

Figura Comunicación 009

COMPLICACIÓN	TIPO DE TRAQUEO	NÚMERO	PORCENTAJE	SIGNIFICACIÓN	PRUEBA
DISFONÍA	Quirúrgica	3 de 31	9,68%	p 0.191	Chi cuadrado
	Percutánea	5 de 22	22,72%		
DISFAGIA	Quirúrgica	8 de 31	28,80%	p 0.513	Chi cuadrado
	Percutánea	4 de 22	18,18%		
COMPL. TRAQUEOSTOMA	Quirúrgica	11 de 31	35,48%	p 0.002	Chi cuadrado
	Percutánea	0 de 22	0,00%		

Tabla 1

VARIABLES	TIPO DE TRAQUEO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	SIGNIFICACIÓN	PRUEBA
SAPS	Quirúrgica	56,11	15,064	p 0.748	T student
	Percutánea	58,22	15,755		
APACHE	Quirúrgica	17,72	6,23	p 0.284	T student
	Percutánea	19,66	7,181		
EDAD	Quirúrgica	63,98	10,357	p 0.978	T student
	Percutánea	65,86	9,377		
DÍAS IOT	Quirúrgica	17,23	8,294	p 0.014	T student
	Percutánea	18,3	5,525		
DÍAS TRAQUEO	Quirúrgica	27,25	20,905	p 0.648	T student
	Percutánea	25,59	21,31		
DÍAS VM	Quirúrgica	39,8	23,966	p 0.133	T student
	Percutánea	40,68	20,346		

Tabla 2

**Conclusiones:** Objetivamos que las complicaciones a largo plazo de las TQ son frecuentes, siendo la principal la disfagia, seguida de las complicaciones del traqueostoma y la disfonía. Aunque hay diferencia en su frecuencia según la técnica, solo es estadísticamente significativa en las relacionadas con las complicaciones del traqueostoma, que son más frecuentes en las TQQ. Estos resultados apoyan la necesidad de hacer un seguimiento a nuestros pacientes para poder diagnosticar estas complicaciones y derivarlos al especialista, así como poner en marcha medidas para prevenirlas intra-UCI.

#### 010. MICRORNA 146A-5P AND 155-3P MODULATE INFLAMMATORY RESPONSES IN HUMAN ALVEOLAR EPITHELIAL CELLS *IN VITRO*

Sánchez Helguera G, Herrero Hernández R, Ferruelo Alonso A, Murillo Redondo R, de Paula Ruiz M and Lorente Balanza JÁ

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Objectives:** In Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), alveolar epithelial cells release cytokines and chemokines that contribute to inflammation in the alveoli by activating resident alveolar macrophages and promoting leukocyte migration into the lung. MicroRNAs regulate gene expression and could modulate inflammatory responses. Our objectives were: 1) to identify microRNAs expressed by human alveolar epithelial cells, and 2) to determine the role of those microRNAs in the expression of cytokines/chemokines by these cells under a proinflammatory stimulus *in vitro*.

**Methods:** Monolayers of human primary alveolar epithelial cells (HAEPiCs) were treated with IL-1 $\beta$  (1 ng/mL) for 15 hours. In these cells, we measured the expression of several miRNA candidates (RT-qPCR), caspase 3 activity (enzymatic assay) and cell viability (resazurin method). The expression of cytokines and chemokines were measured in the supernatant (ELISA). Then, the expression of two miRNAs identified, miR 146a-5p and miR 155-3p, were modulated by cell transfection with a miR 146a-5p inhibitor (5 nM) or a miR 155-3p mimic (0,1 nM), respectively. The expression of these miRNAs, the activity of caspase-3, cell viability and cytokine expression were also measured. Statistical analysis: one-way ANOVA, p value < 0.05 was considered statically significant. Each experiment was performed in triplicate.

**Results:** Compared with control, incubation with IL-1 $\beta$  increased miR 146a-5p and reduced miR-155-3p expressions in HAEPiCs *in vitro*. Also, it increased the expression of IL-6, IL-8, and MCP-1 and decreased TGF- $\beta$ 1 concentration, with no changes in caspase 3 activity or viability.

Transfection of IL-1 $\beta$ -treated HAEPiC with miR 146a-5p inhibitor attenuated the elevated expression of IL-8 induced by IL-1 $\beta$ , without causing changes in the other cytokines, and reduced caspase-3 activity. Transfection of IL-1 $\beta$ -treated HPAEPiC with miR 155-3p mimic attenuated the increased expression of IL-6 and IL-8 and enhanced the elevated expression of MCP-1 induced by IL-1 $\beta$  but did not change the activity of caspase-3. No changes in cell viability were observed in any condition compared with their corresponding controls.

**Conclusions:** Under IL-1 $\beta$  stimulus, miR 146a-5p and miR 155-3p modulate the cytokine/chemokine expression of human alveolar epithelial cells *in vitro*. These miRNAs could be used as biomarkers and constitute potential therapeutic targets in the pathogenesis of ARDS, as well as in other pulmonary inflammatory diseases.

## Pósteres orales

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD I 08:30-10:00 h. SALA CONFERENCIAS 2.1

#### 011. COMPARACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS CON LOS MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ENTRE PERÍODO PRE Y POSPANDEMIA

Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Pérez Serrano R, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gonzalves G, Camacho Dorado E, Ortiz Diaz Miguel R, Peral Santos A y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Comparar el grado de implantación de las prácticas seguras con los medicamentos en los periodos pre y post pandemia en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) para evaluar las áreas de mejora y su implantación.

**Métodos:** Un grupo de trabajo farmacia-UCI con enfermeros, médicos y farmacéuticos del HGUCR cumplimentó el «Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva» desarrollado por el Institute for Safe Medication Practices como herramienta proactiva en la mejora de la seguridad en febrero 2020 y marzo 2023. El cuestionario contiene 147 ítems de eva-

Figura Póster 011

ELEMENTOS CLAVE	PUNTUACIÓN FEBRERO 2020		PUNTUACIÓN MARZO 2022	
	I Información de los pacientes y de los medicamentos	88/188	46,81%	98/188
II Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación	35/76	46,05%	44/68	64,71%
III Incorporación de farmacéuticos	34/74	45,95%	34/74	45,95%
IV Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos	41,5/72	57,64%	47,5/72	65,97%
V Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos	68/124	54,84%	67,5/124	54,44%
VI Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos	36/104	34,62%	48/104	46,15%
VII Factores del entorno y recursos humanos	24/60	40%	29/60	48,33%
VIII Competencia y formación del personal	3/52	5,77%	0/52	0%
IX Educación a pacientes o familiares	11/14	78,57%	11/14	78,57%
X Programas de calidad y gestión de riesgos	41/104	39,42%	28/104	26,92%
<b>PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO</b>		<b>43,95%</b>		<b>47,44%</b>

luación agrupados en 10 elementos clave (ver tabla). Se compararon los resultados obtenidos pre y pospandemia (febrero 2020 con marzo 2022).

**Resultados:** La tabla muestra la mayor puntuación global en marzo de 2022 (con un 47,44%) respecto a febrero de 2020 (con un 43,95%). Los elementos clave I, II, IV, VI y VII (relacionados con la prescripción de fármacos y la información sobre los mismos y su forma de administración) mejoraron en período post pandemia respecto a febrero de 2020, justificado por la instauración de mejoras en el sistema de prescripción electrónica. En cambio, los elementos clave que empeoraron en marzo de 2022 respecto a febrero 2020, fueron el VIII y el X, relacionados con las competencias y formación del personal junto con programas de calidad y gestión de riesgos, justificado por la ausencia o desaparición de medidas de calidad y su difusión, junto a la dimisión del responsable de calidad durante la pandemia.

**Conclusiones:** La puntuación global del cuestionario fue mayor en período pospandemia respecto a febrero de 2020 debido a la mejoría en la prescripción de fármacos e información sobre los mismos. La instauración de un nuevo sistema de prescripción electrónica, mejoró la trazabilidad, información, etiquetado, envasado y detección de errores de prescripción de fármacos. La formación continuada en el campo de calidad, es de vital importancia para adquirir competencia y formación en el personal y así evitar incidentes de seguridad del paciente en todos los ámbitos.

## 012. IMPORTANCIA DE LA POLÍTICA DE VISITAS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS SOBRE DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES Y FAMILIARES

Iglesias Franco J<sup>1</sup>, Martín Torres J<sup>2</sup>, González de Marcos B<sup>1</sup>, Magaña Bru I<sup>1</sup>, Carrapiso Galán P<sup>1</sup>, Chicot Llano M<sup>1</sup>, Pérez Lucendo A<sup>1</sup>, Vaquero Andreu S<sup>1</sup>, Canabal Berlanga A<sup>1</sup> y Vega González G<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>3</sup>Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid.

**Objetivos:** Identificar la influencia de las políticas de visitas para el desarrollo de malestar psíquico derivado de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en los familiares de pacientes críticos.

**Métodos:** Estudio de cohortes con evaluaciones repetidas. Se incluyeron pacientes que permanecieron más de 3 días, y sus familiares (máximo 3 por paciente), en una UCI médico-quirúrgica de adultos de un hospital de tercer nivel. El horario restrictivo se basó en 2 visitas al día (2 familiares, 1 hora de duración) y el horario ampliado en el acompañamiento continuo de 11:00 a 21:00 horas (1 familiar). Las medidas de afectación psicológica empleadas fueron: ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory y Hospital Anxiety and Depression scale (HADs), y depresión mediante Beck Depression Inventory y HADs. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares. La mediana de estancia en la UCI fue de 15 días (R-IC: 8-23 días). El 44% de los pacientes recibió una política de visitas de horario restrictivo (n = 32, IC95%: 34-45%), mientras que el 56% restante tuvo un horario ampliado (n = 40, IC95%: 44-66%). No se encontró ninguna diferencia significativa entre la política de visitas y la afectación psicológica en los pacientes. La restricción de visitas supuso mayor riesgo tanto de ansiedad (RR = 5,7 IC95%: 2-10,4; p = 0,002) como de depresión (RR = 4 IC95%: 1,1-13,5; p = 0,03) en familiares durante el ingreso hospitalario con una relación estadísticamente independiente.

**Conclusiones:** La prolongación del acompañamiento en la UCI es un factor protector de gran influencia para disminuir el malestar psíquico en familiares. Incrementar el tiempo de presencia familiar en las UCI es una intervención relativamente sencilla, que no supondría un coste adicional y podría tener un gran impacto sobre la morbilidad psicológica de los familiares de pacientes críticos.

## 013. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS A TRAVÉS DE NUESTROS PRINCIPALES CLIENTES, PACIENTES Y SUS FAMILIARES

Bustamante Munguira E, de Pedro Sánchez MA, Artola Blanco M, Arnaiz Rodrigo J, Francisco Amador A, Aray Delpino Z, Pérez Gutiérrez J y Renedo Sánchez-Girón G

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Conocer la percepción que de nosotros tienen tanto los pacientes como sus familiares, nuestros principales clientes, a través de una encuesta de satisfacción durante 6 meses de 2023.

**Métodos:** se elaboró una encuesta validada por el servicio de calidad del Hospital clínico universitario de Valladolid que se distribuyó durante un periodo de 6 meses, de abril a septiembre, aleatoriamente entre pacientes y familiares ingresados en una UVI de III Nivel polivalente de 21 camas con una comisión de humanización y amplio programa de la misma.

**Resultados:** A dicha encuesta respondieron 68 personas de los 72 encuestados. Se dejó también un espacio en blanco para comentarios o sugerencias. Haciendo hincapié en que nos comentarán que destacarían como aspectos positivos y que aspectos mejorarían.

**Conclusiones:** Nuestro principales clientes, pacientes y familiares, se encuentran satisfechos con la atención, amabilidad y cuidados del personal de UCI. A pesar de flexibilizar los horarios de visita, esta es una demanda que va en aumento, trataremos que participen en cuidados como puede ser la higiene, rehabilitación... Las instalaciones y la sala de espera son mejorables, esto escapa a nuestro alcance y se ha escalado a dirección. Sus sugerencias o puntos negativos, son nuestras propuestas de mejora, así por ejemplo, a pesar de haber comenzado con SUEÑON, nuestros pacientes se quejan de dificultad para dormir, ruido en la unidad por la noche, siendo esta una importante mejora para nosotros.

Figura Póster 013



**014. ¿CÓMO HA AFECTADO LA RESTRICCIÓN DE VISITAS POR LA PANDEMIA A LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES?**

Alfaro García E, de Miguel Balsa E, Alcalá López A, Ríos Albert E y Martínez Tebar MJ

Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

**Objetivos:** Valorar el impacto en el grado de satisfacción percibida por los pacientes del Servicio de Medicina Intensiva y sus familiares tras las restricciones en las visitas motivadas por la pandemia.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de datos obtenidos de la encuesta FS-ICU 24R para familiares y pacientes (FS-ICU 24R adaptada) al alta de UCI mediante análisis cuantitativo (t de Student para datos no pareados), recodificando las variables en una escala de tipo Likert de 0 a 100 (0 peor; 100 mejor). Los contrastes de hipótesis se consideraron bilaterales con un valor de significación con p-valor ≤ 0,05. Se analizaron cortes trimestrales prepandemia (2017 a 2019, con vigencia del programa de Humanización) y pospandemia (2022, aún con restricciones).

**Resultados:** Se analizaron 308 cuestionarios (56,17% de pacientes y 43,83% de familiares). Globalmente la satisfacción de pacientes y familiares fue alta en ambos periodos. Antes y después de la pandemia, los pacientes consideraron escaso el número de visitas (47,68 ± 17,82 vs. 40,90 ± 27,54; p = 0,134). Sin embargo, la satisfacción de los familiares respecto a las visitas mejoró de forma significativa (48,80 ± 18,68 vs. 78,06 ± 25,22; p < 0,0001) en el periodo postpandemia pese a mantener las restricciones, además de una mejor valoración del tiempo disponible para plantear y resolver dudas (63,92 ± 48,17 vs. 94,36 ± 23,22; p < 0,0001).

**Conclusiones:** El número de visitas sigue siendo valorado como escaso por los pacientes, pero no así por sus familiares, que han mejorado significativamente su satisfacción pese a mantenerse parte de las restricciones de acceso a la Unidad en el periodo estudiado. Consideramos que puede deberse a una mejor conciliación familiar y a la incorporación de las nuevas tecnologías que les permitan estar informa-

dos y conectados con los pacientes sin desatender sus obligaciones personales.

**015. ANÁLISIS DE SEGURIDAD DEL USO DE MEDICAMENTOS A TIEMPO REAL EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA**

Mayo Canalejo B, Romera García JM, Anguita Montenegro B, Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Pérez Serrano R y Ambrós Checa A

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluación por parte de un equipo multidisciplinar (farmacéuticos, intensivistas y enfermeros) de la seguridad en la prescripción y administración de fármacos en el servicio de Medicina Intensiva (MIV) según las recomendaciones del Institute for Safe Medication Practices (ISMP), con el fin de reducir errores que produzcan daño a los pacientes.

**Métodos:** Estudio observacional, prospectivo y descriptivo en un hospital de tercer nivel entre oct-dic/2022, mediante revisión aleatoria por parte de farmacia de la prescripción electrónica (PE) y gráfica de enfermería (GE) de los pacientes de MIV. Variables: días de estancia, diagnóstico, número de fármacos, sexo y edad. Se estudiaron múltiples medidas (listado en apartado "resultados").

**Resultados:** Incluidos 43 pacientes, 69,8% varones. De media: 62,3 años, 7,3 días de estancia, 10,1 fármacos. Diagnósticos comunes: shock séptico (8), SCASEST (4), politraumatismo (3). Medidas analizadas: discordancia PE/GE: 67,4%. Discrepancias: fármacos no prescritos 49 (60,5% pacientes), errores en PE 8 (18,6%), errores de transcripción a GE 4 (9,3%). Uso de órdenes verbales: 83,7%. Administración incompleta del tratamiento: 16,3% Administración antibiótica en horario incorrecto: 3/29 (10,3%). Discordancia de velocidades de bombas de infusión con GE: 13,9%. Incompatibilidad de fármacos en Y: no se detectó. Discordancia de concentración de diluciones con PE: no se detectó. Fotoprotección de fármacos: 100%. Administración por sonda nasogástrica según guía local: 21/21 (100%) pacientes. Preparación correcta de

diluciones no predefinidas: 100%. Identificación de mezclas: 100%. Identificación de extremos distales de sondas, catéteres y líneas de infusión: 23,2%. Discordancia entre kcal de nutrición enteral administradas y PE: 7/17 (29,4%) pacientes. Ajuste renal de fármacos: 6/8 (75%). Evento adverso medicamentoso (EAM): un posible EAM en 2 pacientes (4,6%). Interacción medicamentosa: no se detectó. Error grave no detectado por el médico: no se detectó. Error de conciliación con el tratamiento domiciliario: 6/43 (13,9%) pacientes.

**Conclusiones:** Entre las discrepancias de PE y GE, el error más habitual fue la no prescripción de fármacos debido, probablemente, al uso generalizado de órdenes verbales. El equipo debatirá los datos estableciendo estrategias de mejora para la seguridad en el uso de fármacos, como el registro electrónico de administración, y los difundirá a los profesionales. Este estudio denota la relevancia de la gestión de riesgos para reducir incidentes relativos a la seguridad del paciente en el ámbito sanitario.

#### 016. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES AÑOSOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Fortet Cortés D, Marcote Denis B y Rivas Gómez-Plana F

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Describir características, motivo de ingreso, evolución y resultados de los pacientes añosos (75 años o más) ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes ingresados desde julio 2021 a diciembre 2022. Se analizaron la edad; sexo; antecedentes personales; motivo de ingreso; necesidad de vasoactivos y dosis; ventilación mecánica invasiva (VMI) y tiempo; necesidad de traqueostomía; fracaso renal y uso de terapia de depuración extrarrenal (TDER); fallo hepático; muerte encefálica (ME); limitación del esfuerzo terapéutico (LET) al ingreso o durante el mismo; tiempo de ingreso en UCI; gravedad y mortalidad.

