca a causa infecciosa, en función de la expresión en sangre del paciente de 2 genes relacionados con la respuesta inmune a la sepsis (realizado mediante PCR-inversa).

Resultados: Se estudiaron 5 pacientes de características muy heterogéneas (diferentes edades, sexos, probabilidades clínicas de sepsis y motivos de ingreso en UCI). Los pacientes con sospechas más altas de sepsis obtuvieron los mejores grados de correlación, siendo esta bastante elevada en su conjunto. Ninguno de estos resultados provocó el cambio del tratamiento antimicrobiano (en las bandas 3 y 4 se mantuvo la antibioterapia y en la banda 2 no se inició). En ninguno de los casos se pudo demostrar una bacteriemia, y solo se demostraron una meningitis por *Listeria monocytogenes* y una infección respiratoria por virus Parainfluenza 3.

Sospecha clínica previa de sepsis	Resultado Test	Probabilidad Test de sepsis	Cambio en tratamiento	Bacteriemia demostrada	Otros resultados microbiológicos
Intermedia	Banda 3	42,3% - 45,1%	No	No	<i>Listeria monocytogenes</i> en LCR
Alta	Banda 4	79,2% - 80,7%	No	No	No
Intermedia	Banda 4	79,2% - 80,7%	No	No	Virus Parainfluenza3 en BAS
Alta	Banda 4	79,2% - 80,7%	No	No	No
Muy baja	Banda 2	20,7% - 22,3%	No	No	No

Conclusiones: Las nuevas tecnologías en el apoyo al diagnóstico de sepsis tienen una esperanzadora veta en el análisis de los factores de respuesta inmunológica del huésped como ocurre con el sistema SeptiCyte® RAPID. Sus rápidos resultados y la posibilidad de realizarlo en la propia Unidad aportan una versatilidad interesante. Sin embargo, aunque en nuestra pequeña experiencia el grado de correlación observado entre la sospecha clínica y el resultado del test fue elevado, esto no condujo a cambios en el tratamiento antimicrobiano de nuestros pacientes críticos ni los resultados elevados se vieron respaldados por aislamientos microbiológicos posteriores.

Sistema SeptiCyte® RAPID cedido temporalmente al servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela por BioCartis para la realización de los test.

643. HEMOPERFUSIÓN CON POLIMIXINA-B COMO TERAPIA DE RESCATE EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO POR GRAM NEGATIVOS: EXPERIENCIA UNICENTRO HACIA LA MEDICINA DE PRECISIÓN

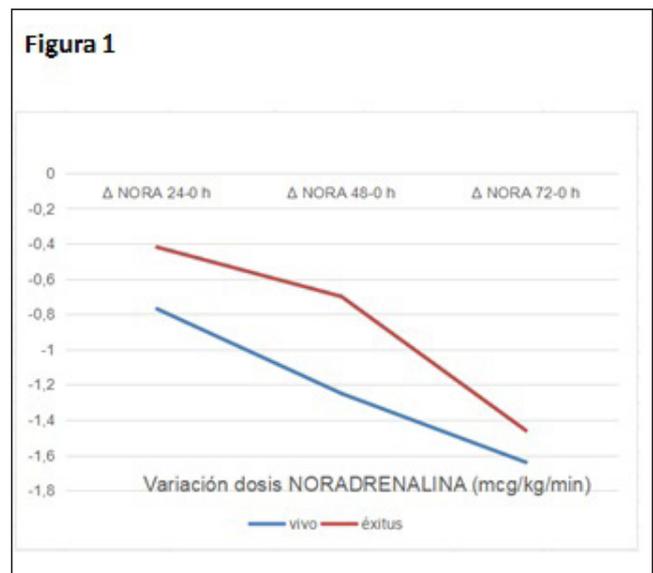
García Fernández G¹, Ros Valverde F¹, Sánchez Jordán P¹, Liñán Gabaldón J¹, Cartagena Chazarra M¹, Rodríguez Gimillo M¹, Serrano Lázaro A¹, Juan Díaz M¹, García García MÁ² y Carbonell Monleón MN¹

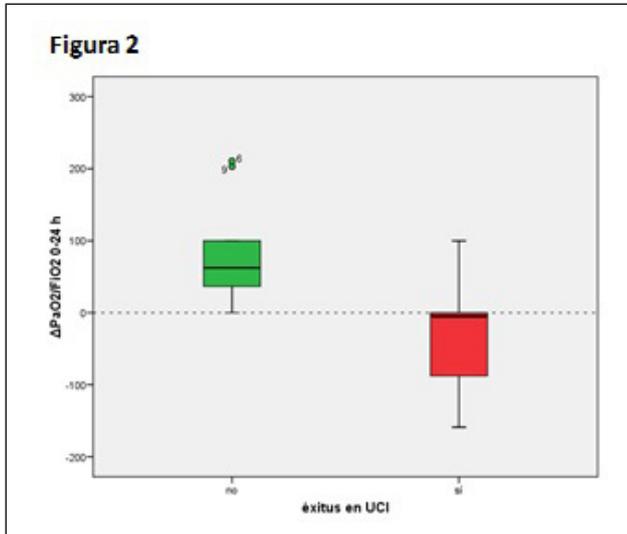
¹Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia. ²Hospital de Sagunto, Valencia.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la hemoperfusión con filtro de polimixina B (PMX-B) como terapia de rescate en pacientes con shock séptico refractario (SSR) secundario a infección por gram negativos (GN).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SSR al ingreso en UCI del Hospital Clínico de Valencia, durante el periodo 2012-2023, con alta sospecha o confirmación de infección por GN. La intervención terapéutica consistió en dos sesiones consecutivas de hemoperfusión con PMX-B tras haber recibido las medidas recomendadas por las Guías de Sobrevivir a la Sepsis. Se valoraron variables clínicas y analíticas basales, a las 24 h, 48 h y 72 h de la terapia, así como estancia y mortalidad en UCI.

Resultados: Se analizaron 19 pacientes con SSR, 63,2% varones, con una mediana (RIQ) de edad de 61 (46-76) años, APACHE II 27 (22-30) puntos y SOFA inicial de 13 (11-15) puntos. La mayoría de las infecciones fueron de origen comunitario (79%), con foco más importante abdominal (47,4%) y urinario (31,6%). Se documentó crecimiento de *E. coli* en un 42%, *K. pneumoniae* 26%, *P. aeruginosa* 10.5% y *N. meningitidis* 5,3% de cultivos positivos. En el 73,7% se confirmó bacteriemia. Respecto al fracaso orgánico, a nivel hemodinámico, observamos en las primeras 24 h después de iniciar PMX-B una disminución significativa en la dosis media de noradrenalina bitartrato (1,82-1,19 µg/kg/min, p = 0,003), siendo mayor la reducción a las 48h (1,82-0,8 µg/kg/min, p = 0,004). Dicha reducción fue más rápida en el grupo de supervivientes o respondedor [fig. 1]. A nivel respiratorio observamos un incremento, aunque no significativo, de la relación PaO₂/FiO₂a las 48 h, con una diferencia PaO₂/FiO₂ a las 24 h positiva en los supervivientes y desfavorable en los que fallecieron [fig. 2]. Todos los pacientes presentaron FRA KDIGO III con TRRC y el 68,4% coagulopatía séptica (mediana de plaquetas 70.500 (RIQ 44.500-104.750) mm³ y TP 24 (RIQ 20-27,5)). Dos pacientes (10.5%) presentaron eventos hemorrágicos menores. La estancia mediana en UCI fue de 14 (RIQ 7-17) días, con una mortalidad intra-UCI del 47,4%, ligeramente menor que la predicha por APACHE II [mediana 60,5% (RIQ 42,4-70,3%)].





Conclusiones: Los hallazgos muestran la hemoperfusión con PMX-B como herramienta beneficiosa y segura en el manejo inicial en la disfunción multiorgánica del paciente con SSR por GN, y sugieren mejoría en el pronóstico a medio plazo esperado de esta entidad. Consideramos que debería seguir contemplándose como terapia de rescate en una entidad tan heterogénea.

644. DATOS INICIALES TRAS LA INTRODUCCIÓN DE UN PROTOCOLO DE VASOPRESINA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DEL HENARES

Pajares Martínez S, Molina Lobo R, Parro Herrero L, Rodríguez Alcaraz A, Lobo Valbuena B, Salinas Gabiña I, Torrejón Pérez I, Enciso Calderón MV, Abella Álvarez A y Gordo Vidal F

Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: Evaluación de los resultados obtenidos tras la introducción de un protocolo de utilización de vasopresina (VAP) en UCI en pacientes con shock séptico y comparación con el estudio de referencia.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo descriptivo de pacientes con shock séptico en UCI que han requerido de VAP (EMPRESIN® 40 UI/2ML), tras la introducción de un protocolo de utilización de VAP (Feb/22 a Dic/23). Se comparan los resultados con el ensayo VANISH (JAMA 2016) del grupo que recibió VAP e hidrocortisona (HC) (n = 101) y de estos 76 recibieron noradrenalina (NA) base a dosis de 0,16 µg/kg/min. Indicación y manejo de VAP según ficha técnica en shock con dosis altas de catecolaminas (NA bitartrato (NORAGES 2 mg/ml AMP 4 ml) > 0,4-0,5 µg/kg/min, (tabla 1 expresado en NA base)). Respuesta favorable: reducción del 30% de la dosis de NA.

Resultados: Tamaño muestral 35. Mediana edad 71 años (63-76). Mediana SAPS III 71 (62-81). SOFA al inicio VAP, media 9,4 (DE 2,7). Focos de infección: abdominal 54,2%, respiratorio 25,7%, urológicos 17,1%, partes blandas 2,8%. Reposición hidrosalina previa, mediana 2,7 L (1,5-3,6). Hipovolemia previa 21 (60%). Tiempo inicio shock al comenzar VAP, mediana 4h (3-8). NA al inicio de VAP, mediana 0,48 µg/kg/min (0,3-0,5). Dosis VAP máxima 1,8U/h. Respuesta a VAP 29 (82,8%). Todos recibieron HC. Uso de dobutamina 5 (14,3%) (tabla 1). Del total, 85,7% presentaron fracaso renal: fallecidos 76,9%, vivos 90,9%. Precisaron terapia renal sustitutiva 40%: fallecidos 53,8%, vivos 31,8%. Hubo 6 efectos adversos graves, 17,1%: 2 isquemia extremidad (1 atribuido a inserción de catéter arterial y otro a manipulación quirúrgica en Bricker) (5,7%), 2 isquemias mesentéricas (2 complicaciones quirúrgicas mecánicas abdominales) (5,7%), 1 TV en paciente con alteraciones hidroelectrolíticas graves (2,8%), 1 diabetes insípida (autolimitada) (2,8%). Mortalidad predicha (SAPS III) UCI 56%, siendo finalmente 37,1% (tabla 2).

Conclusiones: La instauración de un protocolo de VAP ha permitido la estandarización y optimización de su uso. En la serie no se observa ningún efecto adverso grave atribuido. Respuesta favorable a vasopresina del 82,8% y mortalidad menor a la predicha. Nuestros resultados no son completamente comparables con el estudio de referencia, consideramos que es de interés el desarrollo de estudios posteriores.

Características basales	UCI Henares (N=35)	Vanish (Vasopresina+Hidrocortisona) (n=101)
Edad, mediana (IQR)	71 (63-76)	66 (57-76)
Escore de gravedad, mediana, (IQR) (mortalidad predicha)	SAPS 3 71 (62-81) (56)	APACHE II 24 (19-30) (50)
Foco de infección N° (%)		
Respiratorio	9 (25.7)	43 (44)
Abdomen	19 (54.2)	20 (20)
Partes blandas	1 (2.8)	5 (5)
Otro	6 (17.1)	30 (31)
SOFA escore, media (DS)	9.4 (2.7)	6.1 (3.4)
Volumen infundido previo, mediana (IQR), L	2.7 (1.5-3.6)	1.2 (0.75-2.0)
Tiempo desde inicio de shock hasta inicio vasopresina, mediana (IQR), h	4 (3-8)	3.2 (1.8-5)
Dosis de noradrenalina base al inicio vasopresina, mediana (IQR), mcg/kg/min	0.48 (0.3-0.5) N=35	0.16 (0.1-0.3) n=76
Dosis vasopresina utilizada	Máxima 1.8 UI/h	Máximo 3.6 UI/h

Tabla 1

Resultados	UCI Henares (N=35)	Vanish (Vasopresina+Hidrocortisona) (n=101)
Fracaso renal N°/Total (%)	30/35 (85.7)	41/101 (40.6)
Vivo	20/22 (90.9)	21/67 (31.3)
Muerto	10/13 (76.9)	20/33 (60.6)
Uso TRS, N°/total (%)	14/35 (40)	29/201 (28.7)
Vivo	7/22 (31.8)	15/67 (22.4)
Muerto	7/13 (53.8)	14/33 (42.4)
Pacientes con más de un efecto adverso grave, N°/total (%)	6/35 (17.1)	4/101 (4.0)
Isquemia extremidad	2/35 (5.7)	2/101 (2.0)
Isquemia mesentérica	2/35 (5.7)	2/101 (2.0)
Arritmia letal	1/35 (2.8)	4/101 (1.0)
Síndrome coronario agudo	0/35 (0)	
Otros	1/35 (2.8) (Diabetes insípida)	2/101 (2.0)
Mortalidad UCI, N° (%)	13 (37.1)	32/100 (32.0)

Tabla 2

645. RELACIÓN ENTRE ESCALAS DE GRAVEDAD Y FALLO ORGÁNICO ASOCIADO A INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS (IPPB)

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

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

Objetivos: Evaluar la estancia media en UCI y escalas pronósticas, así como el fallo orgánico asociado a la sepsis de piel y partes blandas.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo basado en la recogida de datos de 2019 a 2022, en una Unidad de Cuidados Intensivos de 18 camas, donde se han evaluado diferentes ítems, entre ellos, edad, sexo, escalas pronósticas de mortalidad, fracaso orgánico y necesidad de intervención quirúrgica urgente. Para ello, se ha realizado un análisis cualitativo de los datos, con una N = 24 pacientes.

Resultados: Si clasificamos las IPPB según la extensión, el 33% corresponden a infecciones superficiales y el 66% corresponden a infecciones profundas. Según la progresión de la infección, el 12,5% corresponden a infecciones crónicas vs. el 87,5% que corresponden a infecciones agudas. En función de la presencia de necrosis tisular, el 45,8% presentaron infección necrotizante (fascitis necrotizante, gangrena de Fournier, piomiositis o mionecrosis), precisando intervención quirúrgica urgente. El resto de infecciones no necrotizantes son celulitis, abscesos cutáneos o infecciones de herida quirúrgica. Al ingreso, el 50% de los casos presentaron fallo renal con necesidad de terapia de reemplazo renal. De forma excepcional, se documenta 1 caso de síndrome de distrés respiratorio agudo asociado. La mayoría de pacientes ingresados son varones entre 50-70 años, con una media de estancia en UCI de 14 días, documentándose 2 *exits* durante el ingreso. Se utilizaron escalas pronósticas como la puntuación

APACHE II, recogida a las 24 h del ingreso, presentando APACHE > 12; también se utilizó la escala SAPS III con puntuaciones entre 0-3, siendo predictores de moderada morbilidad. El tratamiento antibiótico empírico más utilizado fue meropenem o piperacilina/tazobactam asociada a linezolid o clindamicina como cobertura de flora polimicrobiana.

Conclusiones: Las infecciones de piel y partes blandas necrotizantes son poco frecuentes, pero con elevada mortalidad hospitalaria, requiriendo ingreso en cuidados intensivos. Constituyen un conjunto de cuadros clínicos desde infecciones banales a infecciones invasivas necrotizantes que requieren un alto grado de sospecha. Las IPPB son habitualmente polimicrobianas. Las bacterias más prevalentes son *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, Enterobacterias y anaerobios (*Bacteroides fragilis* y *Clostridium* spp). Requiere un abordaje multidisciplinar, basado en 4 medidas: tratamiento antibiótico adecuado, control del flujo, medidas de soporte del fracaso multiorgánico y medidas específicas.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

SEDACIÓN/ANALGESIA III

11:30-12:30 - Sala 131 + 132

Moderadoras: *Brigida Quindós Fernández / Manuela García Sánchez*

646. COMPLETANDO EL PUZLE: REPERCUSIÓN ANALGÉSICA DE LA SEDACIÓN INHALATORIA E IMPACTO DE MONITORIZACIÓN NOCICEPTIVA EN NUESTRA SERIE

Fernández Muñoz I, Fernández Martín-Caro I, Maqueda Lluva D, Martín Muñoz M, Jiménez Álvarez G, Garrido Callen A, López Cuenca S y Pérez Torres M

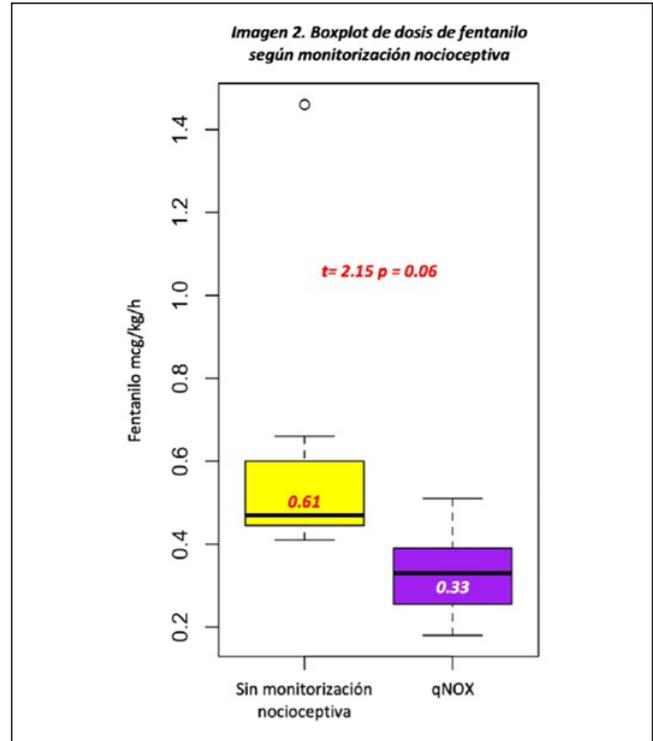
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: Los gases halogenados son una alternativa eficaz y segura para sedación de pacientes críticos. Durante su uso se ha descrito disminución del consumo de opiáceos, reduciendo el riesgo de efectos adversos. El índice qNOX monitoriza el estado nociceptivo con el estudio de ondas gamma del EEG continuo. Analizamos los pacientes que recibieron sedación inhalatoria y valoramos el consumo de analgésicos concomitante, el impacto de la monitorización nociceptiva con qNOX y los posibles beneficios clínicos derivados.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional, que incluye pacientes que recibieron sedación inhalatoria desde junio de 2022. Se analizan variables demográficas, clínicas y evolutivas. Análisis estadístico con frecuencias (%) y mediana (rangos intercuartílicos). Se realizó un análisis univariante con regresión lineal y logística; para comparación de grupos se usaron test de Welch y chi-cuadrado.

Resultados: 15 pacientes, 53% mujeres, edad 49 años (46-62), estancia en UCI 39 días (15-53). APACHE II 19 (13-23); SOFA 7 (5-8). 8 pacientes ingresaron por motivo respiratorio (53%), 5 neurocríticos (33%), 1 posquirúrgico (7%) y 1 por insuficiencia renal (7%). Tiempo de ventilación mecánica 23 días (13-40), 87% requirieron traqueostomía y 1 ECMO VV. El 20% falleció en UCI. Indicaciones de terapia inhalada: sedación

difícil (67%), distrés respiratorio (47%), estatus epiléptico (20%) y broncoespasmo agudo (7%). 67% recibió isoflurano, 33% sevoflurano, durante 108 horas (72-144). En el 67% fue único sedante; 53% recibieron bloqueantes neuromusculares. 14 pacientes se analgesaron con fentanilo a 0,44 µg/kg/h (0,3-0,5), 1 paciente con cloruro mórfico a 3,7 mg/h; 60% recibían analgesia convencional. En el análisis univariante no se encontró ningún factor asociado a menor consumo de opiáceos (fig. 1). 7 pacientes fueron monitorizados con qNOX. En ellos se objetivó un descenso en la dosis de fentanilo que no alcanza significación estadística (0,33 vs. 0,61 µg/kg/h; p 0,06 [fig. 2]); sin objetivar diferencias en tasas de delirio [-0,07 (-0,5, 0,65; p 1)] ni ileo [-0,09 (-0,47, 0,65; p 1)].



Conclusiones: Con la limitación del escaso tamaño muestral se encuentra una tendencia a utilizar menor dosis de opiáceo en los pacientes con sedación inhalatoria y monitorización nociceptiva con qNOX, sin hallar otros beneficios asociados.

647. SEDACIÓN INHALADA: USO DE SEVOFLURANO EN PACIENTES CRÍTICOS

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

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

Objetivos: Comunicar nuestros resultados tras la utilización de sedación inhalatoria con sevoflurano y evaluar sus posibles efectos adversos en pacientes críticos médicos.