**Resultados:** Ingresaron 212 pacientes (59,4% hombres y 40,6% mujeres) de edad mediana 78 años (rango intercuartílico [RI] 5), media 78,59 (desviación estándar [DE] 5,6). El 21,7% padecían cardiopatía isquémica (CI); 79,7% hipertensión; 46,7% diabetes; 52,8% dislipemia y 25,6% eran fumadores. El 42,2% ingresó por CI; 12,6% por sepsis; 9,8% por ictus; 7% para cuidados posquirúrgicos; 5,6% por insuficiencia respiratoria (dos de ellos eran COVID); 4,2% por insuficiencia cardíaca; 3,7% PCR recuperada; 3,3% por coma no estructural; 2,8% por arritmias; 2,3% por trauma grave y 1,4% hemorragia digestiva. El 37,3% precisó vasoactivos, el 91,5% solo noradrenalina y el 60,5% < 0,25 µg/kg/min. El 28,8% requirió VMI una mediana de 2 días (RI 7,25) y solo 1,9% fueron traqueostomizados. El 28,4% presentó fallo renal (20,2% AKIN I-II) de los cuales 2,8% precisaron TDER. Presentaron fallo hepático 3,3% y 0,9% ME. El 9% se limitaron al ingreso, 16% durante su estancia y de ellos el 57,1% fallecieron. La estancia en UCI fue de mediana 3 días (RI 3, media 4,82, DE 7,5). La puntuación mediana en la escala de gravedad APACHE-II fue 14 puntos (RI 14, media 15,9, DE 8,9). La mortalidad en UCI fue de 17,5% aunque muy variable en función de la patología, de hecho, en la CI se reduce a 6,74% frente a 100% en PCR. La causa más frecuente de *exitus* fue *shock* séptico refractario (35,1%) seguida de neurológica (31,6%). No obstante, el 71,2% se fueron de alta a domicilio.

**Conclusiones:** Los pacientes añosos se pueden beneficiar de ingreso en UCI si bien la evolución y el resultado son variables y dependen de múltiples factores entre los que destaca la patología de ingreso. Se precisan más estudios para obtener conclusiones más específicas pero nuestros resultados van en consonancia con la directiva de la Asociación Médica Mundial, según la cual “la edad nunca debe utilizarse como base para la discriminación, si bien puede ser un factor relevante para la toma de decisiones médicas”.

#### 017. FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES AÑOSOS INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Marcote Denis B, Fortet Cortés D y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar la relación de diferentes variables con la mortalidad en el subgrupo de pacientes añosos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Se incluyen los pacientes de 75 años o más que ingresan en la unidad desde enero 2021 a diciembre 2022. Se realiza contraste de hipótesis con estadística no paramétrica para analizar la relación entre diversas variables con la mortalidad en la UCI y hospitalaria.

**Resultados:** Ingresaron 212 pacientes (59,4% hombres y 40,6% mujeres) con edad mediana de 78 años (rango intercuartílico 5) de los cuales el 42,9% ingresaron por cardiopatía isquémica. En el contraste de hipótesis con la mortalidad intra-UCI no resultaron estadísticamente significativas la edad (U de Mann-Whitney,  $p = 0,694$ ); el sexo (test de Fisher [TF],  $p = 0,593$ ); la hipertensión arterial (TF,  $p = 0,512$ ); la diabetes *mellitus* (TF,  $p = 0,601$ ); dislipemia (TF,  $p = 0,599$ ) ni fumar (TF,  $p = 0,883$ ). El motivo de ingreso resultó estadísticamente significativo (chi cuadrado [ $\chi^2$ ],  $p = 0,001$ ); al igual que el uso de noradrenalina (TF,  $p = 0,001$ ) la dosis ( $\chi^2$ ,  $p = 0,021$ ); y la intubación orotraqueal (TF,  $p = 0,001$ ) si bien los días de ventilación mecánica y la traqueotomía no resultan estadísticamente significativos (U de Mann Whitney,  $p = 0,088$  y TF,  $p = 0,570$  respectivamente). El fracaso hepático, la disfunción renal, el grado de gravedad por escala AKIN y la necesidad de terapia de depuración extrarrenal (TDER) fueron significativas (TF  $p = 0,001$ , TF  $p = 0,001$ ;  $\chi^2$   $p = 0,028$  y TF  $p = 0,013$  respectivamente). La limitación del esfuerzo terapéutico establecida al ingreso no fue significativa (TF,  $p = 0,213$ ) pero si la limitación durante el mismo (TF,  $p = 0,001$ ). El tiempo de estancia en UCI no resultó significativo (U de Mann Whitney,  $p = 0,844$ ). La gravedad por APACHE-II también tuvo resultado significativo (U de Mann Whitney,  $p = 0,001$ ). Respecto a la mortalidad hospitalaria, solo hubo variación respecto a la mortalidad en UCI respecto al ingreso condicionado en UCI (TF,  $p = 0,011$ ) y los días de ventilación mecánica (U de Mann Whitney,  $p = 0,019$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con VMI, vasoactivos, fracaso hepático o renal y los que presentan APACHE-II a las 48 horas elevado tienen mayor mortalidad en UCI. Los pacientes con más tiempo de VMI presentan también mayor mortalidad hospitalaria. Respecto a la necesidad de traqueotomía, es difícil obtener resultados significativos debido a la baja incidencia en estos pacientes. Se precisa un tamaño poblacional más elevado para poder obtener otras conclusiones.

#### 018. ACTIVIDAD REALIZADA POR LOS INTENSIVISTAS MÁS ALLÁ DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DURANTE LA JORNADA DE GUARDIA

Marcote Denis B, Palomares Nova G y García Arjona R

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Estudio descriptivo de la actividad asistencial realizada durante las jornadas de guardia en áreas hospitalarias externas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en un hospital comarcal.

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes valorados y/o tratados que no ingresan en la UCI. Se incluyen todos los pacientes desde julio de 2021 a diciembre de 2022. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, motivo de consulta, decisión adoptada por el equipo de UCI y tiempo necesario para resolver el caso.

**Resultados:** Se realizaron 936 consultas. El 67,2% de los pacientes eran hombres y 32,8% mujeres, con edad mediana de 66 años, rango intercuartílico (RI) 22, media 63,4 y desviación estándar (DE) 17,2. La causa de consulta más frecuente (21,8%) fue para solicitar técnicas (vía venosa central, drenaje pleural, pericardiocentesis, marcapasos transitorio, revisión de Port-a-Cath y ecocardiografía). En el 82,3% se realizó la técnica y las restantes se desestimaron. El 2º motivo de consulta fue el código ictus (16,1%), de los cuales el 77,8% se desactivaron; en el 10,1% se descartó tratamiento por limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y el 12% se trasladaron para tromboectomía mecánica. Un 15,7% fueron por cardiopatía isquémica de los que 82,5% no tenían criterio médico de ingreso; en 14,9% se decidió LET y 3 pacientes fallecieron en Urgencias. Se consultó por sepsis en 8,9% de casos, de los que 68,2% no precisaban ingreso y 30,7% no eran subsidiarios de medidas invasivas. Un 7,2% fueron consultados por insuficiencia respiratoria de los que 57,7% no precisaban UCI y 42,3% no eran candidatos. En un 7,9% se activó código trauma si bien el 91% se desactivaron, el 2,6% se desestimaron y los restantes se trasladaron al centro de referencia. Otros motivos menos frecuentes fueron arritmias (4,6%), bajo nivel de conciencia (3,6%), parada cardiorrespiratoria (3,6%), COVID (2,1%), crisis comiciales (1,2%), hemorragia digestiva (1,3%), patología abdominal aguda (1,3%) y hemorragia cerebral (1,6%). El 70,6% de las consultas fueron desde Urgencias y el 13,9% de Medicina Interna. El tiempo necesario por caso fue de

mediana 30 minutos (RI 20) y media 35,7 (DE 28,3), con un total de 35,180 horas equivalente a 1,07h al día.

**Conclusiones:** Los intensivistas realizan una destacable labor más allá de la UCI para dar soporte al resto de servicios hospitalarios que repercute en la actividad durante las guardias y que debe ser valorada.

**019. PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN UCI: UNA TAREA DE TODOS**

Nomdedeu Fernández M, Zarza Márquez MM, Pérez Piñero SV, Jiménez Medina D, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Batlles Muñoz de Escalona J y Quintanilla G

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

**Objetivos:** Conocer el nivel de prevención de la enfermedad tromboembólica venosa (ETE) en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye pacientes ingresados durante el año 2022 en la UCI del Hospital Universitario Santa Lucía (HUSL), hospital de segundo nivel que cuenta con un total de 667 camas. Nuestra UCI consta de 27 camas distribuidas en 3 unidades. Desde el año 2018 mantiene la certificación de su Sistema de Gestión de Calidad acorde a los criterios de la Norma ISO 9001:2015. En cuanto a las medidas de trombopprofilaxis, empleamos dos: el uso de fármacos anticoagulantes, siendo el más frecuentemente utilizado la heparina de bajo peso molecular por vía subcutánea, y medias compresivas neumáticas. Para el conocimiento de trombopprofilaxis, se recogían los datos de los pacientes en las historias clínicas mediante el programa IntelliSpace Cuidados Críticos y Anestesia (ICCA). Se excluyeron aquellos ingresados para procedimientos con estancia menor de 24 horas, con indicación de implante de dispositivos cardíacos (marcapasos, desfibrilador automático implantable (DAI)) y estancia menor de 48 horas, con doble antiagregación y movilización precoz, aquellos en situación terminal y limitación del esfuerzo terapéutico y con contraindicaciones del empleo de anticoagulantes y medias compresivas. Para concluir, consideramos un buen cumplimiento alcanzar que al menos el 90% de pacientes, sin criterio de exclusión, recibieron medidas farmacológicas o no, de prevención de la ETE.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 978 pacientes, de los cuales 948 (96,93%) recibieron trombopprofilaxis. De los 32 pacientes sin ningún tipo de profilaxis (3,27%), 2 no presentaban contraindicación para recibir fármacos anticoagulantes (0,2%) y 30 presentaban contraindicaciones para la administración de anticoagulantes (3,07%) pero no para llevar medias compresivas.

**Conclusiones:** Cumplimos el objetivo de que al menos el 90% de nuestros pacientes recibieron trombopprofilaxis. No obstante, es importante analizar aquellos que no llevaron ningún tipo de profilaxis, de los

cuales la gran mayoría presentaban contraindicaciones de fármacos anticoagulantes pero no de llevar medias compresivas. Solo siendo conscientes de estos resultados podremos mejorar con el fin de prevenir la ETE en nuestro servicio.

**020. MOVILIZACIÓN PRECOZ EN LAS UCIS CATALANAS: CORTE DE PREVALENCIA DE UN DÍA**

Murillo Moreno N y Murillo Moreno N

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

**Objetivos:** Describir las prácticas actuales en movilización precoz de los pacientes críticos que recibieron ventilación mecánica invasiva (VMI) > 48 h en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de Cataluña.

**Métodos:** Estudio de prevalencia, observacional, multicéntrico en un único día en 17 UCI catalanas. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que recibieron VMI > 48 h. Se recogieron características de las UCI, datos demográficos de los pacientes, tipo de movilización en función de la vía aérea, causas de no movilización, eventos adversos y diagnóstico de debilidad muscular adquirida en la UCI (DMAUCI).

**Resultados:** Se incluyeron 188 pacientes con una edad media 63 (DE 12,13) años, con un SOFA medio de 6 (0-17). La procedencia fue urgencias (29%) y planta de hospitalización (27%). El principal motivo de ingreso fue la insuficiencia respiratoria (42%) y la principal causa de intubación fue Neumonía por SARS-CoV-2 (42,6%). La mayoría de las UCI (88,2%) disponen de la presencia del fisioterapeuta y en el 70,6% de estas está presente 5 días a la semana. Un 70,6% de las UCI cuentan con un protocolo de movilización precoz. En cuanto a la decisión de movilizar a los enfermos el intensivista participó en el 73% de los casos, fisioterapeuta (61%) y enfermería (59%). Los profesionales que más frecuentemente movilizaron a los pacientes fueron el fisioterapeuta (82%) y la enfermería (79%). Se evaluó la DMAUCI en 93 (49,5%) pacientes; de estos un 85% se diagnosticaron de DMAUCI. Del 50,5% de los no evaluados, el 61% tenían un RASS < -2. El 87,2% de los pacientes fueron movilizados un total de 301 movilizaciones, 249 en cama y 52 fuera de la cama (83 vs. 17%, p < 0,05). En cuanto a las movilizaciones en función de la vía aérea las movilizaciones activas (20 vs. 12%, p = 0,002), el control de tronco (7 vs. 1%, p = 0,001) y la sedestación en silla (10 vs. 3%, p = 0,001) fueron más frecuentes en pacientes traqueostomizados respecto a los intubados. En el resto de movilizaciones no hubo diferencias significativas entre ambos grupos. De los 12,8% de los pacientes que no fueron movilizados la principal causa fue respiratoria seguida de inestabilidad hemodinámica.

**Conclusiones:** La movilización fuera de la cama en los pacientes con ventilación invasiva es baja, siendo el grupo con tubo endotraqueal el menos movilizado. Los pacientes sin movilización tienen en su mayoría contraindicación para realizarla.

Figura Póster 019

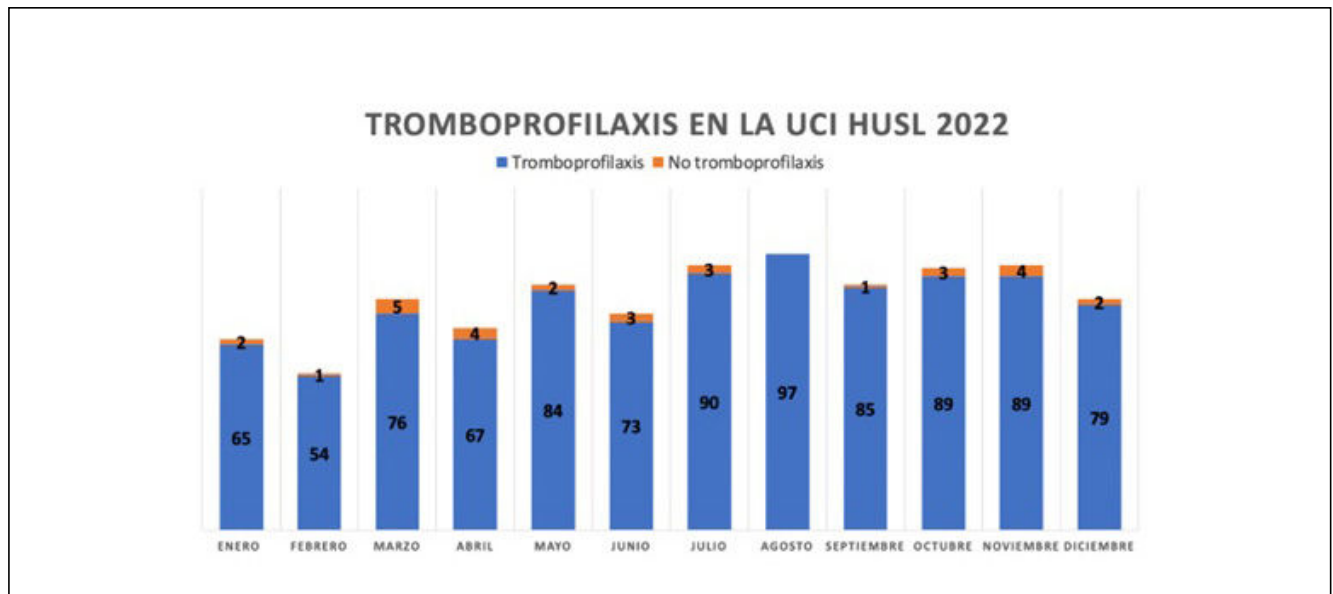


Figura 1 Póster 020

Level of mobilization	Airway type			p
	TOTAL N= 301 n(%)	TRACHEOSTOMY N= 221 n(%)	ENDOTRACHEAL TUBE N= 80 n(%)	
In bed	249 (83)	173 (78)	76 (95)	
Turning in bed	77 (25)	43 (19)	34 (42)	p = 0,50
Passive mobilization	69 (23)	43 (19)	26 (33)	p = 0,37
Active mobilization	54 (18)	44 (20)	10 (12)	p = 0,002
Sitting in bed	29 (10)	25 (11)	4 (5)	p = 0,05
Spine control	15 (5)	14 (7)	1 (1)	p = 0,001
Sitting on edge of bed	5 (2)	4 (2)	1 (1)	p = 0,76
Mobilized out of bed	52 (17)	48 (22)	4 (5)	
Sitting out of bed	26 (9)	24 (10)	2 (3)	p= 0,001
Standing out of bed	9 (3)	8 (4)	1 (1)	p = 0,25
Walking	4 (1)	4 (2)	0 (0)	p = 0,36
Cicloergometry	13 (4)	12 (6)	1 (1)	p = 0,062

Figura 2 Póster 020

	No airway N=23 n(%)	Tracheostomy N=107 n(%)	Endotracheal tube N=57 n (%)	NIV N=1 n(%)
Pain	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	
Out of care unit	1 (4,3%)	2 (1,9%)	0 (0%)	
Respiratory origin		3 (2,8%)	3 (5,3%)	1 (100%)
COMA		1 (0,9%)	3 (5,3%)	
Hemodynamic instability		2 (1,9%)	5 (8,8%)	
No mobilization		2 (1,9%)	2 (3,5%)	
Femoral traction		1 (0,9%)	0 (0%)	
Unknown		1 (0,9%)	1 (1,8%)	
Contraindicated			2 (3,5%)	
Intracranial hypertension			5 (8,8%)	
Respiratory failure			1 (1,8%)	
Therapeutic load correction			2 (3,5%)	
Prono position			1 (1,8%)	
Sedation			3 (5,3%)	

**021. PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTANEA SIN LESIÓN SUBYACENTE. ¿BAJAMOS LA ESTANCIA?**

Manglano Clavero M

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

**Objetivos:** La HSAe sin lesión causal subyacente ha sido descrita como más benigna y de mejor pronóstico que la que tiene una lesión responsable del sangrado. Aun así, la no identificación de una lesión tratable genera incertidumbre sobre su evolución y decisión del mejor momento para su traslado a planta, manteniendo al paciente en un entorno con exceso de estímulos sonoros, visuales y poca tranquilidad. El análisis de estos pacientes puede ayudarnos a tomar dicha decisión.