Figura 1 Póster 646

	Beta	p	OR	p	
Edad	-0.008 (-0.02 – 0.005)	0.22	Sexo (Mujer)	0.7 (0.007 – 34.75)	0.85
Peso	-0.008 (-0.01 – -0.001)	0.03	Traqueostomía	0.015 (0.000 – 1.33)	0.14
Días estancia UCI	-0.006 (-0.01 – 0.001)	0.09	Sed. Inhalatoria inicial	0.21 (0.000 – 21.24)	0.65
Días ventilación mecánica	-0.004 (-0.016 – 0.007)	0.40	Sedante adicional	0.7 (0.003 – 32.39)	0.86
APACHE II	-0.014 (-0.04 – 0.01)	0.25	Bloqueo neuromuscular	0.49 (0.004 – 23.1)	0.7
SOFA	-0.063 (-0.000 – 0.13)	0.052	Analgesia convencional	21.6 (0.19 – 263528.2)	0.39

Imagen 1. Regresión lineal y logística con la dosis de fentanilo (mcg/kg/h)

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo realizado en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Gregorio Marañón, a quienes se usó sevoflurano como sedación de mantenimiento. Según nuestro protocolo se considera el inicio de sevoflurano en aquellos pacientes con necesidad de dosis altas de sedantes habituales como propofol, ketamina, dexmedetomidina o remifentanilo, o que para alcanzar objetivos de sedación se requiere combinar dos o más de estos. Las variables descriptivas se expresaron como media \pm DE, o mediana con rango intercuartílico para variables continuas y mediante porcentajes para características categóricas.

Resultados: Sevoflurano se utilizó en 30 pacientes de los cuales el 76,7% eran hombres, con una edad media de 54 ± 14 , y el motivo de ingreso más frecuente fue la patología respiratoria con un 43,3%. La media de SOFA y APACHE II fue 8 ± 3 y 18 ± 7 respectivamente. La mortalidad en UCI de este grupo de pacientes fue del 23,3%. Previo al inicio de sevoflurano el 53,3% de pacientes tenían drogas vasoactivas y se observó un aumento de las dosis de las mismas hasta en un 33,4% a las 48 horas del inicio del mismo, y este aumento de dosis se mantuvo durante 18 ± 12 horas, tiempo después del cual los pacientes volvieron a su situación basal. En el 36,7% de los pacientes en los que se usó sevoflurano hubo un aumento de la creatinina sérica $> 0,3$ mg/dl. Previo al uso de la sedación inhalada el 10% tenía hipernatremia y a las 48 h se aumentó el porcentaje a un 43,3%. La dosis media de sevoflurano que se utilizó fue 9 ± 4 ml/h (Fet $0,9 \pm 0,5\%$). Pudiéndose alcanzar los objetivos de sedación casi todos los casos con una media del BIS de 37 ± 11 a las 24 h tras el inicio de este sedante. Entre algunos posibles efectos adversos descritos en relación con sevoflurano se observaron: agitación 33,3%, bradicardia 6,7%, broncoespasmo 3,3%, fiebre 6,7%, taquicardia ventricular polimorfa 6,7% y parada cardiorrespiratoria 3,3%. No se vieron cambios significativos en los parámetros de ventilación mecánica como presión PICO o delta de presión (tabla).

	Presión PICO (cmH2O)	Delta de presión (cmH2O)
El día de inicio de sevoflurano	30	11
24h tras inicio de sevoflurano	31	12
48h tras inicio de sevoflurano	30	11

Conclusiones: En nuestra experiencia a partir del protocolo de sedación inhalatoria el uso de sevoflurano podría ayudar a ahorrar dosis de sedantes habituales. Puede estar relacionado con inestabilidad hemodinámica transitoria e hipernatremia pero existen varios factores confusionales, por lo que se necesita ensayos clínicos o estudios de mayor calidad.

648. UNA SEDACIÓN DE CALIDAD

Serna Martínez M, Redondo Martínez MJ, Nomdedeu Fernández M, Zarza Márquez MDM, Jiménez Medina D, Campos Albert J y Esteban Quintana G
Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: La sedación inadecuada, ya sea por insuficiencia o exceso, da lugar a incremento de la morbilidad y mortalidad, así como en prolongación de las estancias hospitalarias y mayores costos. Por ello requiere una supervisión apropiada y debe ajustarse según las necesidades cambiantes del paciente durante su evolución. La elección y dosificación de los fármacos a utilizar deben personalizarse de acuerdo con las características individuales del paciente y la indicación específica de la sedación.

Objetivo: Conocer monitorización de la sedación continua en una Unidad de Cuidados Intensivos y su optimización a través de la escala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Santa Lucía, que desde 2018 mantiene, año tras año en las sucesivas visitas de las entidades auditoras, la certificación de su Sistema de Gestión de Calidad acorde a los criterios de la Norma ISO 9001:2015. La muestra la conforman todos los pacientes ingresados en UCI desde enero de 2023 hasta setiembre de 2023 con criterios para iniciar sedación: adaptación a ventilación mecánica; inestabilidad clínica; disnea de alto grado; agitación incontrolable. Una vez seleccionados, se valora el objetivo de sedación con la escala RASS. Desde hace un año aproximadamente se

repartieron unas tarjetas a todo el personal de medicina y enfermería para facilitarles la valoración del nivel de sedación. Una vez establecido el nivel de sedación óptimo para cada paciente se marca en el formulario preformado que aparece en cada paciente cuando ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro hospital. A continuación, se pauta el tratamiento en base a valor obtenido en la escala. Por último, enfermería reevalúa y registra cada 12 horas el resultado, modificando la dosis de infusión de sedantes según objetivo pautado.

Resultados: Los resultados obtenidos de la muestra analizada a través de la fórmula (nº de enfermos con sedación adecuada/nº de enfermos con sedación continua) $\times 100$ son los siguientes: De 248 pacientes con sedación continua, solo 16 (6,45%) cumplía el indicador de sedación adecuada.

Conclusiones: En menos de la mitad de nuestros pacientes se registra un objetivo de sedación, cumpliéndose el indicador solo en un 6,45% de ellos. Seguiremos trabajando con determinación y compromiso para mejorar los resultados el próximo año, pues dentro del proyecto de humanización HUCI una de las medidas ICU Liberation es el lograr una sedación adecuada en todos nuestros pacientes.

649. SEDACIÓN INHALADA EN EL PACIENTE CRÍTICO: EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DURANTE EL USO PROLONGADO

Contreras Medina S, Buj M, Solarte M, Marín G, Vidal L y Ferrer R
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con uso de sedación inhalada por más de 7 días.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Vall d'Hebron de junio 2020 a octubre 2023. Se incluyeron pacientes que requirieron sedación inhalada por 7 días o más.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes. La mediana de edad fue de 56 años, 29 hombres (71,8%) y 11 mujeres (28%). Como comorbilidades, se encontró que el 23,1% (n = 9) presentaba hipertensión, el 20,5% (n = 8) diabetes, y un 20,5% (n = 8) inmunosupresión. Además, el 48,7% (n = 19) tenía patología respiratoria crónica, mientras que el 5,1% (n = 2) padecía cardiopatía isquémica. En relación con los hábitos de vida, el 30,8% (n = 12) eran fumadores activos, el 28,2% (n = 11) consumía alcohol, un 7,7% (n = 3) mostraba consumo crónico de opioides y el 20,5% (n = 8) consumo crónico de benzodiacepina. La mediana de SOFA a las 24 horas de ingreso fue 7. El motivo principal de ingreso en UCI en el 64,1% (n = 25) fue de causa respiratoria, entre otras causas se encontraban la sepsis 5,1% (n = 2), patología neurológica 5,1% (n = 2) y pancreatitis 17,9% (n = 7). Respecto a la duración, 22 pacientes se encontraron en el intervalo de 7 a 10 días, 8 pacientes de 11 a 14 días, 4 pacientes 15-20 días y 5 pacientes requirieron sedación inhalada por más de 20 días. La mediana de duración fue de 8 días con un mínimo de días de 1 y un máximo de 38 días. El isoflurano fue el sedante más utilizado. La indicación de sedación inhalada fue a sedación difícil en el 50,0% (n = 18) de los pacientes. En 2 casos, se empleó por efectos secundarios de sedantes EV. Doce pacientes requirieron su uso como broncodilatador, y en 4 casos, se utilizó para evitar efectos de acumulación de sedantes EV. 12 pacientes presentaron efectos secundarios, 10 presentaron cambios pupilares y 2 hipotensión. Los cambios pupilares reportados fueron midriasis y anisocoria, relacionados principalmente con la dosis y la duración de la terapia. La aparición de cambios pupilares obligo a realizar pruebas de imagen en 6 pacientes. En 1 se evidenció patología estructural debido a infección intraocular. El resto de eventos revirtieron tras la retirada del sedante cuando el paciente cumplió criterios de retirar sedación. No se reportaron otros efectos adversos.

Conclusiones: El empleo de sedación inhalada durante periodos superiores a 7 días no presenta efectos adversos significativos y emerge como una alternativa segura. Se resalta la importancia de tener en cuenta las posibles alteraciones pupilares.

650. SEDACIÓN INHALADA EN PACIENTE CON ECMO

Martín Rasero JL, Álvarez Fernández E, Fuentes Scott D, Giraldo Hernández A, Alba García F, Corpas Fernández RM, Losada Martínez V, Escudero del Campo A, Vázquez Suero A y Taberna Izquierdo MÁ
Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo.

Objetivos: Describir el manejo de paciente con soporte con ECMO VV que presentó sedación difícil e incapacidad de alcanzar objetivos con la terapia extracorpórea, hasta la instauración de sedación inhalada.

Métodos: Descripción de un caso de paciente que ingresa en nuestro centro el 24/09/23 por neumonía grave por *Legionella*, precisando de ingreso en UCI < 24 h de su estancia hospitalaria. El paciente necesita de soporte respiratorio con ECMO VV femoroyugular, con complejo manejo de necesidades de analgesedación y miorelajación, hasta el inicio de sedación inhalada con sevoflurano.

Resultados: Se trata de un varón de 62 años como antecedentes HTA y ganadero, que ingresa en nuestro centro el 24/09/23 por neumonía grave por *Legionella* que en < 24 h, precisa de IOT y pronó. APACHE II al ingreso de 26. Mala evolución clínica inicial por lo que se decide soporte respiratorio con ECMO VV femoroyugular, con canulación el 26/09/23. El paciente requiere desde el inicio de la terapia extracorpórea dosis elevadas de sedación, la cual se realizó con propofol, ketamina, MDZ, dexmedetomidina, cl. mórfico y cisatracurio. Presencia de taquicardia sinusal con GC elevado 11-13 lpm, no alcanzando ni el 40% del GC con la terapia extracorpórea. Ligeramente mejor tras el inicio de betabloqueantes, pero aún mostraba un GC de 9-11 lpm. Todo esto junto a desadaptación de la VM y apertura ocular. Se inicia sedación con tiopental, junto a propofol, dexmedetomidina, cl. mórfico y cisatracurio, con similares resultados, encontrándonos en torno al 50-60% de soporte con ECMO respecto al GC. Inicio de sedación con sevoflurano (Anaconda) el 12/10/23 a dosis de 4-6 ml/h para una FEt objetivo de 1%. Tras ello se puede retirar toda sedación, manteniendo cl. mórfico y BNM. Alcanzando objetivos de terapia tras el inicio, cayendo el GC a 5,5-6,5 lpm, ECMO al 60-70% del GC. Tras una semana de sedación inhalada, mejoría de la mecánica pulmonar con prueba de destete exitosa, procediendo a la decanulación el 22/10/23.

Conclusiones: Los pacientes que presenta un complejo manejo de la sedación son frecuentes en nuestras unidades, pero esto se acentúa cuando precisa soporte extracorpóreo con ECMO. Gracias al inicio de la sedación inhalada se pudieron alcanzar objetivos terapéuticos, mantener el paciente con ventilación ultraprotectora hasta la mejoría pulmonar y retirada de ECMO. En estos momentos la sedación inhalada en UCI ya se contempla como terapia de rescate si no se consigue sedación objetivo. Sedación de fácil manejo y escasos efectos secundarios, pudiéndose utilizar desde el comienzo.

651. INFLUENCIA DEL TIPO DE OPIOIDE Y SEDANTE EN LA ESTANCIA EN UCI Y LOS DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Vega Rodríguez AS, Prada Osorio R, Ortega Cámara J, Eugenio Robaina MDP, Santana Cabrera JL y Blanco López JJ
Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Determinar si el consumo de opiáceos, midazolam, propofol y dexmedetomidina se correlaciona con la estancia media y la duración de la ventilación mecánica invasiva en la UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una UCI de 32 camas. Desde enero de 2018 hasta diciembre de 2023 se recogió el consumo anual de opiáceos, midazolam, propofol, dexmedetomidina y sevoflurano, así como, la estancia media y la media de días bajo Ventilación mecánica invasiva. Para el análisis, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson, con el fin de explorar la relación entre el uso de estos fármacos y los parámetros clínicos descritos.

Resultados: En primer lugar, se observó que el uso de morfina y midazolam estaba fuertemente correlacionado con un aumento en la estancia media (morfina: $r = 0,67$, midazolam: $r = 0,65$) y los días de ventilación mecánica invasiva (VMI) (morfina: $r = 0,82$, midazolam: $r = 0,84$). Por otro lado, el análisis mostró que el aumento en el uso de remifentanilo (Remi) y propofol en los dos últimos años, se asociaba con efectos mixtos. El remifentanilo mostró una fuerte correlación negativa con la estancia media ($r = -0,66$) y los días de VMI ($r = -0,34$), indicando que su mayor uso podría estar relacionado con una disminución en estos parámetros. El propofol, por su parte, mostró una correlación positiva moderada con la estancia media ($r = 0,44$), pero una fuerte correlación negativa con los días de VMI ($r = -0,62$).

Conclusiones: El uso de morfina y midazolam se relaciona con una mayor estancia en la UMI y días de VMI. El uso de remifentanilo y propofol se relaciona con menor días de VM y estancia en UCI.

652. INICIO DE PROTOCOLO DE SEDACIÓN INHALATORIA EN UCI

Fernández Morales P, Moreno López J, Poyatos Aguilera ME y Giménez Gutiérrez JM

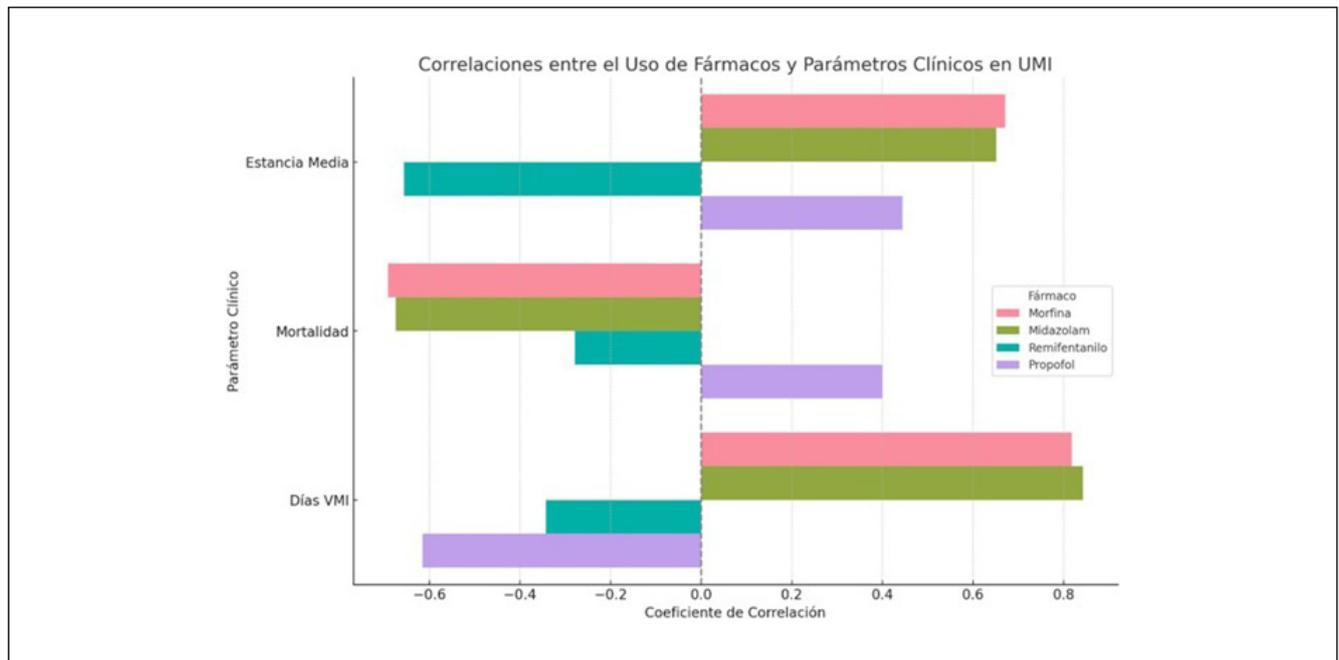
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Describir la efectividad y seguridad de la sedación inhalatoria con dispositivo AnaConDa en pacientes ingresados en UCI de un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Datos recogidos de pacientes que reciben sedación inhalatoria en UCI del HUCSC durante 2022 y 2023. Se evalúan los pacientes tras conexión a VM y se incluyen en protocolo de sedación inhalatoria cuando precisan sedación profunda y/o más de 72 horas de VM. Se describen variables sociodemográficas, motivo y días de ingreso en UCI, días de VM, días de sedación inhalatoria, fármacos usados y analgésicos concomitantes, polineuropatía y mortalidad.

Resultados: 40 pacientes reciben sedación inhalatoria (13 mujeres y 27 varones), de un total de 294 pacientes ventilados (13,6%), 14 en 2022

Figura Póster 651



y 26 en 2023. Edad media 57 años (33-79). Comorbilidades: HTA (20), EPOC (3), asma (2), tabaquismo (16), alcoholismo (9) otras drogas (2), DM (10), cardiopatía isquémica (4), obesidad (13), ACV (1), FA (6), epilepsia (1). Indicaciones: SDRA (3), broncoespasmo severo (3), PCR recuperada (4), shock cardiogénico (11), shock séptico (13), meningococcal (1), intoxicación medicamentosa voluntaria (4), estatus epiléptico no convulsivo (1). Media de APACHE II 21,3 (12-43). Media días de ingreso en UCI 20,12 (2-80); días de ventilación mecánica 15,1 (2-61); días recibiendo sedación inhalatoria 5,43 (2-23). 37 pacientes reciben isoflurano y 3 (broncoespasmo severo) sevoflurano. Todas las familias firman consentimiento informado. Dosis media de isoflurano 5 ml/h (2-7 ml/h), media de 5,43 días (2- 23); y sevoflurano 4 ml/h (4-10 ml/h) media de 3 días (2- 5). Objetivo BIS 40-60. Analgésicos concomitantes: remifentanilo 0,05-1 µg/kg/min (24), ketamina 1-4 mg/min (6), fentanilo 0,02-0,05 µg/kg/min (10). Efecto secundario más frecuente: hipotensión (no grave) al inicio del tratamiento. En más del 50% se alarga el QT pero sin ninguna arritmia auricular ni ventricular. No se recoge ningún efecto adverso grave. No se retira por efectos secundarios en ningún caso. El 32% de los pacientes presentan una polineuropatía grave al despertar (escala MRC > 48). Mortalidad del 30%, ningún caso atribuible al uso de sedación inhalatoria.

Conclusiones: La sedación inhalatoria en UCI es factible y parece segura. Dada nuestra corta experiencia, queda por definir mejor qué tipo de pacientes se benefician de recibirla. En los analizados, permitió el descenso de dosis de otros sedantes, sin presentar complicaciones graves, con menor tasa de polineuropatía al retirar sedación y VM.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

SIMULACIÓN/NUEVAS TECNOLOGÍAS

11:30-12:30 - Sala 130 + 129

Moderadores: Vicente Gómez Tello/
Aida Fernández Ferreira

653. DE TRABAJO EN EQUIPO A APRENDIZAJE EN EQUIPO: EL PODER DE LA FORMACIÓN BASADA EN ROLES

Medina Ramos L, Navarro Martínez J, Yedro IM, Balboa Esteve S, Carrillo Leal S, Galiana Ivars M y Toral Toral Ú

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Evaluar la influencia de la formación específica de roles en el rendimiento del equipo en simulaciones de RCP.

Métodos: Estudio observacional prospectivo transversal que incluyó 55 entrenamientos de equipos multidisciplinares en RCP de adultos en el hospital, con una dinámica de modelo de roles diseñada en nuestro laboratorio. Dinámica basada en entrenamiento de procedimientos, cruzado y de perturbación. Tras el entrenamiento, los participantes fueron introducidos en un escenario de simulación de RCP en grupos. La autoeficacia de los participantes para realizar compresiones torácicas de calidad, usar un DEA y asumir diferentes roles se evaluó mediante escala de Likert de 5 puntos antes y después. Se realizó una evaluación objetiva del rendimiento mediante revisión de grabaciones de vídeo por dos instructores de RCP independientes acreditados por el ERC no familiarizados con la dinámica. Criterios de evaluación: rendimiento de calidad en RCP (recomendaciones del ERC) y rendimiento del equipo (Escala de Evaluación del Equipo).