**Métodos:** Realizamos un estudio analítico, observacional y prospectivo de pacientes con HSAe ingresados en nuestra UCI (38 camas, hospital de 3er nivel) del 01/2013-09/2022. Comparamos los que presentaban lesión subyacente con los que no la tenían. Analizamos variables demográficas, clínicas, tratamientos, complicaciones, escalas pronósticas, estancia y reingreso en UCI. Para el análisis de las variables cualitativas utilizamos test Chi cuadrado y para las cuantitativas U de Mann Whitney.

**Resultados:** Ingresaron 443 pacientes (60% mujeres) de edad media 56,7 a. (15-90 a). En 100 pacientes (22,6%) no se identificó lesión responsable del sangrado. 343 pacientes restantes presentaron: 73% aneurisma, 3,2% MAV, 0,9% a. micótico y 0,2% otra lesión. Los pacientes con HSAe sin lesión tuvieron estancia media de 4,2 días (DE 3,5) significativamente menor que los que tenían lesión (8,7 d. DE 6,5). Tras analizar distintas variables, observamos que existían diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ), siendo el grupo de HSA sin lesión: Clínica y situación neurológica al ingreso: mayor presencia de cefalea y rigidez de nuca, menor pérdida de conciencia y posible convulsión, mejor GCS (media: 14 vs. 11,7), menor APACHE II (9,2 vs. 12,6), Hunt-Hess, WFNS. Sangrado en TAC: menor Fisher y GRAEB. Complicaciones: menos vasoespasmo, convulsiones, hidrocefalia, hipertensión intracraneal e infecciones. Tratamiento aplicado: menos vasopresores, hipotensores, anticonvulsivantes, terapia hiperosmolar y craniectomía. Evolución y pronóstico al alta y al año: menor mortalidad (4 vs. 21,2%), menos reingresos (1,1 vs. 10,9%) y mejor GCS y GOS.

**Conclusiones:** Nuestros pacientes con HSAe sin lesión subyacente están menos graves, con menos complicaciones, mejor evolución y menos reingresos. En vista de la evolución más benigna podríamos plantear acortar, con cierta seguridad, su estancia en UCI.

**022. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES CIRRÓTICOS QUE INGRESAN EN UCI**

Macías Clemente J, Delgado Mesa P, Martínez Fernández CE, Armenta López GP, Gallego Lara SL y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos:** Analizar la supervivencia a largo plazo de pacientes cirróticos ingresados en UCI, valorando los factores asociados.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 2011 a 2022 de pacientes críticos con cirrosis hepática ingresados en UCI de un hospital comarcal. Variables: demográficas, escalas de gravedad, motivo de ingreso, fallo renal, uso de ventilación mecánica (VM) y reemplazo renal (TDER), y mortalidad en UCI, hospital y a largo plazo. Variables cuantitativas con mediana y cuartiles. Se usó  $\chi^2$  o test de Fisher, la U de Mann-Whitney, curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y test de log rank, y análisis multivariante con regresión de Cox, con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizan 109 ingresos de 99 pacientes, de edad 62 (53-70) años y 24,8% de mujeres. Un APACHE II de 24 (17-28), SOFA de 8 (6-11) y Child-Pugh A (2,8%), B (47,7%) y C (49,5%). El motivo de ingreso se relacionó con la cirrosis en 64 (58,7%) casos (30 hemorragia digestiva [HDA], 11 fallo hepático agudo sobre crónico, 9 fallo renal agudo, 14 otros) y no lo estuvo en 45 (9 neumonía, 8 sepsis abdominal, 8 shock séptico, 20 otros). Hubo fallo renal agudo en un 56%, con TDER en 17 (15,6%) casos y se usó VM invasiva en 72 (66,1%) casos. La estancia en UCI fue 6 días (3-10). A largo plazo, 5 pacientes recibieron trasplante hepático. La mortalidad en UCI fue de 47 (43,1%) y en el hospital de 54 (49,5%). En las curvas de K-M, hay mayor mortalidad con fallo renal agudo ( $p < 0,001$ ) y en sometidos a TDER ( $p < 0,001$ ), y mayor supervivencia en los que ingresan por HDA ( $p = 0,01$ ). En el análisis de regresión de Cox, las variables asociadas con mayor mortalidad fueron el fallo renal agudo [HR 2,14 (IC95% 1,33-3,44)] y la necesidad de TDER [HR 2,04 (IC95% 1,12-3,69)].

**Conclusiones:** La mortalidad de los pacientes cirróticos en UCI es elevada pero no debería contraindicar su ingreso, siendo factores de

riesgo el fallo renal y la necesidad de depuración extrarrenal. El ingreso por hemorragia digestiva tiene una mejor supervivencia a largo plazo.

**023. DETECCIÓN PRECOZ DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS POR EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

Díaz Díaz D, Villanova García M, Gonzalo Somoza G y Palencia Herrejón E

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

**Objetivos:** Detectar pacientes oncológicos susceptibles de ingreso en UCI mediante un equipo multidisciplinar onco-críticos, así como establecer el nivel de tratamiento óptimo, evitando ingresos inapropiados e inesperados.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional en un centro de segundo nivel, que incluye pacientes mayores de 18 años con cáncer sólido ingresados en el hospital desde octubre/2022-enero/2023 con posibilidad de deterioro clínico y susceptibles de ingreso en UCI, evaluados semanalmente por un equipo de Oncología y Medicina Intensiva, determinando el nivel de soporte en UCI. Se recogieron edad, sexo, comorbilidad, lugar de procedencia, duración de la estancia hospitalaria previa a la evaluación conjunta, tipo y extensión del cáncer, situación funcional, motivo de ingreso en el hospital, modalidad de ingreso y nivel de soporte máximo en UCI (máximo esfuerzo, ingreso condicionado, terapia limitada y terapia paliativa) así como desenlace al alta hospitalaria.

Tabla 1. Características demográficas y motivo de ingreso.

Características demográficas	N (%)
Edad (media, DE)	65,9 (9,75)
Sexo femenino	40%
<b>Comorbilidad</b>	
EPOC	50%
HTA	35%
Cardiopatía	25%
DM	20%
Nefropatía	5%
Hepatopatía	5%
<b>ECOG modificado</b>	
0-1	60%
2	40%
3-4	0
Días de estancia en hospital (mediana+DE)	6 (4,95)
<b>Procedencia</b>	
Urgencias	20%
Planta	80%
<b>Motivo de ingreso</b>	
Insuficiencia Respiratoria Aguda	60%
Neumonía COVID-19	10%
Neumonía nosocomial	20%
ICC	30%
Sepsis/Shock Séptico	30%
Fracaso Renal	5%
Trastorno hidroelectrolítico	5%

Tabla 2. Estado y Extensión del cáncer

Estado	N (%)
Inducción	20%
Progresión	50%
Estable	10%
Remisión	20%
<b>Extensión</b>	
Regional	9(45%)
Metástasis	11(55%)

Figura 3 Póster 023



**Resultados:** De un total de 126 pacientes oncológicos ingresados durante el periodo del estudio se consideraron susceptibles de ingreso en UCI 20 pacientes. Las características y el motivo de ingreso se recogen en la tabla 1. El tipo de tumor, estadio y extensión se muestra en la figura 1 y tabla 2, respectivamente. Inicialmente se realizó terapia intensiva en planta (ajuste de volemia, ajuste de terapia antibiótica), con ingreso programado en UCI de tan solo 4 pacientes (20%). La gravedad de los pacientes que ingresaron en UCI fue moderada (SOFA 8. APACHE II 12). En la figura 2 se muestra la modalidad de ingreso en UCI, siendo el nivel de soporte máximo la administración de aminas vasoactivas y oxigenoterapia alto flujo; ningún paciente requirió de ventilación mecánica invasiva. La estancia media en UCI fue de 3 días (1-6), siendo la mortalidad en UCI de un solo paciente (5%) y se estableció orden de no reingreso en UCI en un paciente (5%). La mortalidad hospitalaria fue del 10%.

**Conclusiones:** La evaluación conjunta por el equipo multidisciplinar onco-críticos permite seleccionar pacientes que se beneficiarían de su ingreso en UCI, intensificar y facilitar el tratamiento intensivo en planta, así como establecer el tratamiento de soporte acorde con la situación funcional, estado y extensión del tumor, comorbilidad y gravedad del paciente, evitando ingresos inapropiados e inesperados en UCI.

APACHE II (7 Vs 10 pto;  $p = 0,002$ ). El grupo de VMI tuvo más días de ingreso en UCI (16 [12-26] vs. 4 [2,5-4,5],  $p < 0,001$ ) y en el hospital (30 [22-45] vs. 13,5 [10-20],  $p < 0,001$ ). Al año de seguimiento los pacientes con VMI presentaron mayores problemas de movilidad que los que no recibieron VMI (53,23 vs. 20,83%,  $p = 0,032$ ) y presentaban una menor incorporación a su actividad habitual (62,9 vs. 87,5%,  $p = 0,026$ ). Los otros aspectos del cuestionario EQ-5D-5L no presentaron diferencias estadísticas. El análisis de los pacientes con VMI no mostró diferencias relacionadas con el tiempo de VMI.

**Conclusiones:** La necesidad de VMI en nuestra cohorte se asoció a mayores problemas de movilidad y menor reincorporación a las actividades habituales. El tiempo de ventilación mecánica de los pacientes ventilados no impactó en la calidad de vida al año de seguimiento.

## Pósteres orales

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS I

08:30-10:00 h. SALA CONFERENCIAS 2.2

#### 024. IMPACTO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SUPERVIVIENTES AL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR SARS-CoV-2 (C-ARDS)

Rodríguez Villamizar P, Morales Varas G, Gómez Cano I, Márquez Doblaz M, Cuadra Calahorra A, Vecino Montoya M, Alonso Gómez G, Carneiro Pereda P, Alonso Ciria E y Pais Sánchez-Malingre V

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

**Objetivos:** Evaluar el impacto del uso de ventilación mecánica invasiva sobre la calidad de vida al año de seguimiento de los supervivientes al síndrome de distrés respiratorio agudo por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Se realizó una entrevista telefónica al año del ingreso a los pacientes que sobrevivieron a la enfermedad crítica por SARS-CoV-2 en el periodo comprendido entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, categorizados según la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) o no. Para evaluar la calidad de vida se utilizó la herramienta EQ-5D-5L y la escala visual analógica euroQoL. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes, se realizó su comparación mediante la prueba de  $\chi^2$ . Las variables continuas se expresan en medianas y rango intercuartílico (RIQ) y se compararon mediante la prueba de U de Mann Whitney (Kruskal Wallis si la variable dependiente tenía 3 o más categorías). Se utilizó un nivel de significancia del 5 bilateral. El análisis se realizó utilizando STATA versión 13<sup>®</sup> (StataCorp LCC).

**Resultados:** Al año de seguimiento 99 pacientes completaron los criterios de inclusión, de los cuales 7 (7,07%) fallecieron, sin diferencias estadística entre los grupos. De los 86 pacientes encuestados, el 72% requirió ventilación mecánica invasiva (VMI). La mediana de edad fue de 59 (50-68) años y el 61,62% eran hombres, sin diferencias estadísticas entre los grupos. Los pacientes con VMI presentaban más comorbilidades con Charlson score de 2 (1-3) vs. 1 (0-2,5) pto,  $p = 0,038$ ; además tuvieron mayor insuficiencia respiratoria al ingreso (PAFI 103 Vs 136;  $p < 0,001$ ) y mayor gravedad definida por SOFA (4 Vs 3 pto;  $p = 0,001$ ;

#### 025. SEGURIDAD, EFICACIA Y FARMACOCINÉTICA DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM FRENTE A MEROPENEM EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA INCLUYENDO PIELONEFRITIS

Lita J

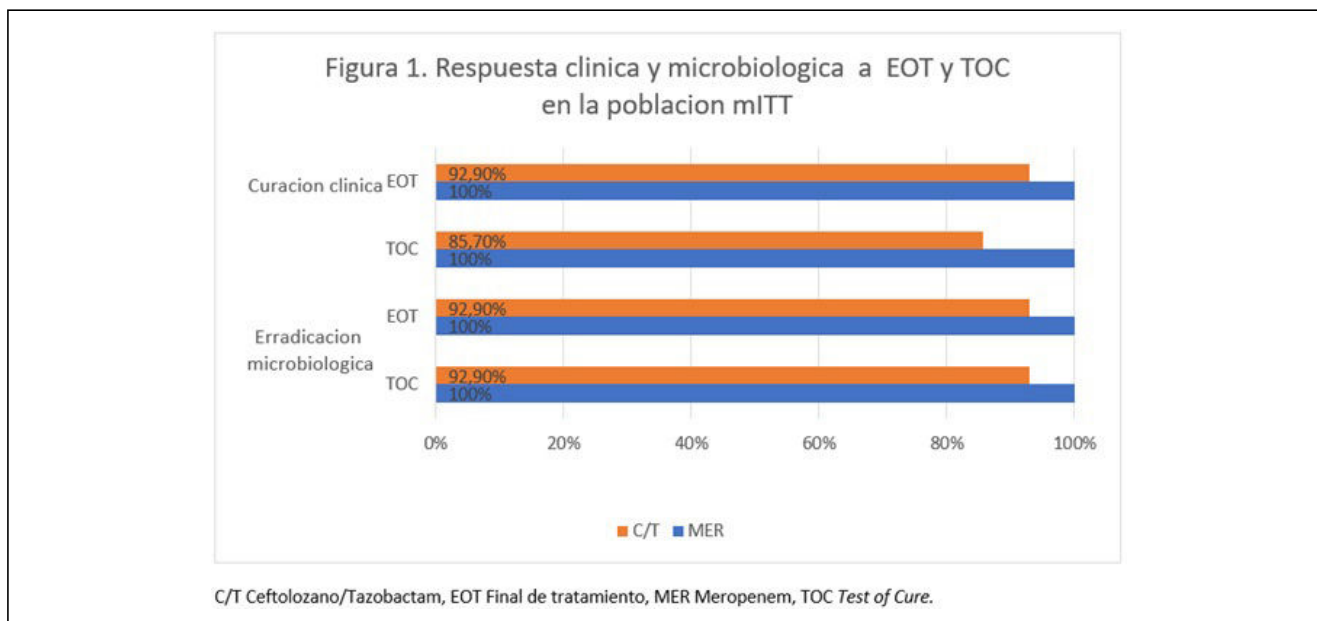
MSD, Madrid.

**Objetivos:** Cefotolozano/tazobactam (C/T) es una combinación cefalosporina/Inhibidor de  $\beta$ -lactamasas aprobada para tratar infecciones del tracto urinario complicadas (ITUc), incluyendo pielonefritis, infecciones intraabdominales complicadas (IIAc) y neumonía nosocomial en adultos (NN). Este estudio evaluó la seguridad, la eficacia y la farmacocinética (FC) de C/T en comparación con meropenem (MER) en recién nacidos y lactantes menores de 3 meses con ITUc, incluyendo pielonefritis.

**Métodos:** Se evaluaron los participantes desde el nacimiento hasta < 3 meses de edad de un estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego (NCT03230838). El tratamiento (20/10 mg/kg de ceftolozano/tazobactam o 20 mg/kg de MER [aleatorizados 3:1]) IV cada 8 horas durante 7-14 días. El objetivo primario fue la tasa de efectos adversos (EA) en todos los participantes tratados. Los objetivos secundarios fueron la curación clínica y la erradicación microbiológica en las visitas final del tratamiento (EOT) y Test of Cure (TOC). Como objetivos exploratorios se analizaron los parámetros farmacocinéticos y la exposición farmacocinética post hoc que se utilizando modelos farmacocinéticos poblacionales. Se recogieron muestras de sangre para la determinación de la farmacocinética en plasma en el 3<sup>er</sup> de dosificación al finalizar la infusión, de 4 a 5 horas después del inicio de la infusión y 7 a 8 horas después del inicio de la infusión (antes de la siguiente dosis). Se utilizó NONMEM versión 7,4.4 (ICON plc) para desarrollar modelos farmacocinéticos po-



Figura Póster 025



blacionales de C/T utilizando datos farmacocinéticos plasmáticos; la edad estaba entre las covariables incluidas.

**Resultados:** Los patógenos aislados con mayor frecuencia incluyeron *E. coli*, *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*. Las tasas de EA relacionados con el fármaco fueron de 26,7% para C/T y 16,7% en MER, y las de EA graves del 6,7% para C/T y 0% en MER. Las tasas de curación clínica y erradicación microbiológica fueron altas en ambos grupos de tratamiento en la visita EOT como en la TOC (fig.).

**Conclusiones:** C/T logró altas tasas de curación clínica y erradicación microbiológica y tuvo un perfil de seguridad favorable. El análisis farmacocinético indicó que la variabilidad en la exposición a C/T es de baja a moderada.