Resultados: Se incluyeron 305 trabajadores de la salud (médicos, residentes, enfermeras y técnicos). La formación previa en roles se asoció con un aumento significativo en las puntuaciones de autoeficacia en la escala de Likert (de 2 a 4; $p < 0,05$). El análisis objetivo indicó que se lograron todos los objetivos de rendimiento de calidad en RCP con una tasa de éxito del 100% (mediana; p_{05-p95} : 80-100%). Se observaron diferencias significativas entre diferentes grupos de participantes ($p = 0,0375$), pero no en términos del número de miembros del equipo.

El análisis de las puntuaciones TAS mostró un alto nivel de competencia en el trabajo en equipo. Se encontraron diferencias en la dificultad para adaptarse a cambios repentinos. Destaca la importancia fundamental de la formación específica de roles para equipos multidisciplinares al enfrentarse a la RCP. Las mejoras significativas en la autoeficacia de los participantes después del entrenamiento y las evaluaciones objetivas realizadas por instructores de RCP confirmaron niveles consistentes y altos de logro en todos los criterios de rendimiento. Esta consistencia se mantuvo independientemente del rol o del número de participantes en cada grupo.

Conclusiones: Se proporciona evidencia convincente de que la formación previa en roles específicos mejora significativamente el rendimiento del equipo. Estos hallazgos tienen implicaciones para mejorar los resultados del paciente y enfatizan la efectividad de la formación estructurada y específica de roles en entornos de atención médica.

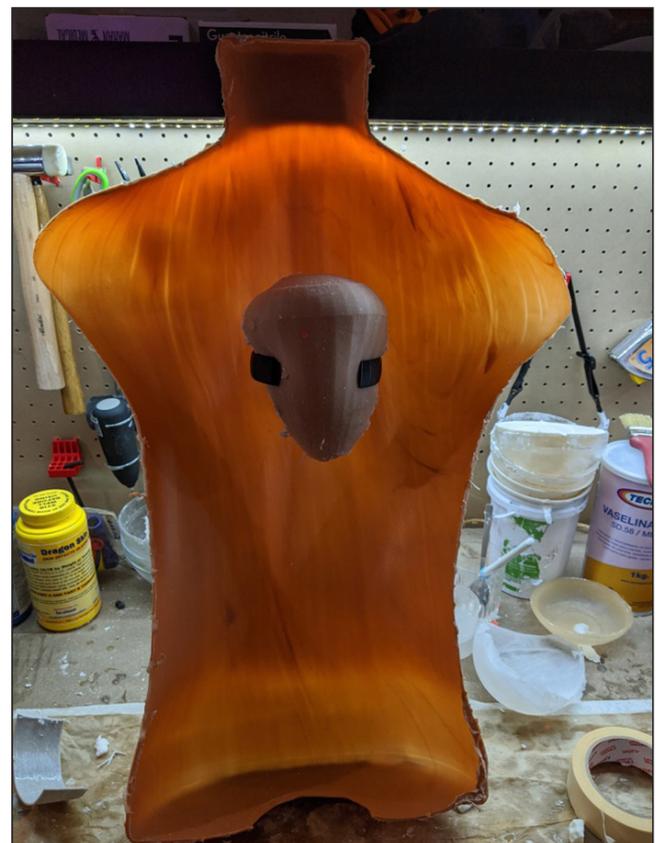
654. ANÁLISIS BIOMÉTRICO DEL ESTRÉS INDUCIDO Y EL APRENDIZAJE DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PERICARDIOCENTESIS EN UN ESCENARIO SIMULADO DE REALIDAD VIRTUAL: UN ESTUDIO DE COHORTES

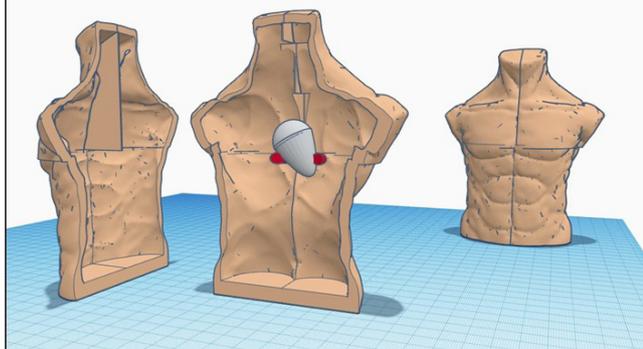
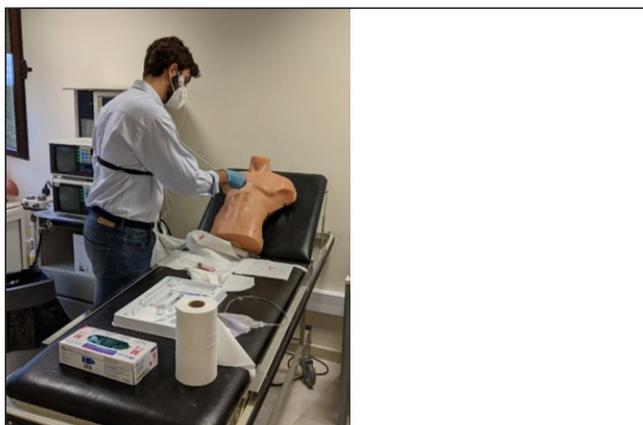
Rubio López A¹, García Carmona R², Cardinal Fernández PA³, Zarandieta Román L², Rubio Navas A⁴ y González Pinto A⁵

¹Hospital Universitario HM Montepríncipe, Madrid. ²Universidad CEU San Pablo, Madrid. ³Hospital Universitario HM Torrelodones, Madrid.

⁴Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. ⁵Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: El programa Cobatrice ha sido fundamental para estandarizar la formación en cuidados intensivos en Europa. Entre los diversos procedimientos que se realizan en la UCI la pericardiocentesis constituye un reto notable debido a su complejidad y potencial riesgo vital. Este estudio pretende comparar el nivel de aprendizaje y el nivel de estrés inducido en dos modelos de simulación en pericardiocentesis: uno tradicional creado con impresión 3D y el mismo escenario replicado en realidad virtual (RV). Ambos modelos fueron creados por estudiantes universitarios de último año de los grados de Medicina e Ingeniería Biomédica y fueron ajustados y validados por un panel de intensivistas de la UCI del HU HM Montepríncipe.





Métodos: Estudio piloto prospectivo de cohortes con estudiantes de 6º de medicina. Los participantes realizaron el procedimiento en ambos modelos bajo monitorización biométrica (electromiografía, actividad electrodérmica, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) utilizando un sistema biosignal plus para la recopilación de datos biométricos en tiempo real. Los resultados del aprendizaje se evaluaron mediante un cuestionario basado en el análisis de competencias siguiendo el modelo del examen clínico objetivo estructurado (ECO). Los niveles de estrés se midieron mediante el análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV).

Resultados: Se reclutaron 36 estudiantes, 27 mujeres y 9 hombres, con una media de edad de 24 años. Los parámetros de aprendizaje evaluaron aspectos de diagnóstico y razonamiento clínico, habilidades procedimentales y dos ítems de evaluación global. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los ítems de evaluación diagnóstica y razonamiento clínico entre el modelo clásico de maniquí y el escenario virtual, así como en la evaluación de las habilidades procedimentales. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas en los parámetros de procedimiento que evaluaban la motricidad fina. En cuanto al análisis del estrés inducido en ambos modelos no se encontraron diferencias significativas en los dominios temporal, de frecuencia y no lineal dentro del modelo de análisis de variabilidad de la frecuencia cardíaca.

Conclusiones: Tanto los modelos impresos en 3D como los de RV ofrecen vías prometedoras para la simulación clínica avanzada, cada uno

con su propio conjunto de ventajas y limitaciones. La RV ofrece rentabilidad, escalabilidad y reproducibilidad, mientras que los modelos impresos en 3D democratizan el acceso a la simulación, especialmente en entornos con recursos limitados.

655. SEDACIÓN DIGITAL CON REALIDAD VIRTUAL DURANTE LA CANALIZACIÓN DE ACCESOS VASCULARES A PACIENTES HOSPITALIZADOS

Nieto Martino B, Sarmiento Torres JA, Rubio Campoy J, Laguna Corredor M y León Concepción J

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: La realidad virtual (RV) es una medida analgésica no farmacológica, se basa en la interacción con un mundo artificial mediante gafas especiales que permite su percepción en tres dimensiones. El objetivo es analizar el dolor y ansiedad en pacientes que precisan colocación de un catéter vascular y utilizan realidad virtual. Evaluar constantes vitales y percepción subjetiva.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, en pacientes hospitalizados en el H. de Fuenlabrada y que se les canaliza un catéter con empleo de RV por parte del personal de UCI, entre enero y junio de 2023. Excluidos: negativa al procedimiento, patología neurológica o psiquiátrica, claustrofobia, problemas auditivos y visuales. Rellenamos cuestionario preimplantación y posimplantación. Variables a estudio: medición del dolor y ansiedad (EVN). Edad, sexo, motivo de petición, tipo de catéter, frecuencia cardíaca (FC) y respiratoria (FR). Duración del procedimiento, abstracción del medio y valoración de la experiencia. *Software* SPSS 24.

Resultados: Evaluamos 62 pacientes. Media de edad 66 DE (14,98), 37 varones (59,7%). Ansiedad previa 27,4% (17), dolor previo 22,6% (14). Falta de accesos 43,5% (27) y NPT 37,1% (23) como motivos de petición. Canalizados 50% Midline (31) y 50% PICC (31). Mediana de duración fue 25 min (IQR 19,75-40). Mediana de FC al inicio 85,1 lpm (DE 13,709) y mínima 79,98 lpm (DE 13,363). FR al inicio 22,42 rpm (DE 10,159) y mínima 16,69 rpm (DE 4,974). La media de ansiedad preprocedimiento 4,97 (DE 3,11) y posprocedimiento 1,44 (DE 2). Dolor posprocedimiento 2,05/10 (DE 2,012). Percepción buena o muy buena de la experiencia 95,2% (59), corto 54,8% (34) y abstracción completa 53,2% (18). 96,8% volvería a utilizar RV. 43 pacientes (69,4%) respondieron que la información previa al procedimiento había sido adecuada, pero hasta 12 pacientes (19,4%) no habían recibido nada de información previa. El 96,8% (60) en el cuestionario tras canalización respondió que se le había informado adecuadamente sobre la técnica realizada.

Conclusiones: La RV disminuye ansiedad y dolor durante la canalización, con una buena valoración subjetiva de los pacientes. Mejora la concentración del profesional durante la intervención y permite una mejor docencia.

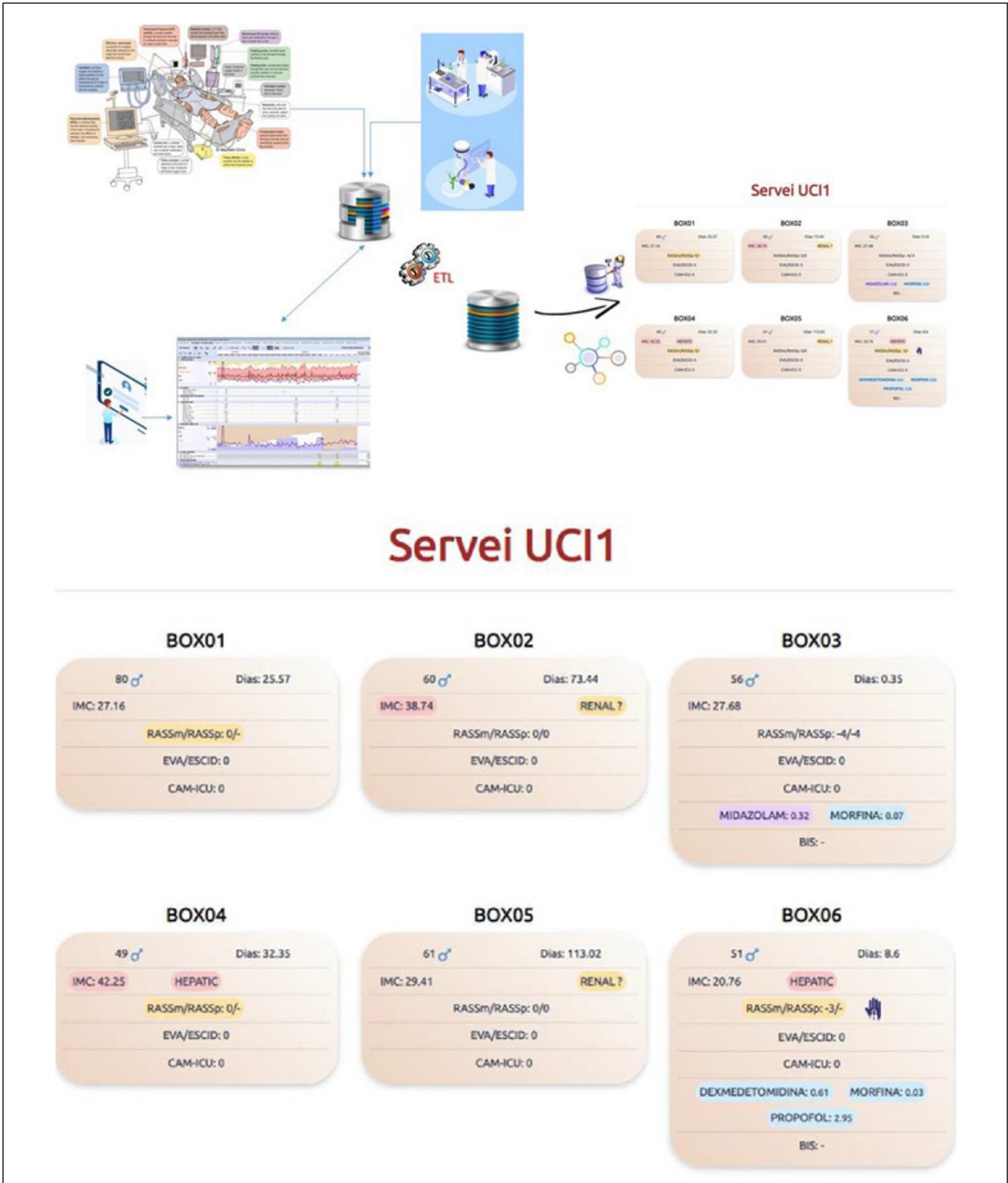
656. IMPLEMENTACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN DASHBOARD PARA EL SOPORTE DE UNA SEDOANALGESIA SEGURA EN TIEMPO REAL A PARTIR DE LOS DATOS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN CLÍNICA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Plans Galván O, Pérez Álvarez L, Rosich Andreu S, Gil Castillejos D, Berrueta J, Gómez J y Bodí Saera M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Diseñar e implementar un *dashboard* de SA en tiempo real a partir de los datos de los SIC y validarlo a través de auditoría interna (AI).

Métodos: Incluye el diseño (1), implementación (2) y validación (3) del *dashboard* para dos Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (26 boxes). 1) Selección de variables: edad, sexo, días de ingreso, IMC, RASS medido/RASS prescrito, EVN/ESCID, presencia de contenciones, CAM-ICU, BIS, TOF, función renal y/o hepática; fármacos sedantes, opioides y bloqueantes neuromusculares, dosis en relación al peso paciente. 2) Extracción, transformación y carga (ETL) de datos del SIC. Consenso de límites y rangos de alarma, de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, y código de colores de alertas. 3) Fase 1 de la AI del contenido del *dashboard*. Se clasifican los errores de acuerdo a clasificación validada en estudios previos (*Plausability*, *Conformance*, o *Completeness*). En caso de error se identifica el origen: fallo de configuración, error de registro por parte del profesional, fallo de integración con dispositivos o con



departamental y se implementan los cambios en la configuración de acuerdo a errores detectados. 4) Fase 2 de la AI.

Resultados: Durante 5 días, en la fase 1 de la AI se auditaron 67 casos (638 variables). Se hallaron 615 transferencias correctas (96,4%) y 23 errores. Tipos de errores: 12 de *plausability* (1,9% de errores respecto a todas las variables evaluadas); 7 de *completeness* (1,1%) y 4 de *conformance* (0,6%). El origen de los errores fue de configuración en un 78,3%, de registro del profesional en un 13% y de fallos de integración con dispositivos y departamentales en un 4,4%. Tras corregir los errores de

configuración se auditaron 17 casos (161 variables) en dos días. No se encontró ningún error.

Conclusiones: La configuración y posterior revisión, guiada por auditoría interna de la calidad de la información, permite generar un *dashboard* a partir de los datos del SIC. Este *dashboard* facilita la toma de decisiones clínicas de forma segura y permite identificar desviaciones del protocolo en la SA del paciente crítico.

Financiado por: Beca del Instituto de Investigación Sanitaria Carlos III FIS (PI20/01674)

657. CHATGPT EN LA CUANTIFICACIÓN DE LESIONES TRAUMÁTICAS: PRIMERAS EXPERIENCIAS

Valiente Fernández M, Delgado Moya FDP, García Fuentes C, Caballo Manuel AA, Barea Mendoza J y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La cuantificación de las lesiones traumáticas es un trabajo laborioso pero necesario en el estudio de la patología traumática, ya que es la única forma de comparar las poblaciones traumáticas. A tal fin se pretende valorar las capacidades de un modelo de lenguaje natural (MLN) de inteligencia artificial (ChatGPT) en la codificación de lesiones y el grado de concordancia con los datos reales.

Métodos: A partir de un registro de pacientes ingresados por enfermedad traumática en la UCI de Trauma del Hospital 12 de Octubre, se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados ($n = 43$). De esos 43 casos, los 12 primeros se utilizaron como set de aprendizaje supervisado (ficha de información para ChatGPT y resultados requeridos: Maximum Abbreviated Injury Scale (MAIS) por regiones corporales e Injury Severity Score (ISS)), los siguientes 13 pacientes se utilizaron como entrenamiento del MLN para corregir errores sistemáticos de cuantificación. Tras este preprocesamiento se le ofrecieron 18 fichas para que estimara MAIS por regiones e ISS. Cada ficha contenía información epidemiológica, de la situación clínica al ingreso, la exploración secundaria, información radiológica y de intervenciones quirúrgicas. Se decidió realizar comparación de los resultados de ChatGPT, con los resultados de un codificador experto (CE) utilizando las fichas que se le ofrecían a ChatGPT y los resultados del registro que se tomaron como *gold standard*. Para el análisis de concordancia se realizó la prueba tau de Kendall para comparación de variables ordinales de manera pareada. Finalmente se obtuvo un resultado global del grado de concordancia y se comparó mediante una *t* de Student. Se utilizó el programa estadístico R y Rstudio.

Resultados: ChatGPT obtuvo una concordancia moderada ($\tau = 0,56$ [0,47-0,66]). En la región facial ($p = 0,056$) y partes blandas ($p = 0,49$) la correlación fue no significativa. El CE obtuvo una buena concordancia ($\tau = 0,79$ [0,76 - 0,91]) con la misma información que ChatGPT. El CE tuvo una mayor concordancia mayor que ChatGPT de manera significativa ($p = 0,02$).

Conclusiones: Actualmente los MLN no pueden sustituir de manera satisfactoria a los codificadores expertos. La codificación de lesiones requiere de la integración de múltiples de información y de matices que se pierden o diluyen en las fichas ofrecidas.

658. FORMACIÓN MASIVA EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: LO HICE Y LO APRENDÍ

Medina Ramos L, Balboa Esteve S, Carrillo Leal S, Navarro Martínez J, Yedro IM, López González E, Megías Oliva I y Botella Liminana M

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Implantar un programa de formación masiva en reanimación cardiopulmonar (RCP) en un hospital de tercer nivel mediante simulación clínica basado en el entreno y la capacitación para la atención de la PCR con la finalidad de conseguir una mayor probabilidad de éxito cuando se inicie una RCP avanzada.

Métodos: Se recurre al registro de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria para definir el orden de la urgencia de intervención. Se diseña un programa de formación con tres pilares fundamentales: conocer las necesidades, la cultura de seguridad y prevención y, por último, buen manejo. Se constituyen dos fases: 1. Preparación mediante cumplimentación de un cuaderno de ruta en el que se analizan las necesidades detectadas para ese grupo y 2. Formación con desarrollo de talleres y entrenamiento mediante la reproducción de escenarios que se realizan en el laboratorio de simulación (SIMIA) o *in situ* adaptándonos a sus particularidades. Se enfatiza el trabajo de equipos multidisciplinares a través del reparto de roles.

Resultados: Desde febrero del 2023 se han formado 305 trabajadores (médicos, residentes, enfermeros y técnicos) sometiendo el programa de formación a evaluación mediante dos procedimientos, la autoevaluación del alumno en adquisición de competencias antes y después del entrenamiento a través de escala Likert de 5 puntos (1- no competente en absoluto- a 5 -extremadamente competente) y auditoría externa por dos instructores de RCP independientes acreditados por el Consejo Europeo de Resucitación (ERC) que no estaban familiarizados con la di-

námica de entrenamiento, mostrando ambas, evidencia de que la formación mejora el rendimiento en la atención a la PCR.