**026. FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE INFECCIONES POR GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES, EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA DURANTE 11 AÑOS**

Sánchez Ramírez C<sup>1</sup>, Hípola Escalada S<sup>1</sup>, Morales Sirgado RE<sup>1</sup>, Tout Castellano M<sup>1</sup>, Roldán Furelos L<sup>1</sup>, Lara Franco L<sup>1</sup>, Hernández Viera MA<sup>1</sup>, López Domínguez A<sup>1</sup>, Saavedra Santana P<sup>2</sup> y Ruiz Santana S<sup>1</sup>

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

**Objetivos:** Identificar los factores asociados con el desarrollo de infecciones nosocomiales (IN) por gérmenes multirresistentes (GMR) en pacientes con IN en una UCI tras 11 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

**Métodos:** Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron IN desde 1 octubre de 2010 a 30 de septiembre 2022 en una UCI polivalente. Se utilizó como criterios diagnósticos los del ENVIN-HELICS. Se aplicó DDS a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a desarrollo de IN por GMR descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de INs fueron los del ENVIN-Helics Se realizó un análisis univariado y un análisis logístico multidimensional de GMR. Se consideró estadísticamente significativo si  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** De un total de 9.512 pacientes que ingresaron desarrollaron 307 IN por GMR de un total 890 con infecciones nosocomiales. En el análisis univariado (tabla 1). Los pacientes con GMR tuvieron mayor estancia ( $p < 0,001$ ) y mortalidad en UCI ( $p = 0,003$ ). Entre los GMR responsables de las infecciones los gérmenes con beta-lactamasa de espectro

extendido (BLEE) (71%) y la *Pseudomonas* multirresistente (23%) fueron los más frecuentes. La infección nosocomial más frecuente por GMR fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). Los factores independientes protectores de desarrollo de INs asociados a GMR, en el análisis multivariado, fueron pacientes traumáticos, pacientes coronarios y la propia DDS: OR 0,359 (0,237,0,543) con  $p < 0,001$  (tabla 2).

	Pacientes con Gérmenes multirresistentes		P
	No N = 583	Si N = 307	
Edad	60.6 ± 14.7	62.1 ± 13.5	0.14
APACHE II	20.3 ± 7.8	21.5 ± 7.4	0.026
DDS	534 (91.6)	247 (80.5)	< .001
Sexo varón	385 (66.0)	203 (67.9)	0.969
Paciente Traumático	72 (12.3)	22 (7.2)	0.017
Paciente coronario	138 (23.7)	46 (15.0)	0.002
Crugía urgente	148 (25.4)	71 (23.2)	0.464
Inmunosupresión	59 (10.1)	43 (14.1)	0.08
Neutropenia	18 (3.1)	17 (5.6)	0.072
Inmunodepresión	3 (0.5)	3 (1.0)	0.42
NP	119 (20.4)	71 (23.2)	0.335
TRR	211 (36.2)	131 (42.7)	0.062
Desnutrición	45 (7.7)	39 (12.7)	0.016
Diabetes	170 (29.2)	103 (33.5)	0.177
Insuficiencia renal crónica	103 (17.7)	76 (24.8)	0.012
Cirrosis	20 (3.4)	21 (6.9)	0.02
Necroplasia	55 (9.4)	28 (9.1)	0.879
NAVM	200 (34.3)	128 (41.7)	0.03
BRC	210 (36.2)	114 (37.1)	0.785
Bacteriemia secundaria	128 (22.0)	101 (33.0)	< .001
Infección de orina	147 (25.3)	91 (29.6)	0.16
ATB 48 horas antes ingreso	147 (25.3)	90 (29.5)	0.319
EXITUS	185 (31.7)	128 (41.7)	0.003
ACINETOBACTER	0	21 (6.9)	< .001
SAMR	0	15 (5.1)	< .001
BLEES	0	226 (71)	< .001
PSEUDOMONAS MR	0	73 (23.0)	< .001
BGN MR	0	45 (13.3)	< .001
Tipo paciente			0.021
Médico	403 (69.1)	239 (78.1)	
Crugía programada	81 (13.8)	35 (11.5)	
Crugía urgente	99 (17.0)	32 (10.5)	
Respuesta inflamatoria			< .001
No sepsis	23 (3.9)	6 (2.0)	
Sepsis	128 (22.0)	46 (15.0)	
Shock séptico	432 (74.1)	255 (83.0)	
Días en UCI	29 (17.46)	44 (29.69.5)	< .001

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RQ). DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicín resistente; BLEE: beta-lactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacilo Gram Negativo multirresistente.

Tabla 2. Análisis de Regresión logística Múltiple de GMR

	P	Odd-Ratio (IC-95%)
Paciente Traumático	0.002	0.433 (0.259,0.726)
Paciente coronario	<.001	0.517 (0.356,0.752)
DDS	<.001	0.359 (0.237,0.543)

GMR: Gérmen multiresistentes, TRR: técnica de reemplazo renal, DDS: Descontaminación digestiva Selectiva

**Conclusiones:** En nuestra UCI la DDS fue un factor protector independiente estadísticamente significativo de desarrollo de infecciones nosocomiales por GMR. Otros factores independientes fueron: pacientes traumáticos y pacientes coronarios. Los pacientes con infecciones por GMR tuvieron mayor estancia y mortalidad en UCI. Las GMR más frecuentes fueron los BLEE y la *Pseudomonas MR*.

**027. CAMBIOS EN EL ESCENARIO DE LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS CON VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE LOS AÑOS DE PANDEMIA. DATOS DEL REGISTRO ENVIN**

Álvarez Lerma F<sup>1</sup>, Mas Bilbao N<sup>2</sup>, Catalán González M<sup>3</sup>, Nuvials Casals X<sup>4</sup>, Gracia Arnillas MP<sup>1</sup>, Gimeno Costa R<sup>5</sup>, Lobo Palanco J<sup>6</sup> y Escriba Bárcena A<sup>7</sup>

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

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes críticos con neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) durante el segundo y tercer año de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 así como las características de dichas NAVM.

**Métodos:** Registro prospectivo, multicéntrico y de carácter voluntarios. Se han incluido para su análisis los pacientes ingresados de las UCI que han aportado información del número de NAVM y días de ventilación mecánica (VM) a la base de datos del Proyecto Neumonía Zero durante 13 o más meses entre el 1 de enero de 2021 al 30 de junio del 2022 (incluidos 6 meses de periodo de ENVIN completo). Se describen las características de los pacientes con NAVM, su impacto clínico y los cambios en la densidad de incidencia (DI) y en las etiologías. Análisis descriptivo. Se presentan las variables numéricas como medias y las cualitativas como porcentaje.

**Resultados:** Se registraron en 3.624 pacientes con 4.339 episodios de NAVM en 147 UCI de 16 CCAA. Total de 513.834 días de VM con una DI de 8,44 episodios por 1.000 días de VM. Los pacientes con NAVM fueron predominantemente hombres (73,8%), con edad media de 60,8 años y APACHE II al ingreso de 16,8. La estancia media en UCI fue de 36,5 días y la mortalidad intra-UCI del 40,6%. Las NAVM se presentaron como shock séptico en el 19,1% de los casos. En la etiología han predominado *Pseudomonas aeruginosa* (19,9%), *Staphylococcus aureus* (15,1%) y *Klebsiella pneumoniae* (8,2%). Se ha observado un importante incremento de *Aspergillus spp* (7,3%) que ha ocupado el cuarto lugar.

**Conclusiones:** Se observa un importante incremento de la DI-NAVM y del número de pacientes con dos o más NAVM respecto a lo observado en años previos. Elevado aumento de tiempo de VM y mortalidad intra-UCI de los pacientes con NAVM. Alarmante presencia de *Aspergillus spp* como responsable de NAVM.

**028. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA “DIFÍCIL DE TRATAR”**

Seises García I, Rodríguez Aguirregabiria M, Asensio Martín MJ, Rodríguez Ayala M y Añón Elizalde JM

Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid.

**Objetivos:** Identificar factores de riesgo relacionados con la mortalidad en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica por *Pseudomonas aeruginosa* “difícil de tratar”.

Figura Póster 028

Tabla 1. Análisis univariante de mortalidad en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica por *P. aeruginosa*.

N = 87	Vivos	Exitus	OR	p
Edad	57,3 (±12,3)	62,7 (±10,9)	--	0,03
<b>Sexo</b>				
Hombre	34 (39%)	34 (39%)	1,7	0,3
Mujer	12 (14%)	7 (8%)		
<b>Motivo de ingreso</b>				
Otras patologías	27 (30%)	11 (13%)	3,9	0,03
SDRA por SARS-CoV-2	19 (22%)	30 (34,5%)		
<b>Comorbilidades</b>				
Índice de Charlson (≥3)	15 (17%)	26 (30%)	3,6	0,04
<b>Soporte extracorpóreo</b>				
ECMO	1 (1%)	6 (7%)	7,8	0,03
TDR	2 (2%)	6 (7%)	3,7	0,097
<b>Criterios gravedad:</b>				
APACHE II (≥15) al ingreso UCI	28 (32%)	20 (23%)	0,6	0,25
NAV con shock séptico	19 (25%)	29 (39%)	3	0,02
NAV con SOFA (≥7)	16 (22%)	30 (42%)	3,9	0,07
<b>Complicaciones infecciosas:</b>				
Micosis invasiva*	5 (6%)	8 (9%)	2	0,259
Bacteriemias foco no respiratorio	10 (11,5%)	20 (23%)	3,4	0,008
Portador carbapenemasa	7 (8%)	13 (15%)	2,6	0,068
<b>Tratamiento:</b>				
Tratamiento inapropiado **	7 (10%)	15 (21%)	2,4	0,097

SDRA: Síndrome de distrés respiratorio del adulto. NAV: Neumonía asociada a ventilación mecánica. TDR: Terapia de depuración extrarrenal. \*Se incluyen candidemias y probable aspergilosis pulmonar. \*\* Criterios Tamna. PD. Clin Infect Dis. 2022.

**Métodos:** Análisis retrospectivo desde abril del 2018 a agosto del 2022. Los datos fueron obtenidos del registro ENVIN-HELICS y revisión de la historia clínica electrónica. Se realizó análisis univariante y regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes que desarrollaron al menos una infección respiratoria asociada a ventilación mecánica (82 neumonías y 49 traqueobronquitis). Cuarenta y nueve (56,3%) ingresaron por síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) por SARS-CoV-2 y treinta y ocho (43,6%) por otras causas, predominando los neurocríticos. La estancia fue de 52 días (RIC: 31-77). APACHE II: 15,57 ± 6,8 puntos. Treinta y cinco (40%) desarrollaron infección recurrente y 12 (13,7%) dos episodios de neumonía consecutivos. Las resistencias en la primera infección a ceftazidima, piperacilina-tazobactam y meropenem fueron del 33,7%, 33,7% y 33,7%, respectivamente y en la segunda del 51,4%, 60% y 57%. Nueve pacientes (10%) desarrollaron un tercer episodio (todas traqueobronquitis) siendo resistentes el 75%, 62,5% y 87,5%, respectivamente. Se detectaron 17 (12,9%) infecciones con resistencia a los nuevos antibióticos (9 a ceftalozano-tazobactam y 6 a ceftazidima-avibactam). No se detectó ninguna resistencia a cefiderocol. Treinta (34,4%) desarrollaron bacteriemias por otros microorganismos de foco no respiratorio y se registraron 13 episodios de micosis invasivas. La mortalidad global fue del 47,1%. En la tabla 1 se muestra la asociación con las variables analizadas. En el análisis de regresión logística se encontró que aquellas que de forma independiente se asociaron con la mortalidad fueron: Í. de Charlson  $\geq 3$  (OR 3,8; IC: 1,3-10,7;  $p = 0,01$ ), ingreso por SDRA SARS-CoV-2 (OR 4,4; IC: 1,5-12,9;  $p = 0,06$ ), desarrollo de una bacteriemia de foco distinto del respiratorio (OR 3,9; IC: 1,3-11,8;  $p = 0,01$ ) y la necesidad de terapia de depuración renal (OR 6,2; IC: 0,93-41,6;  $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los factores de riesgo de mortalidad en pacientes críticos con neumonía asociada a ventilación mecánica por *P. aeruginosa* son: el SDRA por SARS-CoV-2, el índice de Charlson ( $\geq 3$ ), las bacteriemias por otros microorganismos de foco no respiratorio y la necesidad de TDR.

### 029. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASIVOS. RETORNO A LA NUEVA NORMALIDAD. INFORME ENVIN 2022

Gracia Arnillas MP<sup>1</sup>, Álvarez Lerma F<sup>1</sup>, Nuvials Casals X<sup>2</sup>, Gimeno Costa R<sup>3</sup>, Mas Bilbao N<sup>4</sup>, Lobo Palanco J<sup>5</sup>, Catalán González M<sup>6</sup> y Escribá Bárcena A<sup>7</sup>

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

**Objetivos:** Describir las tasas y etiologías de las distintas infecciones relacionadas con dispositivos invasores (IDRI) en pacientes ingresados en UCI durante los periodos de vigilancia del registro ENVIN en los años 2021-22.

**Métodos:** Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido los pacientes ingresados en UCI más de 24 horas e introducidos en el registro ENVIN entre el 1/04 y 30/06 2021-22. Se han controlado neumonías relacionadas con ventilación mecánica (N-VM), bacteriemias relacionadas con catéter venoso central (BP-CVC) e infecciones del tracto urinario relacionadas con sonda uretral (ITU-SU) siguiendo las definiciones disponibles en el manual del registro ENVIN. Se calculó la densidad de incidencia (DI) de cada infección

en relación a los días del factor de riesgo asociado y se expresó como "episodios por 1000 días del factor de riesgo" y se comparan con las DI y etiologías del periodo ENVIN del año 2019 y 2020 ( $p < 0,05$  significativo).

**Resultados:** En los dos periodos analizados se han incluido 20,169 y 25,132 pacientes procedentes de 180 y 221 UCI respectivamente. En la tabla se incluyen las tasas globales de IDRI y las DI de las infecciones controladas. La etiología de las N-VM se ha mantenido sin cambios en los cuatro periodos comparados predominando *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* MS y *Klebsiella pneumoniae*. La etiología de la ITU-SU se ha modificado durante los dos años 2020 y 2021 ocupando el primer lugar *Enterococcus faecalis*, seguido de *Escherichia coli*, *P. aeruginosa* y *Candida albicans*, en comparación con los años 2019 y 2022 donde *E. coli* ha sido la causa más frecuente. En BP-CVC, *S. epidermidis* se ha mantenido en primer lugar en los cuatro periodos, adquiriendo más protagonismo los enterococos.

**Conclusiones:** Descenso significativo de la DI de cada una de las IDRI controlada tras la pandemia por COVID-19. Cambios en la etiología de las ITU-SU y BP-CVC con incremento de aislamiento de flora endógena en la que predominan los CGP.

### 030. REACTIVACIÓN DE CMV EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2. ES MOMENTO PARA SU SOSPECHA

Ruiz de Santaquiteria Torres V, Chas Brami W, Fernández Tobar R, Estrella Alonso A, Arriero Fernández N, Rubio Arroyo MM, Castiñeiras Amor B, Copa Morales JP, Romo Gonzales JE y Silva Obregón JA  
Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** La reactivación de citomegalovirus (CMV) en el paciente crítico ingresado en UCI es una patología que debemos tener en nuestro diagnóstico diferencial, y en especial en aquellos ingresados por COVID-19. Con el objetivo de evaluar la precocidad de la reactivación del CMV en estos pacientes, quisimos describir su incidencia y el tiempo hasta su diagnóstico.

**Métodos:** Estudio descriptivo (febrero-2020 a diciembre-2022) en pacientes ingresados por COVID-19 grave en UCI. Se evaluaron datos socio-demográficos, gravedad, tiempo hasta diagnóstico de infección por CMV y tipo de muestra. Se solicitó una prueba diagnóstica en pacientes con alteración hematológica, hepática, fiebre y/o fallo respiratorio persistente o de nueva aparición sin causa aclarada. Diagnóstico mediante PCR en plasma y/o lavado broncoalveolar (LBA). Variables categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes; cuantitativas como mediana y rango intercuartílico.

**Resultados:** Del total de 295 pacientes ingresados por neumonía grave por COVID-19 en UCI, al 42,4% (125) se le solicitó una PCR para CMV. La mediana de tiempo desde ingreso en UCI hasta la sospecha fue de 9 días y de 20 días desde el inicio de los síntomas. Se realizó PCR en LBA al 61,6% (77), en plasma al 77,6% (97) y ambas al 29,2% (49) de los pacientes. La incidencia de reactivación por CMV en los pacientes con sospecha fue del 40% (50). PCR positivas en LBA un 28,6% (22); en plasma el 46,4% (45); ambas en el 34,7% (17) de los casos (fig.).

**Conclusiones:** En nuestra serie, la mediana de tiempo hasta la sospecha fue de 9 días, 20 días desde el inicio de los síntomas. La incidencia de reactivación por CMV fue del 40%, en aquellos en los que se sospechó. En el paciente ingresado en UCI por neumonía grave por COVID-19 se debe buscar precozmente la reactivación de CMV.

Tabla Póster 029

	2019	2020	2021	2022
IRDI/100 pacientes *	1.361 (4,76)	2.510 (17,32)	2.896 (14,36)	2.452 (9,76)
IRDI/1.000 días estancia UCI *	1.361 (6,73)	2.510 (15,98)	2.896 (14,22)	2.452 (12,32)
DI N-VM, episodios/1.000 d VM *	5,41	11,53	11,33	8,55
ITU-SU, episodios/1.000 d SU *	2,85	4,75	4,67	3,95
BP-CVC, episodios/1.000 d CVC *	2,50	6,22	4,42	1,82
BS, episodios/1.000 d UCI *	1,51	2,39	1,97	1,67

\* $p < 0,05$ .