Conclusiones: La formación a través de la simulación clínica es una buena herramienta para el entrenamiento en RCP favoreciendo la adquisición de habilidades técnicas como la toma de decisiones en situaciones de crisis y el trabajo en equipo que pueden mejorar la supervivencia de la PCR así como la calidad de la atención y seguridad del paciente. Se trata de un proyecto escalable detectándose la necesidad de desarrollar una tercera fase que determine la pérdida del recuerdo para delimitar así el intervalo temporal entre la primera y sucesivas formaciones.

659. PERCEPCIÓN DE LA FORMACIÓN EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) BASADA EN ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Portugal Rodríguez E¹, Artola Blanco M¹, Velasco Villagarcía A¹, Pérez Gutiérrez J¹, Bustamante Munguira E¹, Mamolar Herrera N¹, Murias Rodríguez M² y de Pedro Sánchez MA¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ²112. SACYL, León.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción de los alumnos tras un Programa Docente Formativo en RCP, supone una herramienta clave para comprender sus necesidades, expectativas en el proceso de aprendizaje. Analizar el grado de conformidad de médicos y enfermeras de primeros años de formación de distintas especialidades (MIR, EIR), como área de oportunidad de mejora, tras la realización de un Programa de Formación en Soporte Vital Avanzado avalado (SVA) en su hospital, acreditado por el Plan Nacional de RCP y la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) empleando Simulación Clínica.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo unicéntrico basado en la búsqueda sistemática de información entre los residentes, mediante el empleo de encuestas de percepción individual al finalizar la formación docente. Se realizan 10 preguntas cortas y sencillas como herramienta para medir el grado de satisfacción y comprender sus expectativas individuales.

Resultados: Se realizaron 4 cursos de formación en SVA donde se rellenaron 57 encuestas (66% de los encuestados fueron mujeres). El 52,7% de los alumnos no habían presenciado nunca una parada cardiorrespiratoria (PCR) o un atragantamiento. El 24,6% no disponía de formación previa en RCP. El 98% de los participantes, les pareció interesante el curso para tener más clara su actuación frente a la PCR, siendo considerada como una pieza clave en su proceso de formativo. A pesar de ello, el 7% consideraron que no era necesario la repetición del curso a lo largo de su formación. El 100% de los encuestados consideraron que las herramientas empleadas durante el curso habían sido útiles, estando de acuerdo con el método de evaluación empleado un 96,4%. La media de satisfacción general del curso se situó en 8,57.

Conclusiones: El grado de satisfacción sobre el programa formativo en RCP basado en simulación clínica ha sido muy elevado para los participantes de este, por lo que estamos conformes con las herramientas y método de evaluación. La media del curso es alta, pero mejorable, por lo que debemos seguir trabajando para garantizar su mejor proceso de aprendizaje.

Financiado por: Gerencia Regional de Salud Castilla y León.

660. EVALUACIÓN FORMATIVA DE LAS HABILIDADES BÁSICAS Y AVANZADAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) MEDIANTE EL EMPLEO DE ESCENARIOS DE SIMULACIÓN CLÍNICA

Portugal Rodríguez E¹, Artola Blanco M¹, Velasco Villagarcía A¹, Pérez Gutiérrez J¹, Bustamante Munguira E¹, Mamolar Herrera N¹, Murias Rodríguez M² y de Pedro Sánchez MA¹

¹Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ²112. SACYL, León.

Objetivos: Detectar las dificultades que presentan los médicos y enfermeras en formación de distintas especialidades, previo a la realización de un Programa Formativo en Soporte Vital Avanzado (SVA), tras 3,5 meses de trabajo en un hospital. Evaluar las mejoras detectadas en las mismas tras la realización del curso.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, unicéntrico donde se evalúan de habilidades en RCP pre/poscurso de SVA en un hospital, empleando escenarios de simulación homogéneos, mediante un *checklist*

de 12 ítems (identificación de la parada cardiorrespiratoria (PCR), solicitud de ayuda y/o DESA, compresiones de calidad, ventilaciones de rescate, minimizar interrupciones en RCP, uso de DESA, algoritmo y/o medicación adecuada, diagnóstico y tratamiento de las causas reversibles, trabajo en equipo). 3 alumnos/caso. Mismo observador. El material empleado fue un maniquí de alta fidelidad, DESA y ambú.

Resultados: Se realizaron 4 cursos de formación en SVA donde participaron 57 alumnos. 1 alumno no pudo ser evaluado. El 32,1% fueron varones. En la evaluación precurso: 30,3% de los alumnos identificaron PCR de forma adecuada; 14,2% solicitaron ayuda; 39,2% dieron compresiones de calidad; 23,2% ventilaciones de rescate; 42,8% no fueron capaces de minimizar las interrupciones; Solo el 7% fueron capaces de escoger el algoritmo de PCR correcto y el 8,9%, eligieron la medicación de PCR adecuada. El 64,2% presentaron dificultades para el trabajar en equipo. En la evaluación poscurso se detectó, una mejora de hasta 76,7% en la identificación de la PCR; 78,57% solicitud de ayuda; 96,4% compresiones de calidad y solo 12,5% presentar dificultades para minimizar las interrupciones. El 78,5% escogieron el algoritmo de RCP y la medicación (75%) correcta. El 71,42% fueron capaces de trabajar en equipo.

Conclusiones: El grado de aprendizaje del programa formativo en RCP fue muy elevado, dado los datos extraídos en la evaluación formativa continuada. Regular el avance y detectar las áreas a reforzar es la clave en el proceso.

661. PREDICCIÓN PRECOZ DE LA MORTALIDAD CON ÓMICAS EN PACIENTES COVID-19 CON ALGORITMOS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO

Martínez González O¹, Virseda Berdices A², Behar Lagares R², Fernández Rodríguez A², Jiménez Souza MA², Sánchez López S¹, Manso Álvarez M¹, López Matamala B¹, Chana García M¹ y Blancas Gómez-Casero R¹

¹Hospital del Tajo, Madrid. ²Centro Nacional de Microbiología-Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

Objetivos: Crear y analizar algoritmos de aprendizaje automático utilizando ómicas (metabólica, proteómica y microRNAs) resultados analíticos de laboratorio y síntomas al ingreso para predecir la mortalidad en pacientes covid-19.

Métodos: Se estudiaron 108 muestras de sangre de pacientes que acudieron al servicio de Urgencias en la que se analizaron 27 citocinas, 767 microRNAs, 3223 proteínas y 202 metabolitos. Se recogieron los síntomas, antecedentes personales, medicación y datos analíticos (bioquímica completa con hemograma y coagulación). Se recogió como vivo o muerto al alta hospitalaria. Para el análisis se crearon 2 grupos. Uno con el 80% de los pacientes para entrenar los algoritmos y otro con el 20% para evaluarlos. Se utilizaron herramientas de aprendizaje automático supervisado (árbol de decisión, bosque aleatorio, regresión logística y redes neuronales). Se valoraron los resultados en base al área bajo la curva ROC, la exactitud, precisión y medida F.

Resultados: Se estudiaron 108 pacientes, de los que fallecieron 13 (12,04%). Del total 32 (29,9%) fueron graves, 51 (47,7%) fueron moderados y el resto leves. Los resultados de los diferentes algoritmos se recogen en la tabla siguiente. El algoritmo que mejor predice el fallecimiento es el realizado con historia, analítica y ómicas con redes neuronales. El que mejor se ajusta es analítica y ómicas con redes neuronales.

Ajustes de los diferentes algoritmos predictivos de la mortalidad.					
	Árbol de decisión			Bosque aleatorio	
	ABC	Exac (%)	Prec (%)	ABC	Exac (%)
Ómicas	0,68	81,8	40	0,86	81,8
Ómicas + Laboratorio	0,62	81,8	0	0,77	90,9
Ómicas + Laboratorio + Historia	0,68	81,8	40	0,62	81,8

ABC: Area Bajo la Curva; Exac: Exactitud; Prec: Precisión.

Conclusiones: La suma de historia, analítica, ómicas y aprendizaje automático supervisado, especialmente las redes neuronales, nos permiten predecir con precisión el pronóstico vital del paciente con COVID-19.

662. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN CURRÍCULUM BASADO EN SIMULACIÓN PARA RESIDENTES DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON

Sosa Garay M¹, Contreras S¹, de la Vega A¹, Chiscano L¹, Martínez Martínez M¹, Sánchez A¹, Argudo E¹, Torrella P¹, Pérez M² y Ferrer R¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ²Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona.

Objetivos: Implementar la simulación como metodología de enseñanza e integrarlo al currículum de la formación de residentes.

Métodos: Se desarrolló un programa formativo dirigido a residentes que implementa la simulación como metodología utilizando la clasificación por zonas de simulación de zona 1 a zona 3. En zona 1 se diseñaron talleres para la adquisición de habilidades técnicas instrumentales. En zona 2 se diseñaron escenarios de baja fidelidad para introducción del contexto clínico y en zona 3 se añadieron objetivos de habilidades no técnicas como trabajo en equipo, conciencia situacional y liderazgo. Los objetivos se ajustaron al año de residencia. Se diseñaron seis módulos: 1) accesos centrales eco guiados 2) manejo de vía aérea 3) aproximación al paciente en shock 4) aproximación al paciente con insuficiencia respiratoria y manejo de asincronías en VMI 5) manejo del paciente con patología neurológica y 6) optimización del uso de sedantes. Los módulos se escogieron basados en el programa de "Capacitación basada en competencias en medicina intensiva en Europa" (CoBaTriCe).

Resultados: Las sesiones se realizaron en el centro de simulación clínica avanzada el año académico 2022-2023, en aulas polivalentes y el box acondicionado como UCI para los escenarios alta fidelidad. Los escenarios tienen 1 hora de duración y se realizan dos escenarios por sesión, tiene lugar una vez a la semana cada 15 días y con máximo de 6 residentes por escenario y son impartidas por facultativos del servicio formados como instructores en simulación. En total se realizaron 25 sesiones, 50 horas formativas. Los R1 y R2 participaron en los módulos de habilidades técnicas instrumentales, participando en 9 sesiones (18 h de formación), los R2-R3 participaron en 8 sesiones (16 h) y los R4 y R5 cuentan con 8 sesiones diseñadas para sus objetivos de aprendizaje. La adquisición de competencias se comprueba utilizando *checklist* y rúbricas de evaluación al final de los escenarios. Al finalizar el curso formativo se realizó una encuesta de satisfacción completada por 14 residentes. El 100% de los residentes opinaron que las actividades prácticas son adecuadas y ayudan en el aprendizaje y recomendarían el programa a otros residentes.

Conclusiones: La implementación de un currículum basado en simulación es factible en un hospital de tercer nivel y con un alto grado de aceptación entre los residentes.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

URGENCIAS/EMERGENCIAS III

11:30-12:30 - Sala 133

Moderadoras: Ana María Delgado Téllez de Cepeda/
Marc Morales Codina

663. CRISIS MIGRATORIA: EPIDEMIOLOGÍA DE UN DRAMA

García Rodríguez D¹, Ayala Durán R¹, López Fajardo P¹, Peinado Rueda E¹, Domínguez González A¹, Miranda Montero S¹, Pérez Rendón FM¹, Simón Paniello A¹, Rivero Darias A¹ y Zborovszky Rednic EC²

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: Analizamos la patología que motiva el ingreso en una unidad de Medicina Intensiva de los migrantes tras viaje en patera por alta mar y las complicaciones desarrolladas durante su estancia en la unidad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo observacional de una serie de casos. Analizamos un total de 21 pacientes que arriban a Canarias en la actual crisis migratoria (mayo-noviembre de 2023 (ambos incluidos)).

Resultados: Se analiza un total de 21 pacientes de los cuales 20 son hombres y solo una mujer. Los motivos fundamentales de ingreso en medicina intensiva son la deshidratación (57,14%), rabdomiolisis (61,9%) y la sepsis de partes blandas (23,8%). Otras causas de ingreso son enfema subcutáneo secundario a neumomediastino/neumoperitoneo, perforación abdominal, malaria, neumonía comunitaria y PCR. El 71% de los pacientes requirió de intubación orotraqueal. Asimismo, el 71% de los pacientes presentaba lesiones cutáneas ya sea por decúbito o por abrasión, siendo las regiones afectadas con más frecuencia, extremidades, sacro, y pene, que requieren de tratamiento antibiótico y desbridamiento de heridas, llegando incluso en un 19% a la amputación total, o parcial, del miembro afectado. Analizamos también los microorganismos aislados en los pacientes, observando que un 20% era portador de MRSA y 1 paciente era portador de BLEE rectal. Las infecciones cutáneas por BGN fueron las predominantes, en 2 pacientes se aisló *Vibrio cholerae* y 1 paciente desarrolló candidemia. Como complicaciones durante su ingreso destaca la isquemia de miembros (24%), ictus isquémico (10%), úlceras corneales (10%) Además las lesiones cutáneas desarrollan en muchas ocasiones complicaciones en forma de celulitis, miositis y abscesos. A pesar de la complejidad y gravedad de los pacientes ingresados (medianas de APACHE 14 y de SAPS II 36) solo falleció un 10% de los pacientes.

Conclusiones: La llegada de migrantes en patera supone una emergencia sanitaria y un reto que requiere de un manejo multidisciplinar complejo debido a la gravedad de las lesiones al ingreso y al desarrollo de complicaciones infecciosas y vasculares durante su ingreso que provoca en muchos casos incapacidad posterior secundaria a amputaciones. Llama la atención la elevada prevalencia de portadores de gérmenes multirresistentes en población sana (21%) y el desarrollo de lesiones isquémicas y sobreinfección de las heridas cutáneas por bacilos gram negativos, motivado por las condiciones higiénicas del viaje (hacinamiento, contacto con agua salada, orina y heces mantenido).

664. LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INFANTIL EN CANTABRIA

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

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Características y evolución de la PCR en la población pediátrica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional en UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se incluyen niños entre los 30 días y los 16 años, entre el 1983 y 2022. Variables relacionadas con el paciente, características de la parada y reanimación, evolución, supervivencia inicial, estado neurológico, complicaciones posteriores, causa y momento del fallecimiento. Los supervivientes fueron evaluados al alta de UCIP, al alta del hospital y al año de evolución valorando el estado cerebral mediante la escala de Glasgow-Pittsburg.

Resultados: Se recogen 74 niños, mediana de edad de 2 años. El 71,6% hombres, 28,4% mujeres. El 44,6% de las PCR fueron extrahospitalaria y el 55,4% en el hospital, de las cuales el 14,6% en Urgencias, el 46,3% en UCIP y el 39,1% en otras áreas. El diagnóstico principal origen respiratorio (26%), cardiológico (15%) y neurológico (7%). En un 56,8% de los casos, la RCP se realizó en los primeros 5 minutos, mediana de 0 minutos. Un 68,9% recibieron fármacos vasoactivos. Requirieron intubación el 78,4%. Un 14,9% presentaba ritmos desfibrilables. Al analizar la duración de la reanimación cardiopulmonar un 33,8% requirieron menos de 5 min de RCP para recuperar la circulación espontánea, mientras que un 17,6% requirieron más de 30 min. El 91,9% ingresaron en UCI. La duración del ingreso en UCI fue de 3 días, mientras que la mediana de ingreso en planta fue 7 días. Las principales complicaciones en UCI fueron cardiológicas (23%), neurológicas (25,7%) y respiratorias (12%). En cuanto a la supervivencia, un 81,1% con recuperación espontánea de los cuales un 73% sobrevivieron inicialmente. Un 47,3% fueron dados de alta vivos de UCIP, un 43,2% fueron dados de alta del hospital y un 41,9% estaban vivos al año. Se registraron los datos de su estado neurológico y funcional al alta del hospital, según la escala Glasgow-Pittsburgh Cerebral Performance Categories. Más de un 57% de los supervivientes tenían un estado neurológico y funcional normal o con ligeras alteraciones (estadios 1 y 2). Al año de evolución, un 57,1% de los niños analizados te-

nía un buen estado neurológico y funcional. De los 14 pacientes con déficits importantes (puntuaciones 3 y 4) al alta del hospital, 2 fallecieron al año, y 1 mejoró su capacidad (de PCPC 3 a PCPC 2). De todos los que sobrevivieron al alta, 25 pacientes se mantuvieron en el mismo estado neurológico al año, 2 mejoraron ligeramente, 4 empeoraron.

Conclusiones: En Cantabria la PCR en la infancia tiene una elevada mortalidad, aunque tienen un buen estado neurológico y funcional.

665. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON MORBIMORTALIDAD EN LOS PACIENTES AÑOSOS INGRESADOS EN UCI

Marcote Denis B, Fortet Cortés D, García Arjona R y Palomares Nova G

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación de diferentes variables con la mortalidad hospitalaria, así como la supervivencia y situación funcional al año de los pacientes añosos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Se incluyen pacientes de 75 años o más que ingresan en la unidad desde enero 2021 a noviembre 2023. Se comprueba normalidad con la prueba de Kolmogórov-Smirnov y se realiza contraste de hipótesis con estadística no paramétrica.

Resultados: Ingresaron 290 pacientes (61,6% hombres y 38,4% mujeres) con edad mediana de 78 años (rango intercuartílico 5). La mortalidad en UCI fue del 82% y hospitalaria de 76,2%. Se realiza el contraste de hipótesis y se obtiene que la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y ser fumador no muestran relación estadísticamente significativa con la mortalidad hospitalaria (test de Fisher [TF]: $p = 0,712$; $0,274$, $0,407$ y $0,54$ respectivamente). Tampoco se obtuvo relación con la edad (U de Mann-Whitney [U M-W], $p = 0,874$). Se demostró relación estadísticamente significativa con el motivo de ingreso (χ^2 , $p = 0,000$); la necesidad de noradrenalina (TF, $p = 0,000$), la dosis (TF, $p = 0,001$) y la asociación con otros vasoactivos (TF, $p = 0,000$). También se obtuvo relación para la necesidad de intubación orotraqueal (TF, $p = 0,000$) y los días de ventilación mecánica (U M-W, $p = 0,032$) pero no para traqueostomía (TF, $p = 0,149$). El desarrollo de fracaso renal, grado de AKIN, necesidad de TRRC y fallo hepático también resultaron significativos (TF, $p = 0,000$; χ^2 , $p = 0,006$; TF, $p = 0,000$; TF, $p = 0,000$); de la misma manera sucede con la gravedad por APACHE-II (U M-W, $p = 0,000$). La supervivencia a los 6 meses fue 89,3% y al año tras el ingreso 83,7%. Analizando las mismas variables con la supervivencia un año tras el ingreso solo se pudo demostrar asociación estadísticamente significativa con la realización de traqueostomía (χ^2 , $p = 0,032$) y necesidad de TRRC (χ^2 , $p = 0,000$). Respecto a la situación funcional, se analizó mediante la escala de RANKIN en situación basal (media 1,13; DE 1,21; mediana; RI 2) y al año (media 1,8; DE 1,49; mediana 1; RI 2) y se demostró relación estadísticamente significativa entre ambas (χ^2 , $p = 0,000$) así como entre el motivo de ingreso y la situación funcional al año (χ^2 , $p = 0,033$).

Conclusiones: La mortalidad hospitalaria es elevada y se relaciona con el desarrollo de fracasos orgánicos y necesidad de soporte invasivo. Los pacientes que superan el episodio tienen elevada supervivencia al año. La situación funcional al año se relaciona con la basal y el motivo de ingreso. Es preciso valorar de forma individualizada cada caso para la toma de decisiones.

666. PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS CIRUGÍA PROGRAMADA

García Arjona R, Palomares Nova G y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir perfil clínico, evolución y resultados de los pacientes posoperados de manera programada que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que tras cirugía programada ingresaron en UCI polivalente desde enero 2021 a diciembre 2023. Se registraron características sociodemográficas, antecedentes personales, patología intervenida, extensión de enfermedad, tipo de cirugía, escala de gravedad, complicaciones, fracaso orgánico y soporte que precisaron; estancia, reingresos en UCI; mortalidad y principales causas.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 2.281 pacientes, de ellos 67 posquirúrgicos programados, lo que supone 2,9% del total;

65,7% hombres, con media de edad 62,3 (desviación estándar [DE] 10,09). El 50,7% hipertensos; 34,3% dislipemia, 20% obesidad, 23,9% diabetes, 6% cardiopatía isquémica, 4,5% insuficiencia cardiaca, 3% enfermedad renal crónica. La escala de gravedad APACHE II refleja una media de 11,15 (DE 5,56). El 97,1% se intervino de patología oncológica; siendo el más frecuente el cáncer de colon 29,9%, páncreas 22,4%, esófago 11,9%, hepático 10,5%, vía biliar 7,5%, recto 6%, gástrico 4,5%, riñón 1,5%, ovario 1,5%, solo el 4,5% presentaban patología no oncológica. Del total de pacientes intervenidos de cirugía oncológica, 44,8% presentaban metástasis. Las cirugías más frecuentes fueron la duodenopancreatectomía cefálica 26,9%, seguida de hepatectomía 16,4%, metastasectomía 16,4%, esofagectomía 11,9%, hemicolectomía 6%. Con respecto a las complicaciones quirúrgicas 83,6% no presentó ninguna, 6% sangrado, 3% shock hemorrágico, 4,5% perforación intestinal, 1,5% dehiscencia de sutura, 1,5% sección arterial. Precisaron reintervención quirúrgica solo 7,5%. Aunque 73,1% fueron extubados en las primeras 24 horas un 19,4% precisaron reintubación; la media de días de ventilación mecánica 3,61 (DE 7). Presentaron fracaso hemodinámico 37,3%, renal 17,9% y hepático 6%. El 20,9% desarrollaron shock séptico y 31% recibieron antibioterapia. La media de días de estancia en UCI fue 6,88 (DE 8,6), precisando reingreso el 7,5%. La mortalidad fue del 10,4%, siendo la principal causa de *exitus* el shock séptico en un 7,5%.

Conclusiones: Ingresa un bajo porcentaje de pacientes posoperados de cirugía programada; la patología oncológica digestiva es la más frecuente; casi la mitad de los casos en estadio avanzado. La mayoría no presentó complicaciones quirúrgicas, aunque sí otras como fracaso orgánico destacando el hemodinámico, y el shock séptico; la estancia fue corta y mortalidad elevada.

667. IMPACTO DE LA DOSIS DE ROCURONIO SOBRE LA TASA DE ÉXITO AL PRIMER INTENTO DE INTUBACIÓN EN UCI

Viviani A, Cueto Quintana PF, Coffin I, Busquets Pou A, Pinos A, Padrós Olmedo MA, Brito Piris JA, Urgelés Puy S, Rovira Anglés C y Vallverdú Perapoch I

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: En la secuencia de intubación rápida (RSI) se recomienda utilizar dosis de 1,2 mg/kg de rocuronio para aumentar la tasa de éxito al primer intento (*first pass success*, FPS). Sin embargo, hay evidencia creciente de que dosis más altas se relacionan con mayor FPS. El objetivo del estudio es evaluar el impacto de las dosis altas (> 1,4 mg/kg) de rocuronio sobre la FPS en las intubaciones (IOT) realizadas en UCI.

Métodos: En nuestra UCI recogemos de forma prospectiva todos los datos relativos a las IOT. Las variables analizadas a partir del registro (periodo noviembre 2022- noviembre 2023) fueron: características demográficas del paciente, grado de Cormack-Lehane (CL), dosis de rocuronio/kg de peso, FPS, complicaciones post intubación (desaturación < 80%, inestabilidad hemodinámica, definida como TAS < 90 mmHg y/o necesidad de inicio de vasopresores, parada cardiaca). Se han dividido los pacientes en dos grupos según la dosis de rocuronio elegida por el facultativo para intubar (< 1,4 mg/kg y > 1,4 mg/kg), y en cada grupo se ha analizado la prevalencia de FPS y de eventos adversos (EA). Para comparar prevalencias se ha utilizado el test exacto de Fisher para proporciones (IBM SPSS Statistics Version 25), aceptado como significativa una p < 0,05.

Resultados: La muestra total incluyó 98 pacientes, con una edad media de 60,7 años (DE 14,8), 72% varones. El grado CL observado fue de I en el 51% de los casos, II 38,8%, III 7,1% y IV 3,1%. La FPS global, calculada como número total de intubaciones sobre el número total de intentos fue del 78,1%. En el grupo de pacientes intubados con dosis de rocuronio < 1,4 mg/kg (n = 82), la prevalencia de FPS fue del 76,8% (63/82), mientras que en el grupo donde se utilizaron > 1,4 mg/kg (n = 16) la prevalencia de FPS fue del 100% (16/16), siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,036). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de CL III y IV en los dos grupos. En cuanto a los EA, la prevalencia del evento desaturación en el grupo > 1,4 mg/kg fue del 18,8% (n = 3), mientras que en el grupo < 1,4 mg/kg fue del 4,9% (n = 4), sin alcanzar la significación estadística (p = 0,084). La prevalencia del EA inestabilidad hemodinámica fue del 34,1% (n = 28) en el grupo < 1,4 mg/kg, y del 43,8% (n = 7) en el grupo > 1,4 mg/kg, sin alcanzar la significación estadística (p = 0,57). Hubo 3 paradas cardiacas post intubación, todas en el grupo < 1,4 mg/kg.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes intubados en UCI las dosis altas de rocuronio se asociaron a una mayor prevalencia de éxito al primer intento, sin diferencias en cuanto a eventos adversos.

668. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR LAS UNIDADES DE ALTA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM) DE CATALUÑA

Trenado Álvarez J¹, González Muñoz C², Maisterra Santos K³, Violant Gómez B², Morán Chorro I⁴, Argudo Serra E⁵, Díaz Buendía Y⁶, Fabra Rauda M², Fuset Cabanes MP³ y Morales Álvarez JA⁷

¹Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁶Hospital del Mar, Barcelona. ⁷Sistema de Emergencias Médicas, Barcelona.

Objetivos: El objetivo es describir la actividad asistencial realizada por dos unidades específicas del SEM para el manejo, soporte, consulta y traslado de pacientes críticos que requieren procedimientos altamente complejos.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes atendidos por ambas unidades desde el inicio de su actividad (01/11/2020) hasta el 02/12/2023.

Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 1.900 transportes. En la tabla se describen las características demográficas, principales diagnósticos sindrómicos y necesidad de transportes con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO).

Pacientes trasladados 01/11/2020-02/12/2023 (n = 1.900)	
Sexo: Mujer	605 (31,8)
Hombre	1279 (67,3)
N/D	16 (0,8)
Edad (años)	59,72 (14,96)
Diagnósticos	
Cirrosis	5 (0,3)
COVID	593 (31,2)
Neumonía	732 (38,5)
Insuficiencia respiratoria	774 (40,7)
Síndrome de distrés respiratorio agudo	597 (31,4)
Diseccción aórtica	25 (1,3)
Gripe	12 (0,6)
Hemorragia digestiva	66 (3,5)
Hemorragia subaracnoidea (HSA) no traumática	69 (3,6)
Hemorragia subaracnoidea (HSA) traumática	7 (0,4)
Hemorragia sistema nervioso central no HSA	21 (1,1)
Infarto agudo de miocardio	118 (6,2)
Ictus	18 (0,9)
Insuficiencia hepática	25 (1,3)
Intoxicaciones	12 (0,6)
Lesión medular	12 (0,6)
Taponamiento cardiaco	5 (0,9)
Tromboembolismo pulmonar	24 (1,3)
Traumatismo craneoencefálico	8 (0,4)
Traumatismo de otras características	32 (1,7)
Shock cualquier tipo	434 (22,8)
Shock séptico	207 (10,9)
Shock cardiogénico	171 (9,0)
Shock hipovolémico	44 (2,3)
Shock anafiláctico	3 (0,2)
Shock no clasificado	12 (0,6)
ECMO	220 (11,6)
ECMO-VV	163 (8,6)
ECMO-VA	57 (3,0)

Los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes (n [%]) o en media y desviación estándar según corresponda.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes que requirieron traslado son hombres (67,3%) y la media de edad es de 60 años. Los principales motivos de traslado son la insuficiencia respiratoria (40,7%) y el shock (22,8%). Durante este periodo, 220 pacientes se trasladaron bajo soporte con ECMO. La mayoría de estos pacientes fueron trasladados a centros de tercer nivel en contexto de escalada de la continuidad asistencial. La creación de estas unidades ha permitido ofrecer tratamientos de soporte anteriormente limitados a determinados centros, de una forma homogénea y equitativa a la totalidad del territorio.

669. ASISTENCIA Y TIEMPOS DE RESPUESTA EN LAS PARADAS CARDIACAS EXTRAHOSPITALARIAS ATENDIDAS POR UNIDADES HEMS (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE) EN CATALUÑA

Jiménez Jiménez G¹, Morales Codina M², Servia Goixart L¹, Gavilan Rabell R³, Roges Robledo X³, Piro Ribes C³ y Trujillano Cabello J¹

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida, ²Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona, ³Hospital Comarcal del Pallars, Lleida.

Objetivos: Analizar las paradas cardiacas extrahospitalarias (OHCA) atendidas por las 4 unidades HEMS en Cataluña. Analizar los tiempos de respuesta, su relación con los datos demográficos, con la presencia de recuperación de circulación espontánea (ROSC) y las diferencias entre área rural y urbana.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional donde se analizan los pacientes que presentaron OHCA atendidos por las 4 unidades HEMS entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2022. Se recogen variables demográficas (edad, género, ubicación diferenciando rural o urbano según densidad de población), tiempos de respuesta (tiempo de activación de las unidades, tiempo de llegada, tiempos de asistencia) y la presencia de ROSC (supervivientes al evento) al final de la atención. Test estadístico chi-cuadrado, Mann-Whitney y Kruskal-Wallis test ($p < 0,05$) según tipo de variable.

Resultados: Se atendieron 586 OHCA (6,5% del total de servicios HEMS) de los cuales el 78% eran hombres. 344 pacientes (58,7%) fueron atendidos en área rural y 242 (41,3%) en zona urbana. El número de pacientes atendidos, la edad y los tiempos de asistencia de las diferentes unidades HEMS se recogen en la tabla. El tiempo hasta la atención fue de 1.593 segundos en el grupo No-ROSC y de 2.000 segundos en el grupo ROSC ($p = 0,001$). El tiempo de asistencia fue de 4.033 segundos para el grupo No-ROSC y de 6.486 segundos en el grupo ROSC ($p = 0,001$). No se apreciaron diferencias entre tiempos de llegada ni tiempos de asistencia entre los casos de zona rural o urbana. La presencia de ROSC fue del 42%. En área rural 62,6% fue No-ROSC vs. 51,6% en zona urbana ($p = 0,007$). Las unidades HEMS fueron las primeras en llegar al incidente en el 12,8% sin diferencias entre los grupos ROSC y No-ROSC.

Allocated resource	HEMS1	HEMS2	HEMS3	HEMS4	Total	p
Cases n (%)	277 (47,3)	184 (31,4)	39 (6,6)	86 (14,7)	586 (100)	
Age (years) mean \pm SD	55 \pm 19	59 \pm 18	63 \pm 16	61 \pm 19	58 \pm 19	0,026
Time-to assistance (seconds) mean \pm SD	1810 \pm 1147	1774 \pm 1077	1942 \pm 1012	1411 \pm 699	1749 \pm 1070	0,019
ROSC n (%)	147 (53,1)	66 (35,9)	11 (28,2)	25 (29,1)	249 (42,5)	0,000

Conclusiones: HEMS 1 y 2 atienden la mayoría de OHCA. HEMS 3 y 4 atienden menos pacientes, más mayores y que presentan menos supervivencia al evento inicial. Las unidades HEMS son las primeras en llegar en pocos casos sin diferencias entre zona rural o urbana. Sin embargo, en zona rural se alcanza menos ROSC. Las diferencias entre las unidades HEMS y el impacto de los tiempos de respuesta en la presencia de ROSC puede contribuir a determinar la correcta ubicación de las unidades y a mejorar la asistencia de estos pacientes.

670. AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE INTENTO AUTOLÍTICO (IA) COMO MOTIVO DE INGRESO EN UCI TRAS LA PANDEMIA POR COVID-19

Lorenzo Cárdenas C¹, González Londoño J², Horta Puig AM¹, Tejada MC², Van Gellecum TL³ y Sirvent JM⁴

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Hospital de Santa Caterina, Girona. ³Parnassia Groep, Kenniscentrum Adhd Van Psyq, La Haya, Holanda, Girona. ⁴Institut D'investigació Biomèdica. IDIBGI, Girona.

Objetivos: Muchos estudios han evidenciado un aumento en la incidencia de patología psiquiátrica y del uso de medicación psiquiátrica en la población tras la pandemia por COVID-19. Las causas fundamentales son el aislamiento social, la reclusión prolongada, la falta de comunicación efectiva y de contacto físico y la incertidumbre sobre el futuro. El objetivo de este estudio es valorar si las secuelas psiquiátricas en la población, producidas por la pandemia, han producido un aumento de patología psiquiátrica en UCI, en ingresos por intento autolítico (IA) o en mayor consumo de psicofármacos.

Métodos: Observacional retrospectivo multicéntrico realizado en las 2 únicas UCI de la misma área sanitaria. Se registraron todos los ingresos en UCI durante el 2019 (periodo prepandémico) y los del 2022 (pospandémico). Se registraron variables demográficas, antecedentes psiquiátricos, uso basal de psicofármacos, motivo de ingreso, días de estancia y mortalidad en UCI. Las variables cuantitativas - mediante media y DE. Las cualitativas -%.

Resultados: En el periodo prepandémico ingresaron 907 pacientes (65,8% hombres; 62,7 \pm 15,7 años; 10,2 \pm 14,7 días en UCI; 21,2% mortalidad). El 38,3% tenían antecedentes psiquiátricos (el 78,4% de ellos en tratamiento con psicofármacos). Motivos de ingreso: posoperatorios programados (PP) (30,6%), sepsis (22,9%), insuficiencia respiratoria aguda (IRA) (20,6%), deterioro de nivel de conciencia (DNC) (6,9%) y politraumatismo (5,1%). El IA supuso el 1,9% de los ingresos en UCI (66,3% hombres; 62,7 \pm 15,7 años, 7,9 \pm 11,4 días en UCI 22,2% mortalidad). En el periodo pospandémico ingresaron 677 pacientes (66,4% hombres; 61,2 \pm 15,6 años; 22,2% mortalidad). El 34% tenían antecedentes psiquiátricos (el 73% de ellos con tratamiento). Motivos de ingreso: sepsis (24,8%), IRA (20,6%), PP (18,3%), DNC (13,6%) y politraumatismo (5,3%). El IA supuso el 2,8% de los ingresos en UCI, (47,4% hombres; 60,8 \pm 15,8 años, 10,3 \pm 14,9 días en UCI, 15,8% mortalidad).

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes que ingresan en UCI sufren patología psiquiátrica de base. A pesar de no haber aumentado su incidencia ni la del uso de psicofármacos tras la pandemia en los pacientes que ingresan en UCI, sí ha aumentado significativamente los ingresos en UCI por IA. Los pacientes que ingresaron por IA tras la pandemia fueron más frecuentemente mujeres y una mayor estancia en UCI pero menor mortalidad. Paralelamente, observamos un cambio en el tipo de paciente que ingresa en UCI, habiéndose reducido los ingresos de PP, en probable relación al crecimiento de las UCI posquirúrgicas tras la pandemia.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

HEMATOLOGÍA III

11:30-12:30 - Sala 128

Moderadores: María Teresa Aldabó Pallás/
Manuel Quintana Díaz

671. COMPLICACIONES TRAS INMUNOTERAPIA: ¿ES TODO INFLAMACIÓN?

Galano Carrilero C, Molina Collado Z, Chacón Alves S, Risco Torres P, Sáez de la Fuente I, Ginestal Calvo J, Blanco Carrasco L, Sánchez Pina JM y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Los tratamientos con nuevas inmunoterapias en hematología, como las células CAR-T y los anticuerpos biespecíficos (BiTe), pueden conllevar mayor riesgo de infecciones. Se busca analizar la incidencia de infecciones en pacientes con estas terapias que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), de neutropenia febril (NF) y el uso de antibioterapia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes tratados con CAR-T y BiTe y que ingresan en UCI entre enero 2019 y noviembre 2023. Se recopilaron datos demográficos y de complicaciones infecciosas, así como de aislamientos microbiológicos y antibioterapia. En el análisis descriptivo (mediante SPSS Statistics 25) se utilizó la media (desviación estándar -DE-) para variables cuantitativas normales y mediana (rango intercuartílico -RIC-) para las asimétricas; porcentajes se utilizaron en las variables cualitativas. El test exacto de Fisher se usó para estudiar diferencias entre tratamientos.

Resultados: Se recogen un total de 20 (14,9%) pacientes con ingreso en UCI de un total de 134, 13 (65%) recibieron CAR-T y 7 (45%) BiTe. El 50% eran hombres y la edad mediana 58 años (RIC 25). El APACHE II mediano fue de 18 (RIC 5) y SAPS II medio de 49,1 (DE 14,1). Un 55% presentaron NF, siendo todos ellos pacientes que recibieron tratamiento

con CAR-T; con diferencia significativa ($p < 0,01$). 35% (7) presentaron infecciones confirmadas, sin diferencia entre tratamientos ($p = 0,15$). Se registran: 5 infecciones respiratorias, 1 de piel y partes blandas y 1 bacteriemia asociada a catéter. Los microorganismos aislados fueron: bacilos Gram negativos (50%), virus (33,3%) y cocos Gram positivos (16,6%). La infección precipitó el ingreso en el 30% de los pacientes, siendo el resto secundario a complicaciones inflamatorias. La estancia media fue de 5,9 días (DE 5,3). 3 (15%) de estos pacientes fallecieron en la UCI, secundario a complicaciones infecciosas. Con respecto al uso de antibióticos, el 100% de los pacientes con NF recibieron tratamiento empírico. La duración mediana del tratamiento fue de 5 días (RIC 8), desescalando en todas aquellas ocasiones donde se evidenció aislamiento y retirándose en los que no.

Conclusiones: La infección es una causa poco frecuente de ingreso en UCI en comparación con otras complicaciones. Los resultados resaltan la diferencia en cuanto a la aparición de NF entre terapias, siendo más frecuente en CAR-T. El uso empírico de antibióticos fue común dada la dificultad para discernir entre complicaciones infecciosas e inflamatorias con los indicadores diagnósticos de los que actualmente disponemos.

672. PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS

Enciso Paniagua P, Tendero Herráiz I, Pérez Calle M, Bellón Ramos AM, Amaro Harpigny A, Segura Robledo A, Bocanegra AB, Lipperheide Vallhorat I, Duarte RF y Ballesteros Ortega D

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Describir las características y la mortalidad del grupo de pacientes hematológicos que ingresan en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo (2009-2022) que incluye los pacientes con enfermedad hematológica admitidos en la UCI de un hospital universitario de tercer nivel. Datos analizados obtenidos a través de la historia clínica electrónica. Mortalidad estudiada durante ingreso en UCI, al mes del alta de UCI y al año del alta hospitalaria. Variables cualitativas expresadas en% (valor absoluto) y cuantitativas como media \pm DE (distribución normal) o medianas (mín.-máx.; distribución no normal).

Resultados: Durante el periodo de estudio se identificaron 223 pacientes con antecedentes de enfermedad hematológica. Edad media 53 \pm 15 años, 63,2% (n = 141) varones. La leucemia aguda (44,39%; n = 99) fue la patología más frecuente seguida por los linfomas (23,3%; n = 52) y gammopatías (9,8%; n = 22). El 54,2% (n = 121) habían recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos siendo este alogénico en el 43,5% (n = 97). Mediana de estancia en planta previa al ingreso en UCI: 11 (0-393) días. El principal motivo de ingreso en UCI fue la insuficiencia respiratoria (38,1%; n = 85) seguida del shock distributivo (23,3%; n = 52). APACHE-II de ingreso en UCI: 15 (3-39) puntos. Al ingreso en UCI el 37,1% (n = 82) presentaban respuesta completa del proceso hematológico y el 26,2% (n = 58) progresión o refractariedad. El 58,5% (n = 130) se sospechó la presencia de infección, teniendo aislamiento microbiológico positivo el 39% (n = 87). El 60,9% (n = 136) requirió soporte vasoactivo; 43,9% (n = 98) ventilación mecánica y el 28,7% (n = 63) terapias continuas de reemplazo renal. La mediana de ingreso en UCI fue de 6 (0-127) días, con una mortalidad en UCI del 30% (n = 67), al mes del alta de UCI del 41,7% (n = 93) y al año del alta hospitalaria del 58,7% (n = 131).

Conclusiones: Este estudio demuestra que, a pesar de los avances en el tratamiento de los procesos hematológicos malignos, los pacientes hematológicos que requieren ingreso en UCI tienen una mortalidad elevada que afecta a más de la mitad de la muestra al año del alta hospitalaria. La frecuencia de ventilación mecánica en nuestra serie puede estar influenciada por el ingreso condicionado en UCI al que en ocasiones son sometidos estos enfermos.

673. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD CONOCIDOS EN PACIENTES HEMATOLÓGICOS. EXPERIENCIA DE 14 AÑOS

Pérez Calle M, Bocanegra AB, Bellón Ramos AM, Amaro Harpigny A, Tendero Herráiz I, Enciso Paniagua P, Verdejo J, Lipperheide Vallhorat I, Duarte RF y Ballesteros Ortega D

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Revisar los factores de riesgo de mortalidad conocidos que presentan los pacientes con enfermedad hematológica (EH) que requieren ingreso en UCI.

Métodos: Análisis retrospectivo (2009-2022) que incluye todos los pacientes con EH ingresados en la UCI de un hospital universitario de tercer nivel. Datos obtenidos a través de la historia clínica electrónica. Variables cuantitativas: medianas (mín.-máx.); cualitativas: porcentaje (n). Análisis estadístico con STATA aplicando test de Fisher (continuas) y U de Mann-Whitney (categóricas).