Figura Póster 030

Variables	N = 125
<b>Sociodemográficos y gravedad</b>	
Edad (años)	67,0 (58,9 – 73,53)
Sexo masculino (%)	90 (72,0)
Charlson Comorbidity Index	3 (2 – 4)
APACHE II	18 (15 – 21)
SOFA	7 (5 – 8)
Inicio de síntomas – ingreso UCI (días)	10 (7 – 14)
Estancia en UCI (días)	30,8 (18,3 – 48,0)
Mortalidad en UCI (%)	41 (32,8)
<b>Relacionados con Reactivación de CMV</b>	
Síntomas – Sospecha (días)	20 (13 – 25)
Ingreso en UCI – Sospecha (días)	9 (2 – 12)
Reactivación (%)	50 (40)
Síntomas - Reactivación	20 (14 – 26)
Ingreso en UCI - Reactivación	10 (3 – 13)
<b>Muestras</b>	
Muestras LBA (%)	77 (61,6)
Muestras LBA positivas (%); (n=77)	22 (28,6)
Muestras en plasma (%)	97 (77,6)
Muestra en plasma positiva (%); (n=97)	45 (46,4)
Muestra LBA y plasma (%)	49 (29,2)
Muestra LBA y plasma positiva (%); (n=49)	17 (34,7)

*APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. SOFA: Sepsis-Related Organ Failure Assessment. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. CMV: Citomegalovirus. LBA: lavado broncoalveolar.*

Figura 1.- Datos sociodemográficos, diagnósticos y gravedad de los pacientes con sospecha de Reactivación de CMV.

**031. VALOR DIAGNÓSTICO DEL LACTATO EN EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO COMO BIOMARCADOR DE INFECCIONES BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN EL PACIENTE CRÍTICO**

Lladó Vilar M<sup>1</sup>, Morales Pedrosa JM<sup>2</sup>, Foradada Ubach S<sup>1</sup>, Vélez Jaigua MB<sup>1</sup>, Tejerina Fontaina P<sup>1</sup>, Torralba Calero M<sup>1</sup>, Morales Molí M<sup>1</sup> y Taché Sala A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>2</sup>Hospital Santa Caterina, Girona.

**Objetivos:** Las infecciones bacterianas del sistema nervioso central (IBSNC) son patologías que requieren un diagnóstico y tratamiento precoz dada su alta morbimortalidad. El aumento de leucocitos, la hiperproteinorraquia y la hipoglucoorraquia en líquido cefalorraquídeo (LCR) orientan hacia la etiología bacteriana. El lactato es un excelente biomarcador para el diagnóstico de las IBSNC, porque su concentración en el LCR (valores normales: 10-21 mg/dL) depende de la glicólisis anaerobia cerebral, por lo que no se relaciona con la concentración plasmática. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad del lactato en el LCR como biomarcador de IBSNC y establecer un punto de corte que permita diferenciarlas de otras patologías del SNC.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo en el que se analizaron 131 muestras de LCR de pacientes ingresados en 2 unidades de cuidados intensivos (UCI), con 32 camas polivalentes, entre los meses de julio del 2017 a diciembre del 2022, incluyéndose aquellos pacientes que precisaron de análisis del LCR durante su estancia. Se analizaron variables demográficas, mortalidad hospitalaria y parámetros del LCR (celularidad, bioquímica, lactato, cultivo, tinción de Gram, antígeno de neumococo y PCR). Se clasificaron los pacientes en 2 subgrupos en función de la orientación diagnóstica, infecciones bacterianas y patologías no bacterianas del SNC.

**Resultados:** Se analizaron muestras de 131 pacientes, el 63,2% hombres, con una edad media de 56,70 ± 15,8 años. La mortalidad fue del

24,24%. El APACHE medio fue de 22,72 ± 7,21 y el SOFA medio de 6,67 ± 3,22. 30 pacientes fueron diagnosticados de IBSNC mediante las distintas técnicas microbiológicas, habiendo muestras en las que se ha aplicado más de un método diagnóstico, siendo positivas 11 muestras de tinción de Gram, 6 de antígeno de neumococo 12 de PCR y 27 de cultivo. El punto óptimo del lactato en LCR fue de 33,50 mg/dl, con una sensibilidad (S) del 93,33%, una especificidad (E) del 91,09%, un valor predictivo positivo (VPP) del 75,67% y un valor predictivo negativo (VPN) del 97,87%.

	Cutt-off	S (%)	E (%)	VPP (%)	VPN (%)	AUC (IC 95%)	p
GLUCOSA (mg/dl)	52,50	30	3,96	8,50	16,00	0,836 (0,726-0,946)	< 0,001
PROTEÍNAS (mg/dL)	96,90	93,33	82,18	60,87	97,65	0,923 (0,877-0,970)	< 0,001
LEUCOCITOS (/mcl)	7,5	60,00	69,31	36,73	85,77	0,644 (0,530-0,758)	< 0,001
LACTATO (mg/dl)	33,50	93,33	91,09	75,67	97,87	0,958 (0,923-0,992)	< 0,001

Tabla 1. Puntos de corte con las respectivas sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), area bajo la curva (AUC) y p.

**Conclusiones:** Estos resultados confirman que el lactato en LCR es el mejor biomarcador para el diagnóstico preciso de IBSNC. El alto VPN del lactato es especialmente útil para descartar las infecciones bacterianas de las no bacterianas. Por todo esto, recomendamos su inclusión en el perfil bioquímico del LCR.

**032. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA ETIOLOGÍA Y EN LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS TRAQUEOBRONQUITIS Y NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA?**

Lobo Palanco J<sup>1</sup>, Álvarez Lerma F<sup>2</sup>, Nuvials Casals X<sup>3</sup>, Catalán González M<sup>4</sup>, Gracia Arnillas MP<sup>2</sup>, Escriba Bárcena A<sup>5</sup>, Gimeno Costa R<sup>6</sup> y Mas Bilbao N<sup>7</sup>

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

**Objetivos:** Los criterios de diagnóstico clínico entre traqueobronquitis o neumonía relacionada con ventilación mecánica (TAVM/NAVM) en ocasiones son difíciles de diferenciar. ¿Puede ayudar la etiología en su diferenciación? Describir las diferencias en la etiología y en los métodos diagnósticos de las TAVM y NAVM en pacientes críticos ingresados en UCI.

**Métodos:** Estudio de incidencia, prospectivo, observacional y multicéntrico en el que se han incluido todos los episodios de TAVM y NAVM introducidos en el registro ENVIN completo entre los años 2018 y 2022. Criterios diagnósticos clínicos y microbiológicos según manual del registro ENVIN-HELICS. Se describen sus microorganismos responsables y sus métodos de diagnóstico microbiológico. Análisis estadístico con chi cuadrado. Significación estadística con p < 0,05.

**Resultados:** En este periodo se diagnosticaron 4,313 NAVM y 4,873 TAVM. En ambos casos han predominado los BGN (68,6 vs. 71,3%), seguido de los gram P (19,3 vs. 21,6%) y los hongos (8,5 vs. 5,9%) (p < 0,05) En la tabla 1se describen el número y porcentaje de los 10 microorganismos más frecuentemente diagnosticados en este periodo. En la tabla 2se describen los métodos microbiológicos diagnósticos.

**Conclusiones:** Los microorganismos causantes de NAVM y TAVM son similares, salvo la presencia de *Aspergillus fumigatus* en NAVM. Predominio de diagnóstico N4 en ambas infecciones. Hay más diagnósticos cuantitativos y sin microbiología positiva en las NAVM.

**033. CONSUMO DE LOS NUEVOS ANTIMICROBIANOS Y APARICIÓN DE RESISTENCIAS EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UCI. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS**

Mas Bilbao N<sup>1</sup>, Álvarez Lerma F<sup>2</sup>, Catalán González M<sup>3</sup>, Lobo Palanco J<sup>4</sup>, Gracia Arnillas MP<sup>2</sup>, Gimeno Costa R<sup>5</sup>, Nuvials Casals X<sup>6</sup> y Escriba Bárcena A<sup>7</sup>

<sup>1</sup>HRI Biocruces Bizkaia- HU Galdakao-Usansolo, Vizcaya. <sup>2</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Navarra, Navarra. <sup>5</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>6</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>7</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

**Objetivos:** Describir el consumo de nuevos antimicrobianos (ATM) en los pacientes críticos, así como las resistencias a los mismos en el periodo postpandemia.

**Métodos:** Datos obtenidos del registro ENVIN, de naturaleza prospectiva, observacional, multicéntrica y voluntaria. Se incluyen los datos de 6 meses, entre abril y junio de los años 2021 y 2022. Se han recogido datos relativos al uso de ATM de más reciente comercialización y las resistencias registradas a partir de su inclusión en el registro, que se limita al segundo periodo mencionado. Análisis descriptivo. Las variables continuas se expresan como media y las categóricas como total y porcentaje.

**Resultados:** En los periodos ENVIN de los años 2021 y 2022 se registraron un total de 20.169 y 25.132 pacientes respectivamente. Un 67% y 66% recibieron ATM durante su estancia en UCI. En el primer periodo se realizaron 33.655 indicaciones de ATM y en el segundo 38,980 indicaciones. Entre los ATM de nueva generación, los más empleados en el primer periodo fueron ceftazidima-avibactam (CFZ-AVI) con 326 indicaciones (el 0,97% del total), isavuconazol (ISV) con 160 indicaciones (0,48%) y ceftarolina-avibactam con 59 indicaciones (0,18%). En el segundo periodo, el más frecuentemente usado fue CFZ-AVI con 293 indicaciones (el 0,75% del total), seguido de ceftolozano-tazobactam (CTL-TZB) con 129 indicaciones (0,33%). En todos los casos se emplearon más frecuentemente como tratamiento de infecciones adquiridas en UCI y con duraciones medias por encima de 8 días. El uso de cefiderocol (CFC) se limitó a 13 y 11 indicaciones en cada periodo. En el segundo periodo se testaron los ATM mencionados en pocas ocasiones: CFZ-AVI en 136 y CTL-TZB en 135 muestras; el microorganismo en el que más se testaron estos ATM fue para *Pseudomonas aeruginosa*, con 79 test de CTL-TZB y 57 para CFZ-AVI. Se registraron resistencias a CFZ-AVI en *Stenotrophomonas maltophilia* (62% de las veces testadas), *Enterobacter cloacae* (29%), *Pseudomonas aeruginosa* (24%) y *Klebsiella pneumoniae* (10%). Para CTL-TZB se registraron resistencias en *Enterobacter cloacae* (36%), *Klebsiella pneumoniae* (31%) y *Pseudomonas aeruginosa* (24%). En caso del CFC, se han identificado resistencias en casos aislados de *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens* y *Klebsiella pneumoniae*. ISV solo se testó en 8 ocasiones, de las cuales 1 se registró resistencia (*Candida albicans*).

**Conclusiones:** El uso de antimicrobianos de más reciente comercialización no ha aumentado los dos últimos años. Estos ATM no se testan frecuentemente, pero se han registrado algunas resistencias limitadas.

**034. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN POR PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

Muñoz-Mingarro Molina D, García Godes M, de Abreu A, Marín Raez R, González Fernández O, de las Heras Sacedo H, Soriano C y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Las infecciones por bacterias multirresistentes (BMR) son una de las causas que mayor mortalidad y coste económico suponen a

Tabla 1 Póster 032

NAVM	N	%	TQAVM	N	%
<i>P. aeruginosa</i>	851	19,9	<i>P. aeruginosa</i>	860	16,8
<i>S. aureus</i>	526	12,3	<i>S. aureus</i>	657	12,9
<i>K. pneumoniae</i>	408	9,5	<i>K. pneumoniae</i>	454	8,9
<i>E. coli</i>	284	6,6	<i>E. coli</i>	338	6,6
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	243	5,7	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	324	6,3
<i>E. cloacae</i>	224	5,2	<i>S. marcescens</i>	280	5,5
<i>S. marcescens</i>	219	5,1	<i>E. cloacae</i>	254	5,0
<i>Aspergillus fumigatus</i>	156	3,6	<i>H. influenzae</i>	245	4,8
<i>H. influenzae</i>	135	3,2	<i>P. mirabilis</i>	124	2,4
SARM	109	2,5	SARM	119	2,3

Tabla 2 Póster 032

	NAVM		TAVM	
	N	%	N	%
N1. Cultivo cuantitativo positivo a partir de muestra mínimamente contaminada	1439	33,36	1121	23,0
N2. Cultivo cuantitativo positivo a partir de muestra posiblemente contaminada	1668	38,67	2124	43,59
N3. Métodos microbiológicos alternativos	153	3,55	42	0,86
N4. Cultivo positivo de esputo no cuantitativo	783	18,15	1376	28,24
N5. Sin microbiología positiva	270	6,26	210	4,31

nivel mundial cada año. El objetivo principal de este estudio es determinar si es útil realizar un cribado de colonización por BMR en pacientes ingresados en la UCI para identificar a aquellos que tengan mayor riesgo de desarrollar una infección por BMR durante su estancia en ella. Como objetivos secundarios sería valorar si la colonización por BMR se asocia a mayor tiempo de estancia en UCI, mayor mortalidad hospitalaria o mayor riesgo de infección nosocomial.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio retrospectivo desde abril hasta diciembre de 2019 en pacientes ingresados en la UCI más de 24 horas. Se recogieron muestras nasales, rectales y orofaríngeas o del aspirado traqueal, según RZ, en el momento de su ingreso en UCI y una vez cada semana durante su estancia. Analizamos las variables cuantitativas con la prueba U de Mann-Whitney y las cualitativas con chi-cuadrado. Utilizamos el valor p para determinar si son independientes, tomando como punto de corte  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Se recogieron un total de 258 pacientes de los cuales 171 eran hombres y 87 mujeres. La media de edad de la muestra era de 60 años. Se comparan los pacientes que tenían una colonización por BMR en el cribado del ingreso y/o una vez a la semana durante su estancia en UCI y las que desarrollaron una infección por BMR durante la estancia en el servicio. Para ello, de los 258 pacientes estudiados como muestra inicial, excluimos del análisis a 10 pacientes ya que tenían un diagnóstico clínico de infección, pero no se identificó el agente causante de ella, por lo que no pudimos determinar si la infección fue causada por BMR o no. De la muestra restante 62 presentaron colonización por BMR y 182 no. 14 de dichos 62 presentaron infección por BMR. Se obtuvo un valor  $p < 0,05$  tanto para la infección por BMR como cualquier infección intra-UCI. En cuanto al resto de objetivo el análisis no obtuvo significación estadística.

**Conclusiones:** Tras estos resultados se podría afirmar que la colonización por BMR se asocia de forma significativa a una mayor tasa de infecciones por BMR, así como a cualquier tipo de infección intra-UCI. Sin embargo en los objetivos secundarios no se ha podido demostrar que la colonización por BMR se asocie a mayor tiempo de estancia en UCI o mortalidad hospitalaria.

**035. UTILIDAD DEL BIOFIRE FILMARRAY PNEUMONIA PANEL PLUS® EN EL DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO PRECOZ DE NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**

Lladó Vilar M<sup>1</sup>, Morales Pedrosa JM<sup>2</sup>, Foradada Ubach S<sup>1</sup>, Torralba Calero M<sup>1</sup>, Clapés Sánchez E<sup>1</sup>, Motjé Casas M<sup>1</sup>, López Alabert M<sup>2</sup> y Taché Sala A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>2</sup>Hospital Santa Caterina, Girona.

**Objetivos:** La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) es la complicación infecciosa más frecuente en el paciente crítico y su importancia radica en la alta morbimortalidad. El temor al fracaso de la terapia antibiótica empírica induce a una mayor prescripción de antibiótico. La decisión del inicio del tratamiento empírico en la NAVM es clínica, y la selección de este debería sustentarse en las resistencias microbiológicas locales y los factores de riesgo de gérmenes multirresistentes (MR). El test molecular Biofire Filmarray Pneumonia Panel Plus®

(FA) ofrece la ventaja de identificar 18 bacterias, 9 virus y 7 genes de resistencia de forma rápida en pocas horas. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad del FA y compararlo con los resultados del CC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en 2 unidades de cuidados intensivos polivalentes, entre enero y diciembre de 2022, que cumplían criterios de NAVM según la escala Clinical Pulmonary Infection Score. Las muestras se obtuvieron mediante fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL) o mini-BAL. A cada muestra se le aplicó un FA y se procesó para CC.

**Resultados:** Se analizaron un total de 139 muestras de FA con su correspondiente CC, de un total de 96 pacientes, con edad media de  $56 \pm 16$  años, el 71,87% hombres. El 63,31% de los FA y el 44,60% de los CC fueron positivos, registrándose los gérmenes más frecuentes del FA y del CC (Figura 1). Se detectaron 3 genes de MR en 26 muestras de FA: BLEE (12), VIM (8) y SAMR (6). Se compararon los resultados de FA y CC: verdaderos positivos (n = 59; 42,44%), verdaderos negativos (n = 49; 35,25%), falsos positivos (n = 29; 20,86%), falsos negativos (n = 2; 1,44%), sensibilidad (96,72%), especificidad (62,82%), valor predictivo positivo (67,04%) y valor predictivo negativo (96,08%). Se analizaron los resultados falsos positivos del FA según germen y número de copias/mL (tabla 1) y se analizaron también los resultados falsos negativos del FA según germen y UFC (tabla 2).