Resultados: Se identificaron 223 ingresos en UCI de pacientes con EH. El descriptivo de la población se presenta en la tabla. La mortalidad total fue de un 30% (n = 67) en la UCI y del 59% (n = 130) al año del alta hospitalaria. Se asociaron con mortalidad intra-UCI los siguientes factores: 1) diagnóstico primario de leucemia aguda (40 vs. 27 pacientes; $p = 0,003$); 2) estancia hospitalaria previa a UCI [fallecidos 20 (0-68) días vs. vivos 7 (0-393) días; $p = 0,002$]; 3) requerimiento de soporte vasoactivo (60 vs. 7 pacientes; $p < 0,001$); 4) presencia de anuria al ingreso (25 vs. 42 pacientes; $p < 0,001$); 5) necesidad de terapia renal sustitutiva (34 vs. 33; $p < 0,001$); 6) sumatorio de fracasos orgánicos (vasoactivos \pm intubación \pm terapia renal sustitutiva) de 0 a 1 fracasos n = 7 vs. 2-3 fracasos n = 60 ($p < 0,001$). No existió asociación estadística de mortalidad con otras variables como: sexo (varón n = 39 vs. mujer n = 28); distribución por edad con un corte de 65 años (< 65 n = 52 vs. > 65 n = 15); días de estancia en UCI [fallecidos 6 (0-127) vs. vivos 5 (0-62) días]; el trasplante alogénico (n = 35 vs. n = 32; $p: 0,058$).

Tabla 1: Descriptivo de la población (n=223)

Sexo varón [%(n)]	63(141)
Edad (años)	55 (16-84)
Días de hospitalización hasta UCI	11 (0-393)
Días de ingreso en UCI	6 (0-127)
Diagnósticos hematológico primario	-Leucemia aguda 44 (99) -Linfomas 23 (52) -Gammopatías 10 (22) -Leucemia linfóide crónica 8 (17)
Motivo de ingreso en UCI	-Insuficiencia respiratoria 38 (85) -Shock distributivo 23 (52) -Otros 18 (41)
Trasplantados halogénicos	43 (97)
Soporte vasoactivo	61 (136)
Ventilación mecánica	44 (98)
Anuria al ingreso en UCI	20 (44)
Terapia renal sustitutiva	29 (63)
APACHE II	15 (3-39)
SOFA	8 (0-17)
Resultados expresados como %(valor absoluto) o mediana (min-max)	

Conclusiones: En este estudio, los pacientes con leucemias agudas, con mayor estancia hospitalaria previa al ingreso en UCI, y que asocian soporte orgánico (vasoactivos, terapia renal e intubación) presentan mayor mortalidad. Queda por comprobar en estudios con mayor muestra la posible relación del trasplante alogénico de médula ósea con la mortalidad.

674. EL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UCI. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL MISMO EN LA UCI DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA, ZAMORA

Berenguer Rodríguez M, López Pérez AB, Sanmartino González C, Jerez Sánchez R, Serra Sánchez C, Márquez García A, Tarancón Maján C, Marcos Gutiérrez A, Tejero Pedregosa A y Parra Morais L

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

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y clínicas del paciente oncohematológico ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del HVC (Zamora) durante el periodo 2020-2023.

Métodos: Estudio de cohortes, observacional retrospectivo. Estudiado un grupo de 163 pacientes con AP oncohematológicos ingresados en la UCI del HVC (Zamora) del 1/1/2020 al 15/11/2023. Registrados edad, sexo, servicio de procedencia, motivo de ingreso (relacionado o no con cáncer), tipo de cáncer (sólido/hematológico), comorbilidades, días de ingreso en UCI, APACHE II, SAPS II, necesidad de VMI, vasopresores y TDER durante ingreso, aplicación de adecuación de esfuerzo terapéutico, mortalidad en UCI y mortalidad hospitalaria total. IC95%.

Resultados: El grupo (n = 163) constaba de un 76,07% de hombres y 23,92% de mujeres, con media de edad 68,99 años (IC95% 67,29, 70,69). La media de ingreso fue de 5,69 días (IC95% 4,65, 6,73), con APACHE II al ingreso de 18,78 (IC95% 17,34, 20,22) y SAPS II 44,57 (IC95% 42,01, 47,12). Los pacientes procedían principalmente de Urgencias (37,28%), seguido de planta de hospitalización médica (31,28%), planta quirúrgica (29,44%) u otra UCI (1,84%). En un 80,36% se trataba de pacientes con AP de cáncer sólido y en un 19,64% de tipo hematológico. La mayoría de pacientes ingresaron por procesos no relacionados con su enfermedad de base (44,17%), seguidos de un 32,51% ingresados por procesos médicos relacionados con cáncer y un 23,31% en el post operatorio inmediato relacionado con el mismo. Un 53,37% precisó de VMI, y un 47,66% de fármacos vasoactivos durante el ingreso; solamente a un 3,69% necesitó terapia de depuración extrarrenal. En un 20,25% de los casos totales se aplicó adecuación del esfuerzo terapéutico, presentando una mortalidad intra-UCI del 23,32%, frente al 11,05% de la mortalidad intrahospitalaria total.

Conclusiones: El paciente oncohematológico representa un porcentaje cada vez mayor de los ingresos en UCI, siendo la causa principal de ingreso procesos no relacionados con su enfermedad de base, seguido de complicaciones médicas de la misma. Se trata en su mayoría de varones que presentan durante el ingreso una morbimortalidad elevada, aplicándose en un porcentaje significativo medidas de soporte invasivas debido al aumento de la supervivencia de los pacientes en probable relación a la mejoría de los tratamientos. Aun así, se aplica la adecuación del esfuerzo terapéutico en un nº elevado de casos, con una mortalidad intra-UCI cercana al 25%.

675. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES CON NEOPLASIA SEGÚN LA ENFERMEDAD DE BASE Y SEGÚN EL MOTIVO DE INGRESO EN UCI

López Pérez AB, Berenguer Rodríguez M, Sanmartino González C, Jerez Sánchez R, Tejero Pedregosa A, Parra Moráis L, Ochoa Sangrador C y Taracón Maján C

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

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas según la enfermedad de base: médica, quirúrgica programada y quirúrgica urgente; y según el motivo de ingreso: no relacionado con el cáncer (NRC), posquirúrgico relacionado con el cáncer (PRC) y complicación médica relacionada con el cáncer (CMRC) de los pacientes oncológicos ingresados en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo en una UCI desde enero de 2020 a diciembre de 2023. Se recogieron las variables epidemiológicas de pacientes con antecedente de neoplasia y las relacionadas con el cáncer. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y las cuantitativas como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. El análisis se realizó mediante el test de chi-cuadrado para variables cualitativas y de Kruskal-Wallis para las cuantitativas.

Resultados: Ingresaron 1.543 pacientes, 163 (10,5%) oncológicos. Cuando se tuvo en cuenta el motivo de ingreso en relación con la propia neoplasia, la neutropenia (87,5%) y la desnutrición (70%) fue más frecuente en los ingresados por CMRC. En el grupo de CMRC predominaron los tumores hematológicos (50%) y en el PCR la localización de la neoplasia fue colorrectal (52,3%). Los pacientes intubados más allá de las 24 h de ingreso en su mayoría ingresaron por CMRC (60%). La mayoría de pacientes que recibían quimioterapia (51,3%) o inmunoterapia (71,4%) ingresaban por CMRC. En los pacientes con enfermedad de base médica un alto porcentaje ingresaban por motivos NRC (53,4%), mientras que en los quirúrgicos programados el motivo de ingreso era PRC (84,6%). En el ingreso por CMRC destaca la proporción de pacientes en los que se lleva a cabo alguna forma de limitación del esfuerzo terapéutico (48,5%) frente a los otros grupos (NRC: 42,4% y PCR: 9,1%; p < 0,001).

Conclusiones: El motivo de ingreso en UCI se relaciona con el cáncer en los neutropénicos, tumores hematológicos, localización colorrectal, tratamiento con quimioterapia e inmunoterapia. Cuando ingresan por CMRC son intubados en su mayoría a partir de las 24 h de ingreso, retraso que se puede explicar por el peor pronóstico que supone la intubación, más aún en pacientes oncológicos sin causa quirúrgica de ingreso, en un intento de evitarla. Los que ingresaban con enfermedad de base médica lo hacían en su mayoría por motivos NRC y que representan los procesos intercurrentes que ocurren en los no oncológicos. Y, por último, los que ingresaron por CMRC, con más frecuencia se llevó a cabo algún tipo de limitación, ya que la decisión se toma según el pronóstico,

pudiendo ser el motivo de ingreso en UCI no quirúrgico y relacionado con el cáncer de peor pronóstico.

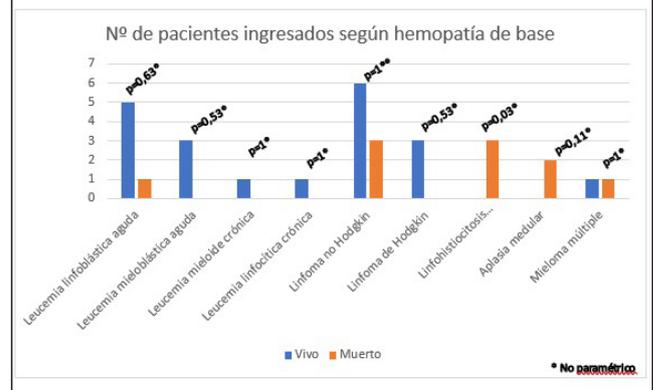
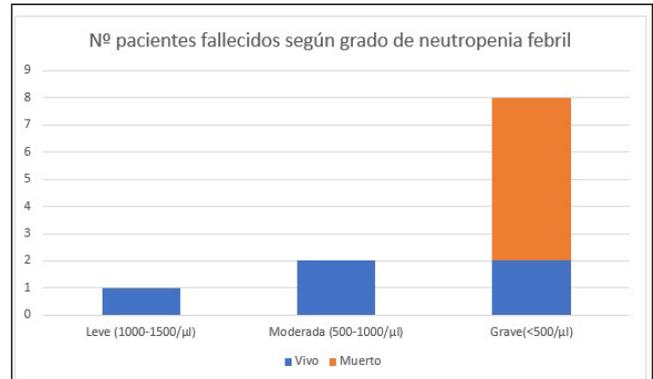
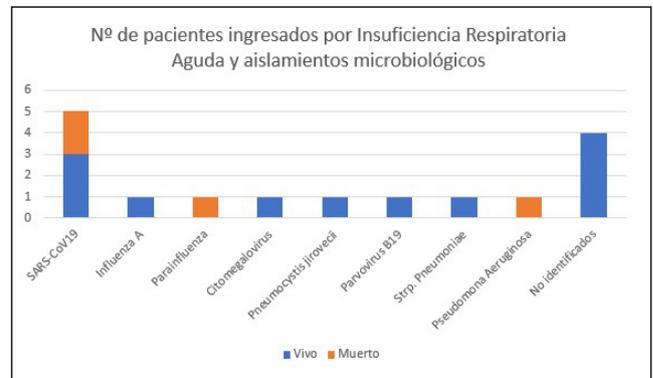
676. ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI

Catalán Monzón I, Galarza Barrachina L, Camañez Fortanet J, García Muñoz S, Gomila Sard B, Rodríguez Portillo J y Reig Valero JR

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: Evaluar la mortalidad de los pacientes oncohematológicos ingresados en UCI, gravedad por la escala SAPS3 y el impacto del grado de neutropenia en el pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyen los pacientes hematológicos ingresados en una UCI polivalente de un centro hospitalario terciario entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de resultado. A nivel estadístico se realizó un análisis descriptivo mediante medias y desviación estándar o medianas y rango IQ según la distribución normal o no para variables cuantitativas y porcentajes para variables categóricas. Mediante análisis bivalente se comparan las variables según mortalidad, mediante t-Student o pruebas no paramétricas según distribución y mediante χ^2 para proporciones. Se considera estadísticamente significativo un valor p < 0,05. Análisis con STATA 14.0.



Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, el 72,4% eran hombres con una edad mediana de 60 (RIC 55-64). La causa de ingreso se catalogó como de: insuficiencia respiratoria aguda (16), sepsis (6), insuficiencia ventricular izquierda (4) y síndrome hemofagocítico (3). Destaca del último subgrupo que fallecieron todos ($p = 0,03$). Se recogió el grado de neutropenia febril sin apreciarse diferencias significativas. 13 pacientes mantenían una neutropenia ($< 1.500/\mu\text{L}$) al ingreso en UCI, de los cuales el 30,77% fallecieron con neutropenia grave ($< 500/\mu\text{L}$) (figs.). El grupo de pacientes supervivientes tuvo una menor gravedad medida por SAPS3 ($78,8 \pm 13,1$) que el grupo de fallecidos ($85,6 \pm 14,8$), $p = 0,20$. Según técnicas destaca que: el grupo de fallecidos tuvo un mayor porcentaje de intubación orotraqueal (60%) con una menor duración de VMI respecto a los supervivientes ($2,3 \pm 4,9$ vs. $4,9 \pm 13,2$; $p = 0,05$). Se observó mayor necesidad de TCRR entre los fallecidos que entre los supervivientes ($p = 0,04$). El 55,17% de los pacientes presentaron insuficiencia respiratoria aguda; el 24,14% de los pacientes tuvo clínica respiratoria y aislamiento de virus respiratorios (17,24% SARS-CoV-2). La mortalidad en UCI fue del 34,48% con una menor estancia media hospitalaria de $12,7 \pm 10,7$ comparado con el de supervivientes (tabla).

	Vivo 19 (65,52)	Muertos 10 (34,48)	p
Edad	58,47 ± 10,65	60,3 ± 13,71	0,61*
Sexo, mujer	7 ()	1 (10)	0,20
Estancia Hospital	37,9 ± 25,5	12,7 ± 10,7	0,00*
Estancia UCI	11,1 ± 13,8	7,6 ± 7,2	0,38*
SAPS III	78,8 ± 13,1	85,6 ± 14,8	0,22
DVA	9	8 (80)	0,13*
IOT	4	6 (60)	0,05*
Días VM	4,9 ± 13,2	2,3 ± 4,9	0,14*
TCRR	1	4 (40)	0,04*
NPT	4	0	0,27*
NE	4	1	0,63*
Neutropenia	9	4 (40)	1*
PAFI ingreso	212,7 ± 100,9	198,6 ± 125,7	0,55*
PAFI inicio VM	182,2 ± 74,7	172,5 ± 92,4	0,43*
PCR ingreso	174,3 ± 116,6	162,3 ± 127,1	0,82*
PCT ingreso	8,3 ± 17,9	10,4 ± 21,5	0,36*
NTproBNP ingreso	2259 ± 2127	6847 ± 11174	1*
Infec bact	4	4	0,39*
Virus	9	4	1*
hongo	2	0	0,53*

* No paramétrico

Conclusiones: Los pacientes fallecidos presentaron mayor grado de disfunción orgánica, a pesar de no ser significativo estadísticamente. De entre ellos, el fracaso renal agudo y la insuficiencia respiratoria aguda sometidos a VMI fueron los más frecuentes. No obstante, la supervivencia de los pacientes en nuestra serie superó el 65,5% considerando la situación pandémica.

677. MORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES HEMATOLOGICOS INGRESADOS EN SMI CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Bellón Ramos AM, Pérez Calle M, Bocanegra AB, Enciso Paniagua P, Tendo Herráiz I, Amaro Harpigny A, Verdejo J, Lipperheide Vallhorat I, Duarte RF y Ballesteros D

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Describir las características de pacientes hematológicos que ingresan en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un centro de tercer nivel con diagnóstico de insuficiencia respiratoria, su mortalidad y analizar la existencia de factores relacionados con la misma.

Métodos: Estudio retrospectivo (2009-2022) que incluye pacientes hematológicos ingresados en el SMI por insuficiencia respiratoria. Se analizan datos demográficos y clínicos obtenidos de la historia clínica electrónica. Variables cuantitativas expresadas como media ± DE o me-

diana (IQ25-IQ75) y variables cualitativas expresadas como valor absoluto (%). Análisis estadístico mediante test de exacto de Fisher (categóricas) y Mann-Whitney (continuas).

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 85 pacientes hematológicos por insuficiencia respiratoria. La edad media fue 55 (46-64) años, 55 varones (64,7%). Mediana de APACHE II 15 (11, 20). El diagnóstico hematológico más frecuente fue leucemias agudas en el 50,6% (43), seguido por linfomas en el 21,2% (18), discrasias de células plasmáticas 9,4% (8), leucemia linfática crónica 8,2% (7) y aplasia medular 7,1% (6). El 67% (57) son trasplantados de progenitores hematopoyéticos (89% alogénico). El 62,4% de los pacientes (53) requirieron ventilación mecánica en las primeras 24 horas. Mediana de PAFI al ingreso 110 (87-110). El 56,5% ($n = 48$) asoció fallo hemodinámico y el 17,7% (15) terapia de reemplazo renal. En 37 pacientes (43,5%) se obtuvo un cultivo microbiológico positivo. La mortalidad en SMI fue 37,7% (32), ascendiendo a 63,1% (56) a los seis meses de ingreso en SMI. Entre los factores asociados con mortalidad de forma significativa se encuentran: el diagnóstico hematológico, siendo mayor en leucemia aguda comparado con el resto de diagnósticos (95 vs. 35%, $p = 0,04$); APACHE II < 15 y > 15 (33 vs. 95% $p = 0,02$) y la VM en las primeras 24 horas (100 vs. 4% $p = 0,00$). No hubo diferencias significativas entre trasplantados alogénicos (64%) y no (54%). Hubo un aumento de mortalidad sin significación en los pacientes con fracaso hemodinámico (73 vs. 50% $p = 0,50$) y fracaso renal (55 vs. 87% $p = 0,55$) al ingreso. La existencia de aislamiento microbiológico no se relacionó con la mortalidad (56 vs. 68% $p = 0,82$).

Conclusiones: En la serie descrita, la mortalidad del paciente con diagnóstico hematológico que ingresa en el SMI fue alta. Los pacientes con leucemias agudas y aquellos que precisaron ventilación mecánica precozmente tuvieron una mayor probabilidad de fallecer que el resto de la cohorte. El trasplante de progenitores hematopoyéticos no se asoció con peor evolución.

678. APLICACIÓN DE LA ESCALA PICAT EN PACIENTES CON UN TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Tendero Herráiz I, Pérez Calle M, Bocanegra AB, Enciso Paniagua P, Bellón Ramos AM, Amaro Harpigny A, Verdejo J, Lipperheide Vallhorat I, Duarte RF y Ballesteros Ortega D

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: La escala PICAT (*Prognostic Index for Intensive Care after Allogenic Transplantation*) se ha planteado como una alternativa a las escalas clásicas para predecir la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con trasplante alogénico de médula ósea (TAMO). El objetivo de este estudio es comparar la mortalidad estimada por la escala PICAT con la mortalidad intra-UCI de los pacientes con TAMO ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó todos los TAMO ingresados en el SMI durante 13 años. Los ítems de PICAT son: tiempo ingreso hospitalario-ingreso en SMI, LDH 2 veces el límite superior de la normalidad, bilirrubina ≥ 2 mg/dL, albúmina < 3 g/dL, insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso en SMI, INR ≥ 2 , acondicionamiento mieloablativo, > 60 años, *Hematopoietic Cell Transplantation-specific Comorbidity Index* > 2 . Los pacientes fueron agrupados en tres subgrupos según el estudio original: PICAT < 2 ; 2-4; > 4 y se calcularon las mortalidades estudiadas.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron en el SMI 88 pacientes con un TAMO. La edad media fue de 48 ± 14 años (60% varones). La causa más frecuente de ingreso hospitalario fue la infección (37%; $n = 33$) en el SMI fue la insuficiencia respiratoria (52%; $n = 47$) seguida de la sepsis (18%; $n = 16$). El tiempo medio hasta el ingreso en el SMI fue de 30 ± 51 días y la estancia media en SMI 13 ± 20 días. La mortalidad intra-UCI global fue del 44% ($n = 45$) mientras que la mortalidad intrahospitalaria global fue del 62% ($n = 55$). De los 88 pacientes con TAMO que ingresaron en el SMI, 29 tuvieron una puntuación PICAT inferior a 2; 41 entre 2-4 y 18 > 4 . La mortalidad intra-UCI de los pacientes según grupos PICAT fue: 37,9% ($n = 11$) en PICAT < 2 ; 51,27% ($n = 21$) en PICAT 2-4 y 41% ($n = 8$) en PICAT > 4 . A estos grupos, según la escala PICAT les habría correspondido una mortalidad del 34%, 69% y 91% respectivamente.

Conclusiones: En esta serie, la mortalidad intra-UCI, sobre todo en los grupos con mayor puntuación en la escala PICAT (PICAT 2-4 y > 4) y por lo tanto de más gravedad, no se correlacionó con la mortalidad estimada por dicha escala. Por ello, consideramos que la escala PICAT no es un buen predictor de mortalidad y no parece superior a otros índices de uso más habituales en el SMI (APACHE-II, SOFA o SAPS3).

679. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD DE DOS COHORTES DE PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (SMI) POLIVALENTE. IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-CoV-2

Ángeles Sistac D, Robles Conde I, Gomila Sintés C, Caballero González AC, Verónica Nievas M, Briones Meijide J y Morán Chorro I

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivos: Descripción de los pacientes hematológicos ingresados en SMI de un hospital universitario de 3^{er} nivel comparando dos periodos; durante y pospandemia SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de los ingresos en el SMI procedentes de Hematología de dos periodos consecutivos de 22 meses [01-03-2020 a 31-12-2021 (T1) vs. 01-01-2022 a 31-10-2023 (T2)]; pandemia y postpandemia SARS-CoV-2]. Comparamos variables clínicas, evolución y mortalidad en SMI y hospitalización. Aprobado por CEIm local. Análisis con Stata 12^o.