PATÓGENO	10 <sup>4</sup> copias/mL	10 <sup>5</sup> copias/mL	10 <sup>6</sup> copias/mL	10 <sup>7</sup> copias/mL	TOTAL
<i>H. influenzae</i>	2	4	3	1	10
<i>S. pneumoniae</i>	4	1	1	1	7
<i>E. coli</i>	1	2	1	1	5
<i>S. aureus</i>	2	3	0	0	5
<i>M. catarrhalis</i>	3	1	0	0	4
<i>P. aeruginosa</i>	3	0	0	0	3
<i>K pneumoniae</i>	2	0	0	0	2
<i>A. baumannii</i>	1	1	0	0	2
<i>S. marcescens</i>	0	1	0	0	1

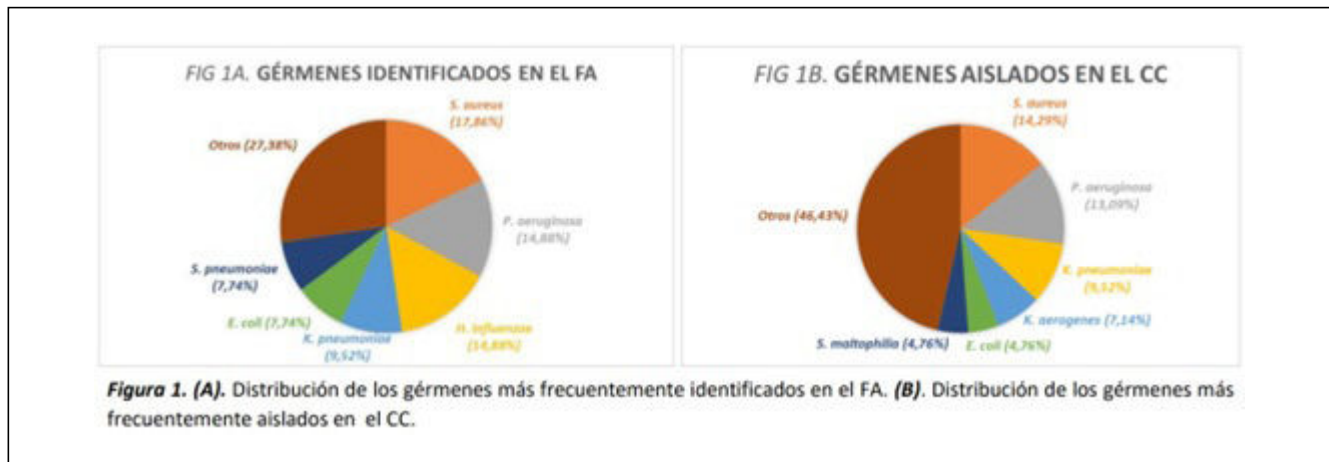
Tabla 1. Falsos positivos de FA según número de copias por mililitro detectadas en FA pero sin crecimiento en CC, distribuidas según gérmenes.

PATÓGENO	UNIDADES FORMADORAS DE COLONIAS (UFC)
<i>P. aeruginosa</i>	300
<i>K. oxytoca</i>	6000

Tabla 2. Falsos negativos de FA según número de UFC aisladas en CC pero sin identificación en FA, distribuidas según gérmenes.

**Conclusiones:** A pesar de que el CC sigue siendo el test de referencia, el FA nos permite una precoz identificación de los gérmenes y sus mecanismos de resistencia. Dado su alto valor predictivo negativo, el FA nos permite descartar la presencia de infección causada por los gérmenes

Figura 1 Póster 035



que están incluidos en el panel. Sería útil un punto de corte del número de copias/mL para poder discriminar colonización de infección, con el objetivo de mejorar la especificidad del test. Por ello, el FA es una herramienta útil en el diagnóstico precoz de la NAVM, mejorando la prescripción antibiótica.

**036. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES COVID-19 CRÍTICOS HOSPITALIZADOS EN ESPAÑA EN 2020. ESTUDIO NACIONAL BASADO EN CMBDS**

Corbato García A<sup>1</sup>, Risco Risco C<sup>2</sup>, Benítez Garzón LE<sup>1</sup>, Pérez Bastida L<sup>1</sup>, Álvarez Torres M<sup>1</sup>, Barakat Fernández S<sup>1</sup>, Ortega Saez M<sup>1</sup>, Manuel Merino FJ<sup>1</sup>, González Salamanca A<sup>1</sup> y Andalúz Ojeda D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Río Carrión (C. A. U. de Palencia), Palencia. <sup>2</sup>Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid.

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados en UCI por COVID-19 en los hospitales públicos y privados de España en las tres primeras olas pandémicas, así como analizar su relación con la mortalidad.

**Métodos:** Análisis de los CMBDS nacionales del año 2020 aportados por el Ministerio de Sanidad de pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 que requirieron ingreso en UCI. Se incluyeron datos de 22957 pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínicas, epidemiológicas y su relación con el desenlace clínico final. Se realizó un análisis descriptivo comparativo (media y t-Student para variables cuantitativas, chi-cuadrado para categóricas) y se realizó un análisis de regresión de Cox multivariante para valorar su influencia en la evolución de la enfermedad utilizando el paquete estadístico STATA v16.1.

**Resultados:** La mortalidad global de los pacientes COVID-19 críticos fue del 31%. Los mayores de 60 años representaron el 62% de los pacientes, con una mortalidad del 41%. Los antecedentes más frecuentes fueron: HTA (45%, mortalidad 38%), dislipemia (31%, mortalidad 34%), DM (24%, mortalidad 37%), obesidad (19%, mortalidad 28%). Los pacientes oncológicos presentaron una mortalidad mayor al 45%. El 28% de los ingresados tuvieron SDRA (mortalidad 40%). El 59% precisaron VM (mortalidad 39%). Los pacientes con índice de Charlson ≥ 2 presentaron una mortalidad del 48%. El 14% presentaron sepsis (mortalidad 63%) y el 25% fracaso renal agudo (mortalidad 56%).

	HR	IC95%	p
Edad	1,57	1,53-1,62	0,000
Obesidad	1,18	1,10-1,27	0,000
VIH	2,22	1,36-3,64	0,001
DM	1,28	1,12-1,47	0,000
Arteriopatía periférica	1,23	1,09-1,40	0,001
Neoplasia órgano sólido	1,32	1,11-1,57	0,002
Hemopatía	1,34	1,14-1,59	0,001
Metástasis	1,39	1,05-1,84	0,022
Enf. cerebrovascular	1,51	1,30-1,76	0,000
Acidosis	1,56	1,45-1,69	0,000
FRA	1,66	1,56-1,76	0,000
Hepatopatía	1,10	1,02-1,20	0,019
Sepsis	1,43	1,34-1,53	0,000
VM	1,65	1,54-1,76	0,000

**Conclusiones:** La mortalidad global en pacientes COVID-19 críticos en el año 2020 fue muy elevada. La edad, estados de inmunosupresión y factores de riesgo cardiovascular fueron los principales factores de riesgo asociados con mortalidad identificados. La necesidad de VM y la presencia de sepsis o fracaso orgánico son otros factores que también se asocian de forma independiente con un pronóstico fatal.

**037. ENSAYO CLÍNICO SOBRE EL BENEFICIO DEL CRIBADO ECOGRÁFICO SERIADO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN PACIENTES CON COVID-19 GRAVE**

Bajaña Mindiolaza I, Marrero Eligio de la Puente C, Palmada Ibars C, Gil Sala D, Flota Ruiz D, Chiscano Camon L, Ferrer Roca R, Bellmunt Montoya S y Ruiz Rodríguez JC

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Objetivos:** Analizar el potencial beneficio del cribado seriado de TVP en los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) con neumonía grave por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Ensayo clínico aleatorizado sin enmascaramiento de casos consecutivos con neumonía grave por SARS-CoV-2 ingresados en la UCI de nuestro centro. Tras descartar los casos prevalentes de ETEV, se aleatorizaron automáticamente los pacientes en dos grupos: un grupo estudio en el cual se realizó una ecografía de cribado para TVP cada 48-72 horas; un grupo control en el que se realizaron ecografías en casos de sospecha clínica de ETEV. Se analizó la incidencia de complicaciones, la incidencia de ETEV, la estancia media y la mortalidad tras un seguimiento de 21 días. Se planteó una hipótesis de no inferioridad con un nivel de confianza del 95% y un límite de equivalencia del 25%. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) (PR(AG)176/2021).

**Resultados:** Entre abril y julio de 2021 se incluyeron 168 pacientes, 84 pacientes en cada grupo. La tabla 1 resume las características de los pacientes incluidos. Tras 21 días, 5 pacientes (3%) fallecieron, 121 (72%) se dieron de alta y 42 (25%) permanecían en UCI. La incidencia de TVP fue del 66,7% y de TEP del 25%. Ocurrieron 5 (3%) hemorragias, 2 de ellas graves. La incidencia de ETEV fue más frecuente en el grupo cribado (21,4 vs. 9,5% en el control, p = 0,033). Sin embargo, no existieron diferencias significativas en la estancia media (grupo cribado 11 vs. 8,5d en el control, p = 0,169) ni en la mortalidad (9,1% en el cribado vs. 4,8% en el control, p = 0,677). Tampoco hubo diferencia en la incidencia de hemorragias.

**Conclusiones:** El cribado ecográfico de ETEV en los pacientes con COVID-19 grave no aporta beneficios en términos clínicos.

Característica	Grupo Cribado	Grupo no Cribado	Significación estadística
Sexo masculino	51	43	0,214
Sexo femenino	33	41	
Edad	50,35	49,93	0,843
Estancia en UCI	17,58	14,99	0,169
Peso	85,34	86,9	0,61
Talla	167,17	167,46	0,842
IMC	30,45	31,01	0,583
<b>ANTECEDENTES AL INGRESO A UCI</b>			
Tabaquismo			
Fumador activo	5	3	0,271
Exfumador	6	12	
Nunca fumador	73	69	
Neumopatía	8	16	0,078
EPOC	2	2	1
Hipertensión	25	24	0,865
Diabetes	21	10	0,029
Dislipidemia	18	15	0,56
Enfermedad renal crónica	3	3	1
IRC	0	0	0,316
TSR	0	0	1
Insuficiencia hepática	1	0	1
ACiFA	2	5	0,443
Coronariopatía	2	1	1
Ictus	3	1	0,62
Arteriopatía periférica	1	0	1
ETEV previa	2	2	1
Inmunodeprimido	3	6	0,496
Vacunación			
Vacunación completa	12	12	0,624
Vacunación incompleta	15	20	
No vacunado	57	52	
<b>TRATAMIENTO</b>			
Antiagregante	5	2	0,443
Anticoagulante	2	5	0,443

LABORATORIO AL INGRESO EN UCI	Grupo cribado	Grupo no cribado	Significación estadística
Linfocitos	0,8	0,8	0,851
Leucocitos	8,16	7,64	0,912
Plaquetas	231.000	218.500	0,92
Tiempo de protrombina	12,4	12,6	0,115
Fibrinógeno	5,52	5,41	0,707
TTPA	29,5	30,6	0,214
Dímero D	221	211	0,848
Filtrado Glomerular	90	90	0,31
Ferritina	793	808	0,194
Urea	35,5	32,5	0,272
Creatininemia	0,77	0,68	0,336
LDH	446	386,5	0,024
PCR	10,55	11,18	0,48
IL-6	60,7	52,53	0,299
APACHE II	10	12	0,633
SOFA	2	2	0,534
PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA			
HBPM	83	82	
HNF	1	1	0,605
Otro (mecánica)	0	1	
DOSIS			
0,5mg/kg/día	79	78	
1mg/kg/día	2	2	0,716
>1mg/kg/día	2	4	
Días de ventilación mecánica	5,5	1	0,316

COMPLICACIONES	Grupo cribado	Grupo no cribado	Significación estadística
Insuficiencia renal	8	7	0,787
Insuficiencia hepática	2	0	0,497
ACxFA	7	5	0,549
Coronariopatía	0	0	
Ictus	1	1	1
Arteriopatía periférica	0	0	
ETEV	16	8	0,086
TEP	3	4	
TVP	14	3	0,139
Flebitis	1	1	
TEP+TVP	0	0	
Asociación a catéter	7	3	
Prono	0	2	
Intubación	11	8	
ANGIOTC			
Realizado	25	27	0,739
Positivo	3	4	1

**038. TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA COVID-19 MEDIANTE BOLOS DE METILPREDNISOLONA. EXPERIENCIA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

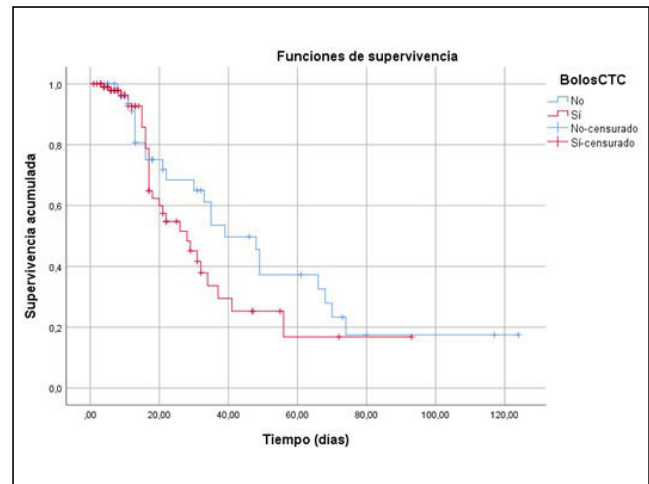
Bermúdez Ruiz MC, López Martín C, Merino Pizarro N y de la Fuente Martos C

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

**Objetivos:** Descripción de una cohorte de pacientes críticos con neumonía COVID-19. Análisis del impacto del tratamiento con bolos de metilprednisolona en la supervivencia, el desarrollo de complicaciones infecciosas y el número de días de ventilación mecánica.

**Métodos:** Tipo de estudio: observacional, cohortes. Se incluyeron pacientes críticos con neumonía COVID-19 e ingreso en UCI entre julio de 2020 y febrero de 2021, algunos de los cuales recibieron tratamiento con bolos de 250 mg de metilprednisolona. Variables del estudio: demográficas, comorbilidades, indicadores de gravedad, soporte recibido, tratamiento y evolución. Análisis estadístico mediante SPSS. Análisis de supervivencia mediante curva Kaplan-Meier. Comparación de medias mediante t de Student. Comparación de proporciones mediante chi-cuadrado.

**Resultados:** Se recopilaron datos de un total de 172 pacientes. El 68% fueron hombres, con una mediana de edad de 64 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron los factores de riesgo cardiovascular: obesidad (66,99%), hipertensión arterial (57,6%) y diabetes (29,1%). Se evaluó la gravedad al ingreso mediante la escala APACHE, con una mediana de APACHE de 10 puntos. La administración de corticoides se realizó a criterio del clínico, sin existir correlación entre esta y la sobreexpresión analítica de parámetros inflamatorios como la PCR (p = 0,156), en contra de lo que sugieren trabajos más recientes. Consideramos esta la principal limitación del estudio. Los pacientes que recibieron bolos requirieron menos días de ventilación mecánica invasiva (p = 0,001). No obstante, no se hallaron diferencias en la supervivencia (p = 0,186), la incidencia de sobreinfecciones (p = 0,056) o la mortalidad por sobreinfección (p = 0,08).



**Conclusiones:** La administración de bolos de metilprednisolona reduce los días de ventilación mecánica en el paciente con neumonía COVID-19 sin aumentar la incidencia de sobreinfecciones. Se necesitan estudios adicionales para aclarar en qué contexto es más beneficioso este tratamiento, así como establecer protocolos hospitalarios que permitan un manejo más adecuado de estos pacientes.

**039. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A INGRESO EN UCI DE PACIENTES COVID-19 HOSPITALIZADOS EN ESPAÑA EN 2020. ESTUDIO NACIONAL BASADO EN CMBDS**

Álvarez Torres M<sup>1</sup>, Risco Risco C<sup>2</sup>, Pérez Bastida L<sup>1</sup>, Barakat Fernández S<sup>1</sup>, Corbato García Á<sup>1</sup>, Benítez Garzón LE<sup>1</sup>, González Salamanca Á<sup>1</sup>, Ortega Sáez M<sup>1</sup>, Manuel Merino FJ<sup>1</sup> y Andaluz Ojeda D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Río Carrión (C. A. U. de Palencia), Palencia. <sup>2</sup>Hospital Universitario HM Sanchinarro, Madrid.

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo relacionados con necesidad de ingreso UCI de todos los pacientes ingresados nuestro país con diagnóstico de COVID-19 en las tres primeras olas pandémicas.

**Métodos:** Análisis de los CMBDs nacionales del año 2020 aportados por el Ministerio de Sanidad de pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19. Se analizaron variables epidemiológicas y clínicas, y su relación con la necesidad de medidas intensivas durante el ingreso. Median-



te regresión logística multivariante se determinó la influencia de dichas variables con el ingreso en UCI. Para ello se utilizó el paquete estadístico STATA v16.1.

**Resultados:** Se incluyeron datos de 252.114 pacientes. El 9,11% (22.957) precisaron ingreso en UCI, presentando edad media de 61 (35-87) años, 15.890 (70%) varones. En el análisis multivariado las siguientes variables demostraron una relación independiente asociada con la necesidad de ingreso en UCI [OR (IC95%): varón [1,46 (1,4-1,52)]; obesidad [1,57 (1,48-1,65)]; dislipemia [1,12 (1,07-1,18)]; diabetes [1,08 (1,03-1,14)]; HTA [1,59 (1,17-2,17)]; cardiopatía [5,28 (4,66-5,98)]; enfermedad cerebrovascular [1,8 (1,55-2,07)]; presencia de sepsis [2,62 (2,37-2,88)]; fracaso renal agudo [1,5 (1,46-1,64)] o SDRA [4,12 (3,8-4,4)], mientras que la edad se mostró como factor protector: [0,81 (0,80-0,82)]; en todos los casos con  $p < 0,001$ .

**Conclusiones:** El 9,1% de pacientes hospitalizados con diagnóstico de COVID-19 en el año 2020 precisaron ingreso en UCI. Desde el punto de vista epidemiológico, la menor edad, el sexo varón, la obesidad y factores de riesgo cardiovasculares como dislipemia, diabetes e HTA, la enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica previas se asociaron con mayor probabilidad de ingreso en UCI. La presencia de sepsis, fracaso renal agudo y SDRA durante el ingreso son otros factores que se asocian a mayor riesgo de necesidad de medidas intensivas.

## Pósteres orales

### CARDIOVASCULAR/MARCAPASOS/ARRITMIAS 08:30-10:00 h. SALA EXPOSICIONES

#### 040. RESULTADOS INICIALES TRAS INSTAURACIÓN DEL PROTOCOLO ECMO EN UN HOSPITAL PROVINCIAL DE TERCER NIVEL

Carnerero Gutiérrez I, Villalba Saorín AJ, Zamora Zurro D, Díaz Barranco M, Gómez Moyano AB, Yuste Mestre F, Molina Pomares A, Candela Navarro GP, Jaime Sánchez FÁ y Vicente Miralles R

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

**Objetivos:** Describir los resultados clínicos del inicio de un protocolo ECMO en un hospital provincial de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo prospectivo, realizado en hospital provincial terciario de 807 camas, con Cirugía Cardíaca y Medicina Intensiva. Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes que recibieron terapia ECMO entre agosto 2021 y diciembre 2022. Se recogieron variables poblacionales (edad, sexo, IMC), situación previa a la terapia (diagnóstico, días VMI, índice de oxigenación, scores de gravedad, tipos de canulación) y variables evolutivas (días de soporte ECMO, mortalidad UCI y complicaciones). Las variables categóricas se expresaron como frecuencias relativas y absolutas. Se realizó análisis de Shapiro-Wilk en variables cuantitativas, describiéndose con media  $\pm$  desviación estándar o mediana y rango intercuartílico dependiendo de su distribución normal o asimétrica respectivamente.

**Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes. Edad media 51,9 años (DE 11,6), 70% varones, IMC medio 27,8 (DE 5,9). Todas las canulaciones fueron periféricas. Se registraron 8 complicaciones: 4 (44%) fracaso renal, 2 (22%) taponamiento cardíaco, 1 (11%) neumotórax, 1 (11%) rectorragia. Mortalidad global del 30% durante terapia ECMO. 6 pacientes recibieron soporte ECMO VV, 4 (67%) por infección respiratoria, 1 (16%) fístula broncopulmonar y 1 (16%) agudización de enfermedad intersticial. SOFA promedio 12,5 (DE 2,38), mediana P/F previo soporte 100 (IQR 89,5). Mediana de soporte ECMO 16,4 días (IQR 1,67). Mortalidad ECMO VV 50%. 4 pacientes recibieron ECMO-VA por shock cardiogénico (2 endocarditis infecciosa, 1 miocarditis, 1 miocardiopatía séptica por neumonía adquirida en la comunidad). SOFA promedio 8,83 (DE 2,31). Mediana de soporte ECMO 6,2 días (IQR 1,67). Supervivencia 100% al alta de UCI.

**Conclusiones:** Los resultados del inicio de programa se ajustan a los publicados hasta la fecha. Servicios de Medicina Intensiva de hospitales provinciales de tercer nivel con Cirugía Cardíaca podrían iniciar programas de ECLS con seguridad. Se necesitan ampliar el tamaño muestral para comprobar la consistencia de los resultados.

#### 041. UTILIDAD DEL EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN LA REDUCCIÓN DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Lorenzo Cárdenas C, Horta Puig AM, Loma-Osorio Ricón P, Cerdón Bueno C, Muñoz Bautista AM, Arcega Sainz R, Rodríguez Batista M, Morales Codina M, Falgueras Verdaguer L y Samaniego Moncunill N

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

**Objetivos:** La parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCRiH) no esperable es una causa de mortalidad potencialmente evitable, dado que la mayoría de PCRiH son eventos previsible, a menudo resultado de trastornos extracardíacos que provocan finalmente asistolia. La PCRiH suele encontrarse precedida de un deterioro clínico que puede llegar a durar días y que no es detectado o tratado adecuadamente. Su reconocimiento precoz mediante escalas de riesgo vital puede prevenirla. En nuestro hospital, en 2017 se instauró el equipo de respuesta rápida (ERR), formado por un intensivista y un enfermero de críticos, que ante una puntuación elevada en la escala de gravedad *early warning score* (EWS), son activados y se trasladan a la habitación del paciente para hacer una valoración in situ y decidir la actitud terapéutica junto con el médico tratante. El objetivo de nuestro estudio es evaluar el impacto de la implementación de un ERR en la incidencia de PCRiH en un hospital terciario, así como evaluar el efecto de su reimplantación sobre la incidencia de PCRiH después del período de inactivación durante la pandemia por SARS-CoV-2 (2020-2021).

**Métodos:** Estudio retrospectivo (2014-2016) y prospectivo (2017-2022) descriptivo. Se registra el número de PCRiH durante los años 2014-2016 (previo a la existencia ERR) y 2017-2019 (ERR implementado), así como el número de PCRiH durante 2022, una vez retomado el sistema de activación, después de la inactivación del ERR durante los 2 años de pandemia.

**Resultados:** Durante el período 2014-2016 se registraron 93 PCRiH (media = 31 PCRiH/año, 2,0 PCRiH/1.000 altas hospitalarias (AH)). Durante el período 2017-2019 se registraron 64 PCRiH (media = 21,3 PCRiH/año, 1,4 PCRiH/1000AH). Se identificó una disminución significativa de la proporción de PCRiH sobre el total de mortalidad hospitalaria entre el primer y segundo período (5,2 vs. 3,3%,  $p = 0,005$ ) así como sobre el total de altas de cada período (0,20 vs. 0,13%  $p = 0,006$ ), suponiendo una reducción relativa del 36,5%. Asimismo se identificó una disminución relativa del 38,4% que no alcanzó la significación estadística entre la proporción de PCRiH sobre las AH entre el último año de estudio (2022) con 14 PCRiH (0,8 PCRiH/1000AH) y el período previo 17-19, ya en marcha el ERR (0,13 vs. 0,08%  $p = 0,183$ ).

**Conclusiones:** En nuestro centro, la implementación del ERR redujo la incidencia de PCRiH de forma significativa. Después de la pandemia por SARS-CoV-2, con la reactivación del ERR y una intensa tarea de actualización sobre su funcionamiento a todo el personal sanitario, se han obtenido buenos resultados en cuanto a la incidencia de PCRiH.

#### 042. IDENTIFICACIÓN DE PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA DE LA PARADA CARDIO RESPIRATORIA (PCR) Y SU IMPORTANCIA RELATIVA MEDIANTE MACHINE LEARNING

Lorenzo Aguilar A, Polo Viñals C, Dueñas García J, Laguna García J y Sanchis Lloso P

Hospital Universitario de la Ribera, Valencia.

**Objetivos:** Los factores que influyen en la PCR son conocidos, pero el peso que tiene cada uno de ellos no suele ser el foco de atención. El objetivo es crear un árbol de decisiones aplicando *machine learning* a datos de PCR extraídos de nuestra área de salud para identificar los factores más influyentes para predecir la supervivencia y conocer su importancia relativa.

**Métodos:** Se incluyeron 52 casos de PCR atendidos por nuestra unidad desde enero a octubre de 2022. Se seleccionó un algoritmo de *machine learning* tipo ADTree con el que se generó un árbol de decisiones a partir de las siguientes variables: edad, sexo, lugar de la PCR, primer ritmo monitorizado, tiempo total de PCR, causa de la PCR, administración de tratamiento específico, manejo de la vía aérea, empeoramiento clínico en las 48 horas previas a la PCR y supervivencia. El modelo obtenido se comprobó mediante validación cruzada. Con la puntuación asignada por el modelo a cada paciente se estimó la probabilidad de supervivencia mediante regresión logística.

Figura 1

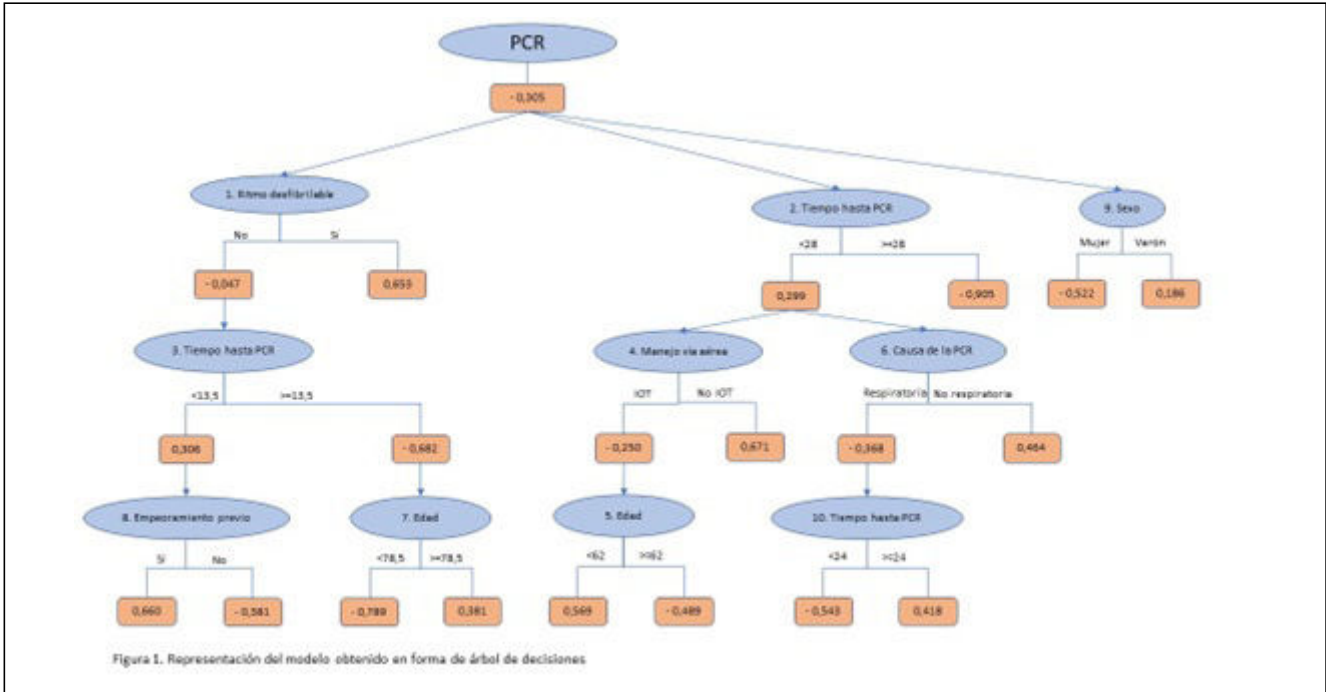
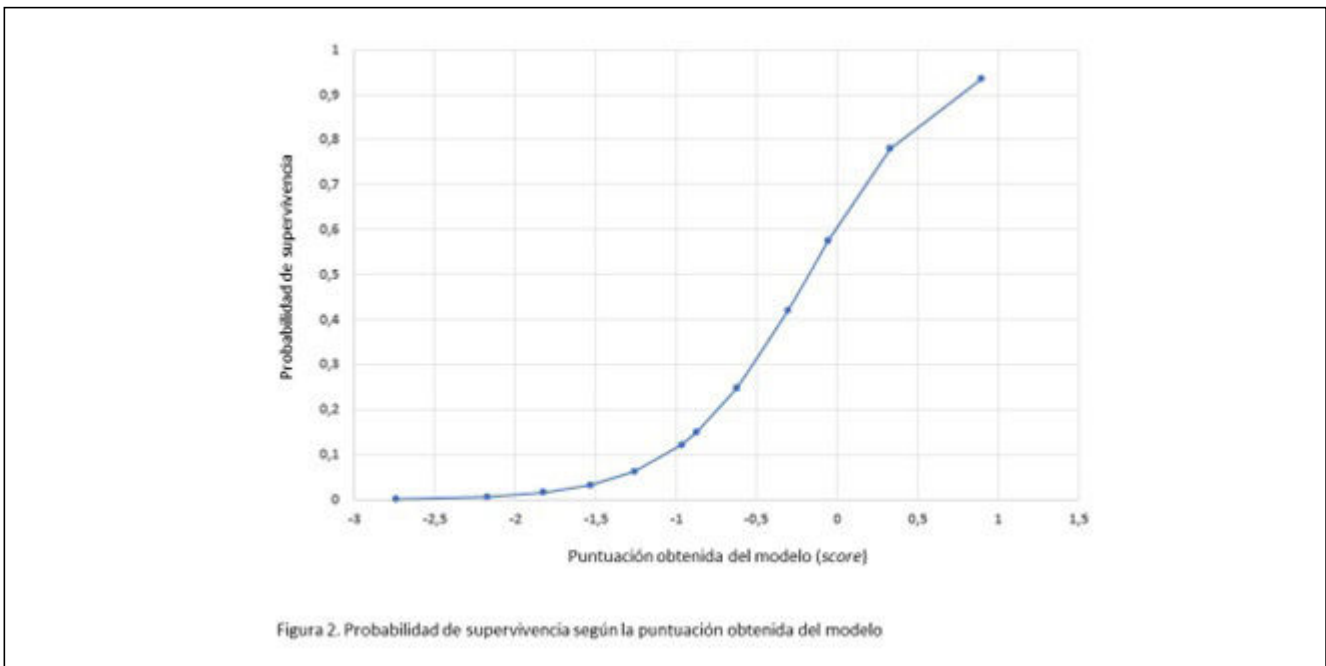


Figura 2



**Resultados:** El árbol de decisiones obtenido se muestra en la figura 1. Según nuestro modelo los factores más relevantes para la predicción de la supervivencia tras una PCR en orden de importancia decreciente fueron: Primer ritmo monitorizado, tiempo total de PCR, manejo de la vía aérea, edad, causa de PCR, empeoramiento clínico en las 48 horas previas y sexo. Los pacientes con mejor pronóstico según el modelo fueron los varones con ritmo desfibrilable y tiempo de PCR < 28 minutos, que además no se intubaron y cuya causa de PCR no fue respiratoria. El modelo fue capaz de predecir correctamente la supervivencia en el 96,2% de los casos. La predicción fue correcta en 16 de los 18 pacientes que sobrevivieron, y en todos los

pacientes (34) que no sobrevivieron. En la validación cruzada el modelo predijo correctamente el 75% de los casos. La figura 2 muestra la probabilidad de supervivencia calculada según la puntuación obtenida del modelo.

**Conclusiones:** El *machine learning* puede ser útil para la identificación de factores pronósticos, establecer la importancia de cada uno de ellos y estimar la supervivencia en la PCR. Podría ser útil para identificar puntos de mejora para la asistencia de esta enfermedad. Convendría validar nuestro modelo con nuevas series de casos mucho más amplias (*big data*). Es esperable que en el futuro este tipo de métodos tenga un papel protagonista en mejorar la atención a la PCR.

#### 043. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS CON DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO ALTO Y RIESGO ALTO

González Saez MD, Nadal Gisbert J, Giner Fons M y Zazo Sanchidrián MC

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

**Objetivos:** Evaluar las características epidemiológicas de los pacientes con tromboembolismo pulmonar de riesgo alto o intermedio-alto ingresados en UCI de nuestro hospital, su evolución y situación clínica y hemodinámica tras recibir tratamiento percutáneo o sistémico en el periodo estudiado. Evaluar las indicaciones y resultados de la tromboembotomía percutánea en estos pacientes: estabilización hemodinámica, respiratoria y mejoría ecocardiográfica. Revisar las complicaciones más frecuentes y su mortalidad.

**Métodos:** Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar de riesgo intermedio alto y riesgo alto desde enero de 2020 hasta diciembre de 2022. Se obtienen datos demográficos, situación clínica previo al tratamiento, tipo de tratamiento realizado, situación clínica tras el tratamiento, datos ecocardiográficos previamente, complicaciones y mortalidad del tratamiento. Análisis estadístico mediante tabla dinámica para obtención de resultados.

**Resultados:** Se incluyen un total de 32 pacientes (47% varones y 53% mujeres), edad media de 59 años. El 72% ingresan por TEP de alto riesgo y 25% riesgo intermedio-alto. La estancia media de ingreso en el hospital de estos pacientes fue de 12 días. Más de la mitad de los pacientes presentaban algún factor de riesgo para desarrollar TEP, siendo el más frecuente la trombosis venosa profunda (TVP). El 56% se trató con fibrinólisis sistémica y el 46,8% del total recibieron tratamiento percutáneo. De los tratados mediante radiología intervencionista (15), en el 60% fue el tratamiento de elección por contraindicación de fibrinólisis, y en el 40%, se realizó como tratamiento de rescate por fallo de fibrinólisis. Todos los pacientes incluidos presentaban inestabilidad hemodinámica al ingreso y el 66% datos ecocardiográficos de fallo de ventrículo derecho. Precisan ventilación mecánica invasiva el 28% y presentan complicaciones hemorrágicas el 22% de los pacientes. La disfunción del ventrículo derecho mejora en todos los supervivientes. Fallecen 7 pacientes (22%) de los cuales 4 (57%) habían recibido fibrinólisis sistémica y 3 (42%) tromboembotomía mecánica con o sin fibrinólisis local.

**Conclusiones:** La mortalidad de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto y riesgo alto es elevada (22%) independientemente al tratamiento recibido. Hasta el 46,8% de los pacientes precisan tratamiento percutáneo por lo que este tratamiento se afianza como opción terapéutica necesaria y viable a través de protocolo conjunto con el servicio de radiología intervencionista.