	TOTAL N= 90 (100%)	Primer periodo (T1) N=36 (40%)	Segundo periodo (T2) N=54 (60%)	P-value	
Sexo					
Hombre N (%)	46 (51%)	16 (45%)	30 (56%)	0,302	
Mujeres N (%)	44 (49%)	20 (55%)	24 (44%)		
Edad					
Mediana (IQ 25%-75%)	62 (49 – 68)	60,5 (48 – 65,5)	62 (51- 69)	0,476	
SAPS3					
Mediana (IQ 25%-75%)	62 (55-73)	59 (39 - 70)	65 (56.5 - 76)	0,005	
Estancia preSMI (días)					
Mediana (IQ 25% - 75%)	10,5 (2 – 20)	14 (3,5 – 23,5)	9,5 (2 – 16)	0,029	
Hospitalización en SMI (días)					
Mediana (IQ 25% - 75%)	4,5 (3 – 10)	5,5 (3-12)	4 (2-7)	0,049	
Hospitalización Total (días)					
Mediana (IQ 25%-75%)	28,5 (22 - 41)	30 (23 - 44)	27,5 (21 - 40)	0,243	
Diagnóstico sindrómico de ingreso SMI N (%)	Insuficiencia respiratoria	46 (51%)	22 (61%)	24 (44%)	0,232
	Shock séptico	20 (22%)	6 (17%)	14 (26%)	
	Alteración consciencia	12 (13%)	2 (5,5%)	10 (18,5%)	
	Síndrome liberación citocinas	7 (8%)	4 (11%)	3 (5,5%)	
	Otros	5 (6%)	2 (5,5%)	3 (5,5%)	
Diagnóstico hematológico N (%)	Leucemia linfoblástica aguda	6 (7%)	5 (14%)	1 (2%)	0,205
	Neoplasia Linfóide B	33 (37%)	12 (33%)	21 (39%)	
	Neoplasia mielóide	32 (36%)	12 (33%)	20 (37%)	
	Leucemia linfocítica crónica	3 (3%)	0 (0%)	3 (5,5%)	
	Linfoma no Hodgkín tipo T	3 (3%)	1 (3%)	2 (4%)	
	Otros	13 (14%)	6 (17%)	7 (13%)	
AloTPH N (%)	21 (23%)	7 (19%)	14 (26%)	0,476	
VMI N (%)	33 (37%)	16 (44%)	17 (31%)	0,211	
VMI (días)					
Mediana (IQ 25% - 75%)	5 (2 – 11)	5 (3 – 14)	5 (1 – 10)	0,712	
OAF N (%)	45 (45%)	20 (55,5%)	25 (46%)	0,389	
Fármacos vasoactivos N (%)	54 (60%)	24 (67%)	30 (56%)	0,292	
Lesión renal aguda N (%)	19 (21%)	6 (17%)	13 (24%)	0,399	
Reemplazo Renal N (%)	7 (8%)	0 (0%)	7 (13%)	0,024	
Cultivo positivo SMI N (%)	54 (61%)	27 (75%)	27 (51%)	0,023	
COVID positivo SMI N (%)	14 (16%)	10 (28%)	4 (8%)	0,016	
Corticoides N (%)	58 (64%)	25 (69%)	33 (61%)	0,418	
Coagulopatía N (%)	55 (61%)	24 (67%)	31 (57%)	0,377	
Adecuación del tratamiento de soporte vital SMI N (%)	26 (29%)	11 (30,5%)	15 (28%)	0,776	
Mortalidad en SMI N (%)	29 (32%)	14 (39%)	15 (28%)	0,269	
Mortalidad hospital N (%)	33 (37%)	15 (42%)	18 (33%)	0,422	

Tabla. Principales características de los pacientes hematológicos ingresados en SMI; datos globales y por periodos de cohortes.

Datos de variables continuas y discretas con medianas y su rango intercuartílico (IQ 25% - 75%). Comparación entre periodos con la prueba T-student. Variables categóricas, dicotómicas y multinomiales, descritas con frecuencia y porcentaje del total de casos correspondiente a cada periodo (T1 - T2) y se comparan entre éstos usando la prueba Chi-cuadrada. Umbral de significancia P<0,05.

Resultados: En total ingresaron 90 pacientes en el SMI (T1 n = 36; T2 n = 54); 46 hombres; 44 mujeres; edad 62 años (IQ 49-68); SAPS3 62 (IQ 55-73). Tanto la estancia previa (14 vs. 9,5 días; p = 0,029) y como el ingreso en SMI (5,5 vs. 4 días, p = 0,049) fueron mayores en T1 que en T2 respectivamente; sin encontrarse diferencias en la hospitalización total (30 vs. 27,5 días; p = 0,243). Las características globales y por periodos se describen en la tabla. En el total de ambos periodos, los pacientes alotrasplantados (aloTPH) precisaron más ventilación invasiva (VMI) que los no aloTPH [13/21 (62%) vs. 20/69 (39%); p = 0,006]. La mortalidad porcentual fue mayor en los aloTPH que en los no aloTPH en ambos periodos [en T1: 4/7 (57%) vs. 10/29 (34%), p = 0,270 y en T2: 5/14 (35%) vs. 10/40 (25%), p = 0,441]. En el modelo logístico univariado los factores de riesgo asociados a mortalidad en el SMI (OR no ajustado; IC95%) fueron por orden: VMI 66,8 (15,9-279,7), p < 0,001; vasoactivos 17 (3,7-77,9), p < 0,001; lesión renal aguda 5,4 (1,8-16,0), p = 0,002; OAF 3,2 (1,3-8,2), p = 0,015 y los corticoides 2,8 (1,0-7,9), p = 0,047. Además de los anteriores, el SARS-CoV-2: 3,7 (1,1-12,4), p = 0,031 y la coagulopatía: 2,8 (1-7,2), p = 0,033; también se asociaron a mortalidad hospitalaria. No encontramos diferencias en la mortalidad en SMI, ni hospitalaria, ni agrupada por aloTPH entre los periodos estudiados.

Conclusiones: No encontramos diferencias entre ambas cohortes en cuanto a diagnóstico hematológico, motivo de ingreso en SMI y mortalidad. En ambos periodos los pacientes aloTPH requirieron más VMI asociándose una mayor mortalidad porcentual que pudiera tener relevancia clínica. A pesar del periodo de pandemia SARS CoV-2, las características y evolución de los pacientes hematológicos ingresados en el SMI son similares en los dos periodos comparados.

to de las 19 BBPP relacionadas con el SPCI de 64 UCI españolas de adultos que se han obtenido mediante encuesta voluntaria de la autoevaluación disponible en la web del Proyecto HU-CI: Grupo Control (GC). Y se compara con el cumplimiento de esas mismas BP en 30 UCI españolas de adultos pertenecientes al GI recogidas mediante encuesta. Se realiza un test de χ^2 para el análisis estadístico de la comparación de ambos grupos.

Resultados: El porcentaje de cumplimiento de todas las BBPP es superior en el GI que en el GC, excepto en la BP 15, aunque no en todas ellas alcanza significación estadística. Las BBPP con diferencias estadísticamente significativas son las que tienen que ver con la existencia de distintos protocolos para la prevención y manejo del SPCI (BP 1, 2, 5, 7, 10 y 16) con la existencia de consulta de seguimiento (BP17) y con la valoración de la calidad de vida (BP18). Se resumen los resultados en las figuras.

Conclusiones: En las UCI del GI el cumplimiento de las BBPP en humanización relacionadas con el SPCI es globalmente mayor que en el GC. Dado que el cumplimiento de dichas medidas se ha relacionado con un mejor pronóstico de los pacientes críticos, podemos afirmar que el trabajo colaborativo como el que se realiza en el GI puede contribuir a mejorar el pronóstico de nuestros pacientes. El bajo porcentaje de cumplimiento en algunas BBPP identifica áreas de mejora en el campo de la prevención y seguimiento del SPCI en los que seguir trabajando.

Miércoles, 15 de mayo de 2024

Pósteres orales

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD VI

11:30-12:30 - Sala 127

Moderadores: Xavier Nuvials Casals/
Marcelino Báguena Martínez

680. DIFERENCIAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE HUMANIZACIÓN RELACIONADAS CON EL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS (SPCI) ENTRE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL GRUPO ITACA Y UN GRUPO CONTROL

Velayos Amo C¹, Taboada Domínguez P¹, Díaz Cuero G¹, Roca García L¹, Alonso Ovies Á¹, Velasco Bueno JM² y Heras la Calle G³

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga. ³Hospital Materno-infantil Hospital Universitario de Jaén (C. H. U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: Conocer el cumplimiento de las buenas prácticas (BBPP) de Humanización relacionadas con el SPCI en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas de adultos del GRUPO ITACA (GI) y compararlo con el cumplimiento de esas mismas BBPP en el resto de UCI españolas de adultos.

Métodos: El Manual de BBPP de Humanización de las UCI (<https://proyctohuci.com/es/buenas-practicas/>) del Proyecto HU-CI es una herramienta que propone 160 BBPP para mejorar la humanización de las UCI. Entre todas ellas hay 19 BBPP relacionadas con la prevención y seguimiento del SPCI. El GI es un grupo de trabajo colaborativo de profesionales de UCI españolas y latinoamericanas que tiene como objetivo mejorar el conocimiento y la atención integral del SPCI (prevención, diagnóstico y seguimiento) para disminuir su incidencia y mejorar el pronóstico y calidad de vida de los pacientes críticos. Presentamos un estudio observacional multicéntrico en el que se recoge el cumplimien-

681. EL PACIENTE ANCIANO PLURIPATOLÓGICO: ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. REGISTRO OPICU (OLD PEOPLE AT INTENSIVE CARE UNIT)

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

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Objetivos: Analizar las características clínico-epidemiológicas, tratamiento y resultados de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Identificar las variables relacionadas de forma independiente con mortalidad en UCI realizando un modelo predictivo.

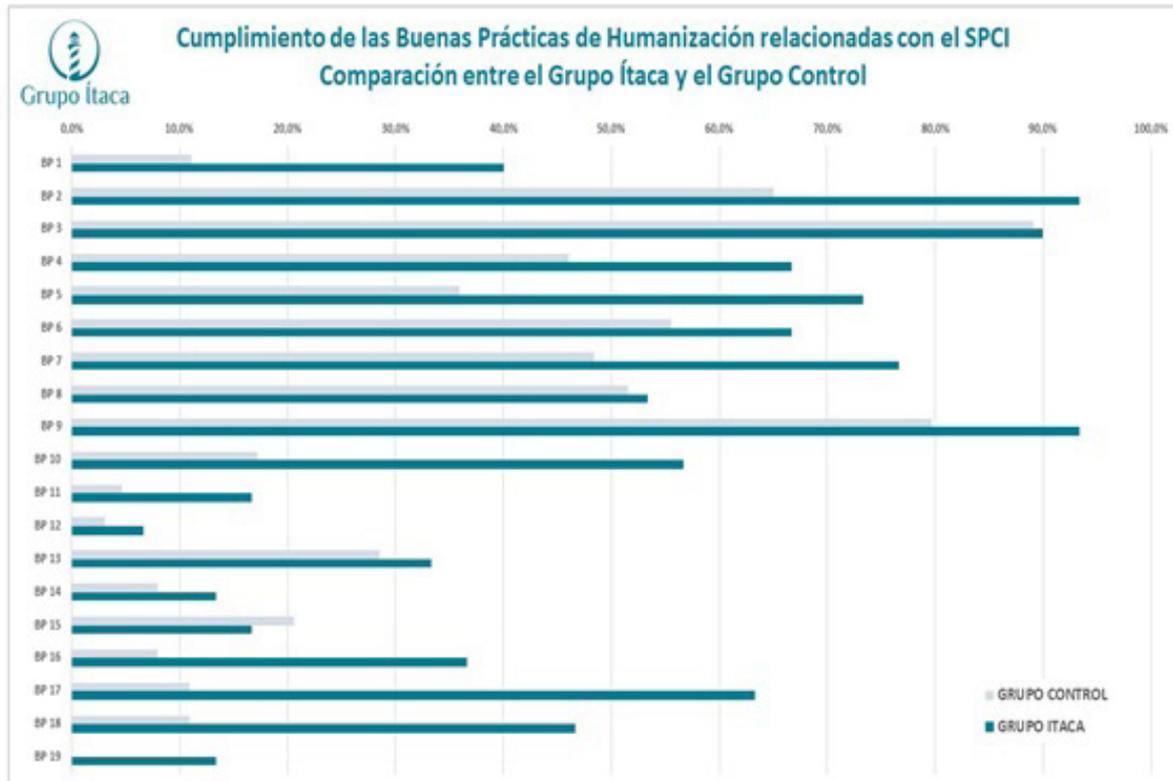
Métodos: Análisis observacional retrospectivo de pacientes mayores de 75 años ingresados en UCI de un hospital terciario en 2019. Se incluyeron variables epidemiológicas, clínicas, scores de fragilidad y funcionalidad, uso de recursos, estancia en UCI y hospitalaria, situación funcional y mortalidad. Resultados como media \pm desviación estándar o frecuencia (%). Se aplicó t de Student o χ^2 según corresponda. Se realizó un análisis multivariante para identificar predictores de riesgo de mortalidad en UCI. P valor estadísticamente significativo < 0,05.

Resultados: N = 304 (82 \pm 10 años, 52,6% varones). Charlson: 4,7 \pm 2,2. Barthel: 86 \pm 21. APACHE II: 19 \pm 8,6. GCS ingreso \leq 8: 11,8%. Estancia media (días): 2,7 \pm 5. LTSV al ingreso: 8%. El 48% presentaban diagnóstico cardiológico (C). VM invasiva: 75%. Días de VM: 4 \pm 4. Vasoactivos: 67%. Sedación > 48 horas: 10%. Opioides: 16,8%. Relajación neuromuscular: 2%. Días de vasoactivos: 3 \pm 3. LTSV durante el ingreso: 15,1%. Mortalidad en UCI: 13,5% (4% C vs. 29,27% en diagnóstico no cardiológico (P); p = < 0,001). Mortalidad hospitalaria: 20,39% (7% C vs. 31% P; p < 0,001). mRankin al año > 3: 30,9% (21,2 C vs. 39,8% P; p = 0,003). Las variables incluidas en el modelo predictivo se reflejan en la tabla.

	OR	IC95%	p
Edad (años)	1,50	0,89-2,55	0,13
APACHE II	1,12	1,05-1,18	< 0,05
GCS	0,74	0,40-1,34	0,20
Vasoactivos	1,95	0,74-5,16	0,08
VM	4,41	1,32-14,69	< 0,05

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los pacientes que ingresan en nuestra UCI son mayores de 75 años. Los pacientes cardiológicos representan un alto porcentaje de la muestra, con mejor resultado funcional y menor mortalidad a medio plazo. Las variables asociadas de forma independiente a mortalidad en UCI fueron: APACHE II y ventilación mecánica.

Figura Póster 680



CUMPLIMIENTO DE LAS BP EN EL GRUPO ÍTACA Y EN EL GRUPO CONTROL	Grupo control		Grupo ÍTACA		X ²	P valor			
	NO	%	SI	%					
<i>BP 1: Existe un protocolo interprofesional para la prevención y el manejo del SPCI para pacientes y familiares</i>	56	89%	7	11%	18	60%	12	40%	0,001
<i>BP 2: Existe un protocolo actualizado de analgesia y sedación</i>	22	35%	41	65%	2	7%	28	93%	0,004
BP 3: Existe una monitorización de los niveles de analgesia y sedación a través de escalas validadas	7	12%	57	89%	3	10%	27	90%	NS
BP 4: Existe un protocolo actualizado de desconexión de la ventilación mecánica	34	54%	29	46%	10	33%	20	67%	NS
<i>BP 5: Existe un protocolo actualizado de prevención y manejo del delirium</i>	41	64%	23	36%	8	27%	22	73%	0,001
BP 6: Existe un protocolo de fisioterapia respiratoria temprana en los pacientes críticos	28	44%	35	56%	10	33%	20	67%	NS
<i>BP 7: Existe un protocolo de movilización temprana</i>	31	52%	31	48%	7	23%	23	77%	0,010
BP 8: Se dispone de fisioterapeuta integrado en el equipo asistencial	31	48%	33	52%	14	47%	16	53%	NS
BP 9: Se aplican otras medidas de prevención y tratamiento de la enfermedad neuromuscular	13	20%	51	80%	2	7%	28	93%	NS
<i>BP 10: Se dispone de un protocolo de aseso fuera de la UCI para pacientes seleccionados que pueden beneficiarse de ello</i>	53	83%	11	17%	13	43%	17	57%	<0,001
BP 11: Existe un protocolo que implemente los Diarios de UCI en la unidad	61	95%	3	5%	25	83%	5	17%	NS
BP 12: Se dispone de terapia ocupacional como medida de prevención y tratamiento del delirium en el paciente crítico	62	97%	2	3%	28	93%	2	7%	NS
BP 13: Se realiza una valoración funcional/física que conste en el informe de alta del paciente	45	71%	18	29%	20	67%	10	33%	NS
BP 14: Se realiza una valoración psicológica que conste en el informe de alta del paciente	58	92%	5	8%	26	87%	4	13%	NS
BP 15: Se realiza una valoración cognitiva que conste en el informe de alta del paciente	50	79%	13	21%	25	83%	5	17%	NS
<i>BP 16: Existe un protocolo de seguimiento intrahospitalario de pacientes y familiares con SPCI al alta de UCI</i>	58	92%	5	8%	19	63%	11	37%	0,001
<i>BP 17: Existe una consulta específica de seguimiento de pacientes con riesgo de síndrome post-UCI cuando ya han sido dados de alta del hospital</i>	57	89%	7	11%	11	37%	19	63%	<0,001
<i>BP 18: Se emplean instrumentos validados para valorar calidad de vida del paciente antes y después del ingreso en UCI</i>	57	89%	7	11%	16	53%	14	47%	<0,001
BP 19: Se realizan "grupos de apoyo" para expacientes de UCI y para sus familiares	64	100%	0	0%	26	87%	4	13%	NS

682. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA CONSULTA POS-UCI (ES-SPCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

López Pérez L, Díaz Díaz D, Gonzalo Somoza G, Villanova Martínez M, Morala Vega P, Rodríguez Ruiz C, Martínez de la Gandara A y Escuela Gerico M

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

Objetivos: Conocer el grado de satisfacción, así como identificar las oportunidades de mejora en relación con la consulta de seguimiento POST-UCI de nuestro hospital.

Métodos: Estudio observacional descriptivo mediante una encuesta que hemos creado (ES-SPCI), remitida al domicilio de los pacientes valorados en nuestra consulta post- UCI desde junio de 2020 hasta noviembre de 2023, para cumplimentarse mediante la captación de un código QR. La encuesta consta de 16 preguntas, una de texto libre y 15 de ellas con respuestas cerradas distribuidas en los siguientes grupos: 1. Variables demográficas: edad, sexo, nivel de estudios, fecha de la primera consulta e infección covid-19. 2. Tiempos e idoneidad de las instalaciones: espacio físico de la consulta, tiempo de espera y tiempo de la atención recibida. 3. Atención médica: trato recibido en la consulta y competencia profesional. 4. Información recibida sobre las posibles secuelas en la consulta y mediante un informe clínico, así como su transmisión al médico de familia. 5. Valoración de la consulta pos-UCI: utilidad de la consulta y grado de recomendación.

Resultados: De 136 encuestas enviadas, obtuvimos 39 respuestas (28,6%). La mediana de edad fue 59 años con un 62% de hombres (n = 24). Tanto las instalaciones como el tiempo de atención en la consulta fue considerado mayoritariamente adecuado (90 y 82% respectivamente), no así el tiempo de espera para ser atendidos (solo un 33% estimó que fue puntual). Prácticamente el 100% catalogaron como buena o muy satisfactoria tanto la atención como la profesionalidad percibida en la consulta. Significativamente existió unanimidad considerando útil y necesaria la existencia de una consulta donde se valoren las secuelas de un ingreso en UCI. Respecto a la información recibida 30 (77%) la consideró correcta. El informe clínico fue recibido por 37 (95%) y de ellos 32 (82%) lo presentó a su médico de familia.

Conclusiones: La encuesta ES-SPCI pone de manifiesto la satisfacción de los pacientes con la consulta, considerando necesario y útil el seguimiento de las secuelas pos-UCI. Nos permite identificar oportunidades de mejora, como la calidad de la información recibida y su transmisión al médico de familia.

683. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE MORTALIDAD OCULTA EN UCI DE LOS MESES DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2023 EN EL HOSPITAL SANTA LUCÍA DE CARTAGENA

Quintana Burgos G, Jiménez Medina D, Campos Albert J, Nomdedeu Fernández M, Zarza M, Serna Martínez M, Redondo Martínez M y Pérez Piñero S

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes que fallecieron dentro un mes posterior al alta de la UCI en los meses de junio a septiembre de 2023.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico. Para la recopilación de datos de las historias clínicas, se realizó una encuesta al programa de historia clínica electrónica Selene® sobre todos los pacientes dados de alta de la UCI en los meses de junio a septiembre de 2023. Entre ellos se seleccionaron los que habían fallecido a la fecha de la recolección de datos. Para la recopilación de la información para la base de datos se utilizaron los programas Selene e ICCA (Intellispace Critical Care and Anesthesia) (R) de Philips. Se tabularon las variables de la base de datos en el programa Microsoft Excel, el mismo que se utilizó para realizar los cálculos estadísticos y gráficos.

Resultados: Después del proceso de selección (descartándose los pacientes vivos y aquellos fallecidos durante su hospitalización en UCI. Aquellos que tuvieron reingresos, solo se consideró el primero de estos), se obtuvieron en total 21 historias clínicas cuyas características son: promedio de edad: 75a (55-91). 81% (17) fueron hombres, y 19% (4) fueron mujeres. Todos los pacientes que ingresaron tenían de base un índice de comorbilidad de Charlson elevado, mayor a 3. El promedio de puntuación de la escala APACHE II al ingreso fue de 20 puntos.

El 33% (7) de los pacientes ingresó a la UCI con limitaciones de tratamiento preestablecidas. El 57% (12) de los pacientes recibió soporte ventilatorio, y de estos el 41% (5) llegó a intubarse. La estancia promedio de los pacientes en la UCI fue de 4 días (1-14). 62% de los pacientes fueron evaluados con una puntuación 2 o superior en la escala de Sabadell al alta de la UCI. Al alta de la UCI, los pacientes permanecieron un promedio de 8 días (1-28) en planta de hospitalización previo a su fallecimiento. 62% de los pacientes fueron limitados en tratamiento por sus médicos tratantes en planta de hospitalización en caso empeoramiento o complicaciones. Tres pacientes lograron darse de alta del hospital.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que fallecen fuera de nuestra UCI a corto plazo, dentro de los evaluados en el periodo de estudio, son una población envejecida, con edades avanzadas e índices de comorbilidad elevados. La gran mayoría de los pacientes en este estudio ingresa a la UCI con una escala APACHE II elevado. Al alta de la UCI, un alto porcentaje de los pacientes tiene un Score Sabadell 2 o 3, con un promedio de 8 días de hospitalización en planta hasta su defunción.

684. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES: IMPACTO DE LA UCIM Y SEMI EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA

Carrapiso Galán P

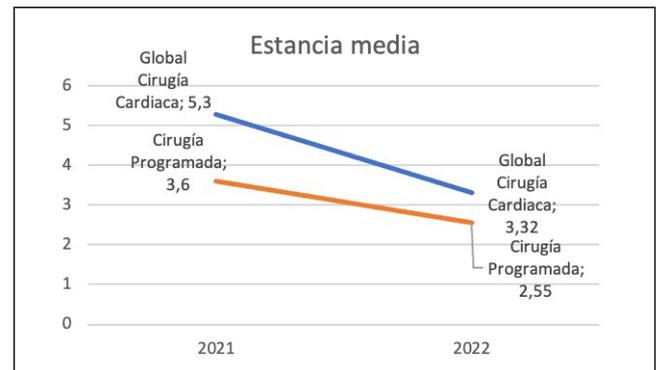
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: El Hospital Universitario de la Princesa (HUP) es un centro de tercer nivel con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) médico-quirúrgica con una media de 230 ingresos/año de pacientes procedentes del quirófano de cirugía cardiaca (CCA). Desde 2021, cuenta además con una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) con una capacidad total de 4 camas. Además, el Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI) permite el seguimiento de algunos de estos pacientes en la planta de hospitalización. El objetivo es evaluar el impacto de la apertura de la UCIM y el SEMI en términos de estancia en UCI y mortalidad de los pacientes adultos en el posoperatorio de CCA.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo observacional longitudinal en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en UCI procedentes del quirófano de CCA en un periodo de tiempo desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022.

Resultados: Se analizaron 463 pacientes en el periodo de tiempo descrito. No se observaron diferencias significativas en edad, sexo, factores de riesgo, EuroSCORE 2, fracción de eyección o tipo de cirugía. La tabla inferior muestra el incremento estadísticamente significativo de la actividad que hubo en 2022 -tanto en UCIM como en SEMI- lo que supuso una disminución significativa de la estancia en UCI sin observar cambios estadísticamente significativos en la mortalidad.

Resultados	Año 2021	Año 2022	p
Días de estancia media en UCI	5,3 ± 12,1	3,32 ± 5,05	p < 0,01
Nº muertes y % de mortalidad	10 (4,3%)	14 (5,4%)	p = 0,6959
Cirugías cardiacas vigiladas en UCIM y % del total	20 (8,7%)	82 (31,4%)	p < 0,01
Cirugías cardiacas con seguimiento en SEMI y % asociado	51 (38,6%)	115 (62,84%)	p < 0,001



Conclusiones: Tras la implementación de una UCIM y su uso para la continuidad de cuidados del posoperatorio de cirugía cardíaca, se observó una clara reducción de la estancia media en la UCI sin que aumentara significativamente la mortalidad de estos pacientes. Esta disminución de tiempo de ingreso en UCI permitiría optimizar los recursos hospitalarios -ya que la Cirugía Cardíaca requiere de una elevada carga de recursos sanitarios, especialmente cuidados intensivos- y asumir un mayor número anual de cirugías cardíacas programadas.

685. HACIA UNA MEJOR COMPREENSIÓN Y MANEJO DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA

Falcón Marchena A, Saavedra Sanjuan E, Rabaneda Vergara M, Isern Alsina I, Badani Olmo LD, Puente de la Vega J, Vila López A, Algarte Dolset R, Pérez Madrigal A y Trenado Álvarez J

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona.

Objetivos: Identificar y analizar la frecuencia, tipología y consecuencias de los eventos adversos notificados en un servicio de medicina intensiva (SMI).

Métodos: Estudio retrospectivo analizando las notificaciones de eventos adversos en el periodo noviembre 2013 a noviembre 2023 realizados en un hospital universitario a través de un sistema de notificación de carácter regional. Estadística descriptiva. Los resultados se expresan en número absolutos y porcentajes (n [%]).

Resultados: En el periodo de estudio se notificaron 215 incidentes. Entre los incidentes notificados destacan las caídas: 66,05% (n = 142), medicación: 11,16% (n = 24) y dispositivos o equipamientos asistenciales: 7,44% (n = 16). De forma mayoritaria los eventos ocurren en el área de hospitalización 5,24% (n = 155), de forma predominante en la unidad de Hospitalización de Adultos: 38,98% (n = 23) y en el área de adultos Críticos: 16,95% (n = 10). Si analizamos los incidentes acaecidos en el SMI, el 40% se relacionan con dispositivos o equipamientos, el 20% con la medicación y otro 20% con caídas. Ningún incidente presentó riesgo elevado, siendo en su mayoría de riesgo moderado o bajo (50% y 40% respectivamente). Existe una mayor notificación entre el colectivo de enfermería respectivo al médico (60 vs. 40%). Respecto a la gravedad de estos, solo en 1 caso, el evento no alcanza al paciente, y en caso de producir daño, este es mínimo en el 60% de los casos.

Conclusiones: Es destacable que la mayoría de los incidentes se relacionan con dispositivos o equipamientos y la medicación, lo que subraya la importancia de revisar y mejorar continuamente los protocolos y sistemas de manejo de estos elementos. Disponer de un sistema de notificación robusto y la realización de análisis continuos para identificar tendencias, ayuda a mejorar la seguridad del paciente y optimizar la calidad del cuidado en el SMI.

686. ESTUDIO PRELIMINAR A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SUJECIONES MECÁNICAS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

López Pérez L, Díaz Díaz D, Martínez de la Gándara A, Bueno García B, Bueno Vidales N, Macaya Redin L, García Gígorro R y Andrade Vivero G

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

Objetivos: La utilización de contenciones mecánicas puede originar efectos adversos tanto físicos como psíquicos y es un factor de riesgo para el desarrollo de *delirium*, así como de un trastorno de estrés post-traumático. Por otra parte, su uso tiene implicaciones éticas y legales. Previo a la instauración de un protocolo para controlar y reducir su uso en nuestra UCI, quisimos determinar cómo se estaban empleando mediante un estudio preliminar.

Métodos: Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que durante 4 meses (noviembre-2018 a febrero-2019) se recogieron las siguientes variables: diagnóstico de ingreso, necesidad de ventilación mecánica, resultado del CAM-ICU, motivo para emplear la sujeción mecánica e incidencias relacionadas con las mismas. Análisis estadístico descriptivo mediante el programa SPSS-25.

Resultados: Entre noviembre de 2018 y febrero de 2019 se emplearon sujeciones mecánicas en 46 pacientes, en ningún caso con indicación

del médico y en la mayoría sin ningún registro en la historia clínica. La mediana de la duración fue de 48,2 horas (RIQ 14,2-64,7). Los motivos para su colocación fueron: agitación y/o *delirium*: 17 (37%); disminución de la sedación e inicio del destete: 16 (35%); llevarse las manos al tubo orotraqueal o dispositivos: 11 (24%); riesgo de caída: 1 (2%); trastornos motivos: 1 (2%). En cuanto a los diagnósticos de ingreso destacan la insuficiencia respiratoria aguda en 24 pacientes (52%) y la sepsis en 9 (19,6%). No requirieron ventilación mecánica 6 pacientes (13%), en 39 se empleó VM invasiva (85%) y en 1 (2%) no invasiva. El CAM ICU fue positivo en al menos una determinación en 26 pacientes (56,5%), negativo en 12 (26%) y no evaluable en 8 (17,5%). En cuanto a las incidencias, cabe señalar que en 3 casos se arrancaron dispositivos (6,5%) y un paciente ingreso en UCI tras una PCR con contenciones mecánicas en planta de hospitalización.

Conclusiones: Las contenciones mecánicas se empleaban de forma inadecuada en nuestra unidad, siendo necesario el desarrollo de un protocolo en el que se tenga en cuenta entre otras las siguientes consideraciones: el uso de sujeciones mecánicas debe tener una indicación médica clara, generalmente disminuir el riesgo de interrumpir un proceso terapéutico en un contexto crítico. Debe existir un registro en la historia clínica tanto del inicio y fin de su empleo; así como de la indicación e incidencias durante su uso, con evaluación diaria de su suspensión. Se debe optimizar previamente la analgesia, la sedación y el manejo del *delirium*, mediante el empleo del paquete de medidas ABCDEF.

687. EFICACIA DE LOS GRUPOS COLABORATIVOS EN MEDICINA INTENSIVA: 5 AÑOS DEL GRUPO ÍTACA

de Pablo Hermida AM¹, Alonso Ovies Á² y Velayos Amo C²

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

Objetivos: Analizar el efecto de la creación de un grupo de trabajo colaborativo sobre el manejo de una entidad de reciente definición: el síndrome poscuidados intensivos (SPCI). Describir la evolución de la cartera de servicios en relación con el SPCI en los servicios de Medicina Intensiva (SMI) de habla hispana. Describir la actividad científica y formativa del grupo.

Métodos: Estudio descriptivo de los servicios de Medicina Intensiva (SMI) de adultos y pediátricos que forman parte del grupo Ítaca. Se analizaron los datos del cuestionario de ingreso en el grupo para conocer la actividad de partida. Tras 5 años de funcionamiento del grupo se realizó una encuesta sobre la puesta en marcha de nuevas acciones en relación con el manejo del SPCI. Los datos de frecuencia se expresan como porcentaje sobre el total de SMI que responden.

Resultados: Ítaca es un grupo abierto a la participación de los Servicios de Medicina Intensiva de habla hispana, con el objetivo de extender el conocimiento sobre el SPCI, reducir su incidencia y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Comenzó su andadura en junio de 2019. Actualmente forman parte del grupo Ítaca 40 unidades de adultos (33 de España y Gibraltar, 7 de Latinoamérica) y 12 pediátricas (11 españolas, 1 uruguaya). Entre los SMI de adultos, al ingreso tenían consulta de seguimiento el 48%, y un programa de prevención de SPCI el 72%. Tras cinco años de andadura del grupo, tenían consulta el 72% y programa de seguimiento el 93%. Además, el 14% habían abierto una consulta de SPCI familiar y el 27% escuela de familiares. El 30% habían podido enviar facultativos a formarse con otros miembros del grupo. De los SMI pediátricos, el 33% tiene consulta de seguimiento a los 5 años y el 78% un programa de prevención de SPCI. El 22% ha abierto consulta de seguimiento familiar y el 11% escuela de familiares. El 22% han enviado facultativos a formarse en otros SMI. Se han organizado 4 Jornadas nacionales de manejo y prevención del SPCI, con 83 ponentes de 5 países y 850 participantes, así como 30 videoconferencias y 3 reuniones presenciales y existe una base de datos compartida que actualmente incluye 248 pacientes.

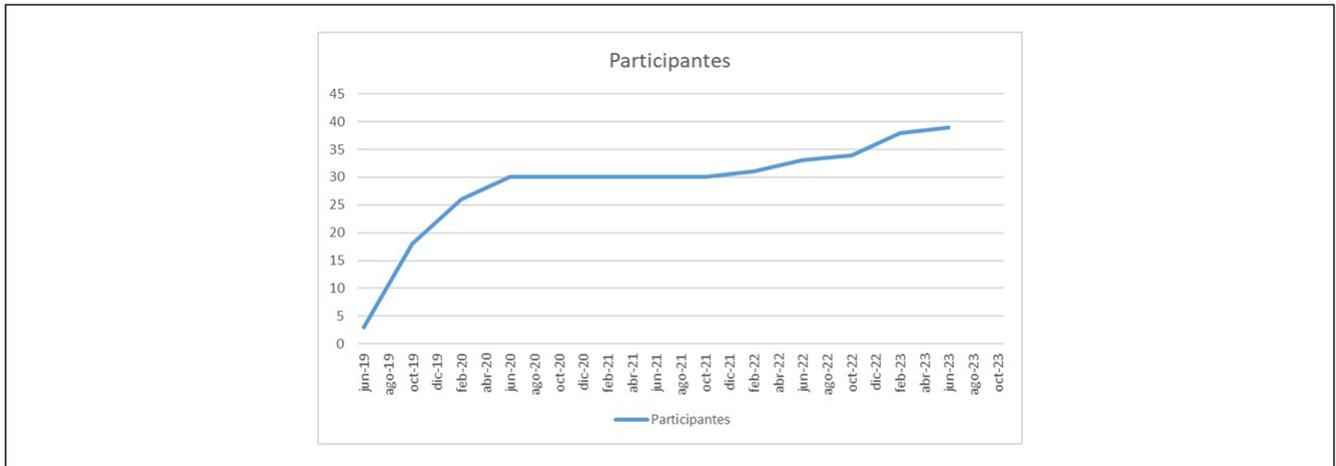
Conclusiones: Los programas de prevención y seguimiento de SPCI son aún limitados y encuentran múltiples obstáculos en su creación. Los grupos de trabajo colaborativo resultan eficaces para impulsar la prevención y seguimiento del SPCI. Es necesario desarrollar actividades de formación e investigación sobre estas patologías. La actividad en este sentido de los grupos de trabajo colaborativo es imprescindible.



Figura 3 Póster 687



Figura 4 Póster 687



688. EVALUACIÓN DE LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA CON ACREDITACIÓN DE CALIDAD

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

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

Objetivos: El consentimiento informado es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud. La obtención del mismo no está tan arraigada en algunos actos médicos que, si bien se pueden considerar menos invasivos, no están exentos de complicaciones y en algunos casos pueden suponer conflictos éticos, como es el caso de recibir una transfusión de hemoderivados. El objetivo de esta revisión es comprobar el cumplimiento de dicho indicador en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con acreditación de calidad, para valorar la necesidad de implementar medidas de mejora desde el sistema de gestión de calidad de la misma.

Métodos: Se ha realizado una revisión de los datos obtenidos durante el año 2022 y el primer trimestre de 2023, recogiendo los pacientes que durante su ingreso en nuestra UCI han precisado de transfusión de hemoderivados. Se ha comprobado si en estos casos se ha obtenido previamente el correspondiente consentimiento, teniendo en cuenta las siguientes particularidades del procedimiento: se consideran exentos

aquellos casos en los que se tratara de una urgencia vital; se considera válido el consentimiento verbal, siempre y cuando estuviera reflejado en la historia clínica.

AÑO 2022-2023	Pacientes excluidos (urgencia vital)	Pacientes con transfusión	CI no pedido	CI pedido			
				Total	En historia clínica física	Digitalizado	Verbal
Enero	2	9	6	3	0	3	0
Febrero	4	15	5	10	6	2	2
Marzo	3	16	9	7	5	2	0
Abril	1	17	6	11	8	2	1
Mayo	2	15	7	8	5	3	0
Junio	3	14	7	7	2	5	0
Julio	4	16	10	6	3	3	0
Agosto	2	14	7	7	3	4	0
Septiembre	2	15	7	8	3	5	0
Octubre	1	18	3	15	4	11	0
Noviembre	6	15	5	10	5	5	0
Diciembre	6	20	7	13	4	9	0
Enero	1	11	1	10	3	7	0
Febrero	4	16	5	11	4	7	0
Marzo	4	14	7	7	1	6	0
TOTAL	45	225	92	133	56	74 (55.63%)	3 (2.25%)

Resultados: Observamos que solo se cumplimentó el consentimiento en un 59,2% de los pacientes que recibieron una transfusión. Muy por debajo del objetivo ideal marcado del 85%. Por otro lado, se valoró la digitalización del consentimiento, pudiendo observar que se realizó en un 55,63% de los mismos. Si nos centramos en el primer trimestre de 2023, podemos observar una mejoría en el cumplimiento del mismo, llegando hasta el 68%.

Conclusiones: A pesar de que los resultados de la revisión no son positivos, sí que nos revela la importancia de disponer de un sistema de gestión de calidad en nuestro servicio, que monitoriza el cumplimiento de distintos indicadores que, sin ser puramente clínicos, sí que velan por el respeto al derecho de información e independencia de los pacientes. Además, nos permite iniciar intervenciones de mejora dirigidas, como la formación de los profesionales que intervienen en el procedimiento y la centralización del proceso de digitalización de los mismos, pudiendo así optimizarlo y mejorar los resultados.

689. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LOS CUIDADOS EN UCI DE PACIENTES Y FAMILIARES A TRAVÉS DE CÓDIGOS DE RESPUESTA RÁPIDA (QR). GANANDO RAPIDEZ, PARTICIPACIÓN Y OBJETIVIDAD

Díaz Díaz D, López Pérez L, Villanova García M, Bueno García B, Martínez de la Gandara A y Morala Vega P

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

Objetivos: Las encuestas de satisfacción familiar (ESF) y de paciente (ESP) desempeñan un papel crucial en la mejora de la calidad asistencial. Tradicionalmente se basan en formularios en papel o cuestionarios en línea, cuya distribución y recopilación suelen llevar mucho tiempo y generar sesgos. El objetivo es conocer el grado de satisfacción de paciente dados de alta de la UCI y sus familiares, a través de una encuesta de satisfacción mediante el escaneo del código de respuesta rápida (QR) en el teléfono móvil, con la ventaja de reducción de tiempos de respuesta y eliminación de sesgos.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo durante 3 meses en un hospital de segundo nivel, mediante la adaptación de la encuesta Family Satisfaction Intensive Care Unit (FSICU 24) para familiares de pacientes ingresados en UCI (que sobrevivieron o no) y para el propio paciente, a través de la captura del código QR, al alta de UCI. La adaptación ES-ICU código QR cuenta con 22 preguntas de respuestas cerradas y 3 de texto libre, estructuradas en tres secciones: (1) Satisfacción con el Proceso del Cuidado y valoración de los profesionales. (2) Visitas e Información (3) Toma de decisiones y Sugerencias.

Resultados: Durante el periodo del estudio se produjeron 50 altas (20 estancias inferiores a 48h, 4 *exitus* y 1 alta voluntaria). Se ha ofrecido el código QR a 26 familiares, de los que respondieron 24 (92,5%) y 25 pacientes (23 respondedores; 92%). Los datos de los respondedores se recogen en la tabla. Se detectaron diversas áreas de mejoras, relacionadas con la sala de espera y UCI, así como con el manejo de síntomas (miedos) y de las visitas (empatía) (figs.).

Datos demográficos	ESF	ESP
Edad, media (DE)	42 (15)	62 (16)
Sexo femenino	63%	46%
Ingreso previo en UCI	57%	13%
Parentesco		
Hijos	56%	
Cónyuge	22%	
Otros	18%	

Conclusiones: La utilización de códigos QR para encuestas de satisfacción de familiares y pacientes ingresados en UCI resulta eficiente, de fácil acceso, permitiendo recopilación de datos en tiempo real, pudiendo generar una mayor tasa de respuestas y siendo más rentables económicamente, eliminado sesgos implícitos y de conformidad (por parte del investigador y del encuestado). Además, permite establecer aérea de mejoras más rápidas y proporcionar análisis sólidos para monitorizar y medir los comentarios de los pacientes a lo largo del tiempo.

Figura Póster 689