#### 044. VALOR PREDICTIVO DE UCH-L1 PARA EL DAÑO CEREBRAL TRAS PARADA CARDIACA

Sánchez Martín JA, Rodríguez Pilar J, Morell García D, Santés Bertó M, Arenas Casanovas F, García-Cuadrado de los Casares I, Novo Lovatto MA, Rodríguez Yago MÁ, Llompart Alabern I y Rodríguez Salgado A

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

**Objetivos:** Los pacientes reanimados de parada cardiaca (PC) sufren con frecuencia lesión cerebral por fenómenos de isquemia-reperusión, principal causa de muerte y resultado neurológico desfavorable. La ubiquitin C-terminal hydrolase L1 (UCH-L1) puede predecir la extensión del daño cerebral en pacientes con lesión cerebral hipóxico-isquémica. Analizamos el papel del biomarcador UCH-L1 en la predicción de resultado neurológico desfavorable al alta hospitalaria tras PC.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Incluye todos los pacientes ingresados en una UCI de tercer nivel con PC recuperada (mayo-octubre 2022). Se realizó control de temperatura con dispositivo de superficie. Se midieron niveles séricos de UCH-L1 al ingreso (Alinity i series-Abbott, US). Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, datos de laboratorio y Cerebral Performance Category (CPC) como valoración del estado neurológico. Se estableció como favorable un resultado de CPC 1-2 y como desfavorable CPC 3-5. Resultados cuantitativos expresados en mediana y rango intercuartil p5-p95. Se realizó análisis bivariable (U Mann-Whitney) y correlacionó mediante Rho de Spearman. Se estimó el poder predictivo de UCH-L1 para resultado neurológico desfavorable mediante curva ROC del punto de corte con mejor rendi-

miento diagnóstico según índice J de Youden. Se consideró significación estadística del 5%.

**Resultados:** Se incluyeron 18 pacientes, mujeres 55%, PC presenciada 89%, Ritmo desfibrilable 61%, PC extrahospitalaria 94%. Lugar: domicilio 33%, vía pública 50%. Características: edad 63 años (51-79), hipertensión arterial 50%, diabetes 38%, dislipemia 27%. Tiempo hasta RCP 1 min (0-10), Tiempo de RCP 22 min (10-37). Causa de PCR: 72% cardiopatía isquémica. Resultado neurológico: CPC 1: 27,7%, CPC 2: 5,5%, CPC 3: 11,1%, CPC 4: 0%, CPC 5: 55,5%. Se encontró correlación positiva entre UCH-L1 y CPC de  $r = 0,493$  ( $p = 0,038$ ). En CPC favorable UCH-L1 fue de 821 pg/mL (p5-95: 109-5.837) y de 4.695 pg/mL (p5-p95: 1.884-10.687) en CPC desfavorable ( $p = 0,012$ ). Área bajo la curva ROC de 0,848 (IC95%: 0,728-0,948) con valores para predicción de CPC desfavorable  $> 1.840$  pg/mL, odds ratio 6,1 (IC95%:1,8-11,3) ( $p = 0,021$ ); sensibilidad del 100%, especificidad del 67%, VPP: 86%, VPN: 100%.

**Conclusiones:** La medición de niveles de UCH-L1 al ingreso en UCI del paciente con parada cardiaca recuperada pueden ser útiles en la predicción de la situación neurológica al alta. Valores superiores a 1.840 pg/mL parecen indicar un incremento del riesgo de resultado neurológico desfavorable. Resultados limitados por el tamaño muestral.

#### 045. ¿SABEMOS IDENTIFICAR, MANEJAR Y LOCALIZAR EL MATERIAL NECESARIO EN UNA SITUACIÓN DE PCR INTRAHOSPITALARIA?

Gallego Lujan C, Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L, Barrios Arnau M, Prado Mira Á, Carrilero García C, Castillo Lag MD y Pérez Villena MM

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

**Objetivos:** Análisis comparativo descriptivo sobre el conocimiento de los sanitarios del material necesario en una situación de PCR-IH. Diferencias según el puesto de trabajo desempeñado y la realización previa de cursos de RCP.

**Métodos:** Se han realizado encuestas anónimas a trabajadores sanitarios de un hospital terciario: 7 preguntas generales (categoría profesional, servicio, edad, años trabajados, último curso de RPC, tipo de curso y a quién avisan ante una PCR), 7 preguntas conceptuales y 3 preguntas relacionadas con la competencia en el manejo del material necesario para la primera intervención de la RCP intrahospitalaria: p9. conoce donde está carro; p10. conoce material que lo forma; p11. Cuando deben acercar el carro de parada. Paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** El 87% de los encuestados conoce el material del carro, pero el 73% no está seguro de dónde localizarlo y el 87% esperan a una orden para traerlo. En cuanto al puesto de trabajo: FEA aciertan 64% p9, 25% p10 y 80% p11. MIR 60% p9, 22% p10 y 89% p11. Enfermería 98% p9, 71% p10, 92% p11. TCAE 97% p9, 49% p10, 56% p11. Celador 90% p9, 20% p10, 56% p11. En cuanto a la relación con el último curso realizado: con menos de 2 años aciertan 85% p9, 52% p10, 81% p11. Más de 2 años: 90% p9, 52% p10, 83% p11. Nunca: 84% p9, 20% p10, 56% p11.

**Conclusiones:** En general la enfermería es el grupo que más aciertos tienen sobre la localización, el material y el momento de acercar el carro de paradas en una RCP. Aquellos que no han realizado ningún curso de RCP nunca identifican menos cuál es el momento de acercar el carro de parada en una situación de RCP.

#### 046. ¿INFLUYEN LOS AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN NUESTRA MANERA DE ACTUAR ANTE UNA SITUACIÓN DE PCR?

García Martínez de los Reyes L, Gallego Luján C, Ruiz Cambra NA, Barrios Arnau M, Matas Rubio E, Pérez Villena MM, Prado Mira A, Carrilero López C y Castillo Lag MD

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

**Objetivos:** Análisis comparativo descriptivo sobre conocimientos, actuación inicial y competencias en RCP en sanitarios según años de experiencia profesional.

**Métodos:** Realizamos encuestas anónimas a trabajadores sanitarios de un hospital terciario: 7 preguntas generales (categoría profesional, servicio, edad, años trabajados, último curso de RPC, tipo de curso y a quién avisan ante una PCR), 7 preguntas conceptuales (p1. definición PCR, p2. primera actuación, p3 tras DESA, p4. inicio RCP, p5. ritmo masaje, p6. DF; p7. llevo el carro) y 3 de competencia y material (p9.

conoce donde está carro; p10. conoce material; p11. es su responsabilidad). Paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** N = 361. La encuesta fue rellenada por enfermería (43%), TCAE (27%), FEA (17%), MIR (10%) y celadores (3%). El 42% de los encuestados era mayor de 46 años, seguido del 31% entre 36 y 45 años. El 34% de los encuestados tenían más de 20 años de experiencia, el 31% entre 11 y 20, el 13% entre 6 y 10 y el 22% menos de 5 años. El 12% de los encuestados pertenecían a servicios quirúrgicos, el 16% a UCI y el resto a otros médicos. En relación a la realización del último curso, el 54% de los que tenían menos de 5 años de experiencia habían hecho un curso en los últimos dos años, frente al 26% entre 6-10 años de experiencia; 24% entre 11 y 20 años y 6% en los mayores de 20 años de experiencia. Ante una PCR, avisan a UCI 24 encuestados (31%) de los de menos de 5 años de experiencia; 16 (34%) de los de entre 6-10 años; 27 (25%) de los de 11-20 años y 24 (19%) de los de más de 20 años de experiencia (P0,6). Se muestran a continuación nivel de conocimientos básicos en RCP en relación a aciertos en preguntas conceptuales.

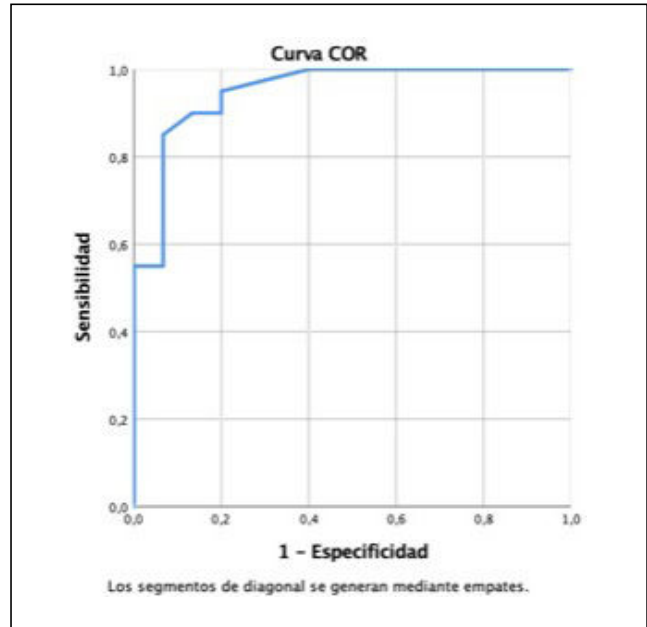
**Conclusiones:** En general, los sanitarios con menos años de experiencia han realizado más frecuentemente un curso de RCP en los dos últimos años. Posiblemente en relación a esto último, los sanitarios con menos años de experiencia son los que mayor número de aciertos tienen en preguntas conceptuales y los que más responsabilidades se autoimponen ante una situación de PCR. Estos resultados también se relacionan con que el mayor número de MIR pertenezcan al grupo de menor experiencia.

**047. VALIDACIÓN DE LA ESCALA RCAST EN EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES TRAS PCR**

Gómez Gallego G, Muñoz Muñoz JL, Adell García P y Curiel Balsera E  
 Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga.

**Objetivos:** La parada cardiorrespiratoria (PCR) sigue siendo un reto a día de hoy, no solo en lo que a mortalidad se refiere sino también a las secuelas neurológicas a medio plazo. El inicio de la reanimación y el tiempo de PCR están relacionados con el pronóstico. La escala rCAST puede ser útil como predicción temprana del pronóstico neurológico. Analizar el pronóstico al alta de UCI de los pacientes que sufren una PCR mediante la escala rCAST aplicada en las primeras 24 h tras ingreso en una unidad coronaria.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI coronaria durante el año 2022. Se han analizado variables clínico-epidemiológicas de los pacientes, características del momento de la PCR y tiempos hasta ROSC. Se ha usado la escala CPC para evaluar el pronóstico final del paciente y la escala rCAST en las primeras 24 h. Se recogieron el resto de pruebas pronósticas que se realizaron a lo largo del ingreso de UCI. Se han utilizado los test de chi cuadrado y t-Student para el análisis bivariado, con un error alfa máximo del 5%. Se ha utilizado la curva ROC para el análisis de sensibilidad y especificidad de la escala rCAST. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje y número absoluto, y las cuantitativas como media y desviación típica.



**Resultados:** Se han analizado 36 pacientes, siendo la mitad mujeres. PCR extrahospitalaria en 61,1% y presenciada en 91,7%. Solo 13,9% no tenían ningún antecedente relevante. Ritmo inicial fue desfibrilable en 52,8%. La edad media fue 61,9 + 12 años. El tiempo de PCR hasta ROSC fue 23,66 min + 17,2. El rCAST medio fue 8,5 puntos + 5,14. Se realizó cateterismo cardíaco a 26 pacientes (72,2%) y de ellos tenían lesiones el 73% (19 de 26), TC craneal al 50% (18), PES al 62,5% y EEG al 36,1%. Un 44,4% de pacientes fue dado de alta con un CPC 1-2 (buen pronóstico) y el resto falleció o presentó mal pronóstico: CPC 3-5 (55,6%). La media de rCAST fue significativamente mayor en pacientes con mal pronóstico 11,8 vs. 4,1 con p = 0,0001 (fig. 1). Un rCAST de 7,75 puntos tuvo una sensibilidad del 90% y una especificidad de 87% con p = 0,0001. AUC 0,95 (IC95% 0,88-1) (fig. 2).

**Conclusiones:** La escala rCAST es fácilmente aplicable a este tipo de pacientes y puede recogerse en las primeras 24 h, asociándose con el pronóstico de estos pacientes. Un rCAST > 7,75 puntos presenta una buena sensibilidad y especificidad para identificar a los pacientes que presentarán mala evolución neurológica. Otras pruebas como los N20, enolasa, EEG y pruebas de imagen en las primeras 72 h arrojan mucha información pronóstica pero no disponemos de resultados de manera tan precoz.

**048 FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR PCR RECUPERADA**

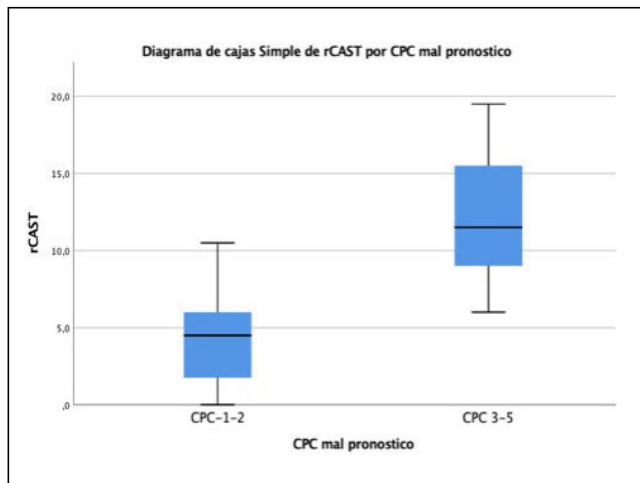
Chas Brami W, Arriero Fernández N, Benito Puncel C, Copa Morales JP, Ruiz de Santaquiteria Torres V, González Wagner GA, Romo González JE y Silva Obregón JA

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con la mortalidad a los 6 meses de los pacientes que ingresan a la UCI tras una parada cardíaca intra/extrahospitalaria (PCIH/PCEH) recuperada.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes que han presentado PCIH o PCEH recuperada durante el periodo 2017-2021. Se realizó análisis univariante para establecer la asociación entre supervivencia a los 6 meses del alta y los siguientes factores: PCIH o PCEH, 1er ritmo registrado, PCR presenciada, tiempo de duración de PCR, fragilidad (Clinical Frailty Scales-CFS), comorbilidad (índice de comorbilidad de Charlson-CCI) y supervivencia con buen estado neurológico (escala GO-FAR).

**Resultados:** Se analizaron 95 pacientes, 68,4% hombres, mediana de edad 64 años (RIC 56-73); no hubo diferencias significativas en la supervivencia por sexo, pero sí por edad siendo 17,3% < 65 años y 13,7% > 65 años (p 0,012). Mediana de 4 (1-7) días de estancia en UCI y 8 (5-19) de hospitalaria. El 62,7% presentó PCEH y 37,3% PCIH, la supervivencia fue de 19,5% para la PCEH y de un 11,5% para la PCIH (p 0,039). El



80% de las PCR fueron presenciadas, 18,9% no; se consiguieron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de las PCR presenciadas siendo del 24,8% y del 5,9% en las no presenciadas (p 0,039). El primer ritmo registrado fue desfibrilable en 44,2%, no desfibrilable en 49,5% (desconocido 6,3%); la supervivencia en ritmos desfibrilables fue de 15,3% y en no desfibrilables del 13,7% (p 0,004). Causas de PCR cardíaca (55,7%), respiratoria (25,3%), séptica (4,2%), neurológica (3,1%). Se realizó cateterismo precoz al 46,3%, de ellos sobrevivieron el 16,6%. Según el tiempo de duración de la PCR la mediana en *exitus* fue de 24 vs. 25 min en supervivientes (p 0,99). La mediana de Frailty en *exitus* fue de 4 vs. 2 en supervivientes (p 0,0002). La mediana de CCI en *exitus* fue de 5 vs. 2 en supervivientes (p 0,0001). La mediana obtenida en la escala GOFAR en *exitus* fue de 15 vs. -6 en supervivientes (p 0,001). Del total de casos 53,6% fallecen en UCI, 8,3% fallecen en el hospital tras el alta de la UCI, 10,7% fallecen y 27,3% sobreviven tras 6 meses del alta hospitalaria.

**Conclusiones:** Se evidencia asociación estadística entre múltiples variables demográficas, clínicas y de evolución, relacionadas con mayor mortalidad. Presentar edad mayor de 65 años, PCIH, evento no presenciado, primer ritmo no desfibrilable, valores elevados de cualquiera de las escalas valoradas (Frailty, CCI o GO FAR) se relacionan con mayor mortalidad tras 6 meses del alta tras ingreso en UCI por PCR recuperada. Resultados compatibles con la literatura.

**049. TEP DE RIESGO INTERMEDIO Y FIBRINOLISIS CON DOSIS INTERMEDIAS: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI**

Blanco Otaegui N, Valiente Fernández M, Delgado Moya FdP, Martín Badía I, Sáez de la Fuente I, Chacón Alves S, Sánchez-Izquierdo Riera JÁ, Lesmes González de Aledo A, Álvaro Valiente E y Risco Torres P

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Análisis de las diferencias en los pacientes ingresados en una unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio en los que se realiza fibrinólisis a dosis intermedias y en los que no se realiza fibrinólisis.

	Fibrinólisis 50 mg (n=25)	Sin fibrinólisis (n = 83)	P Value
<b>VARIABLES NUMÉRICAS</b>			
Edad	58.5	63	0.08
TAS	124	122	0.60
TAD	79	73	0.06
FC	104	101	0.48
UrgFR	26	24	0.08
IS	0.86	0.86	0.71
ISF	413	368	0.32
SatO2	92%	90%	0.11
pH	7.4	7.41	0.40
Troponina	118	87	0.78
Dímeros	11384	13056	0.73
Láctico	2	1.9	0.59
Pro BNP	3287	2680	0.60
Tiempo UCI	2	2	0.11
Tiempo Ingreso	9	10	0.23
ACV hemorr	0%	0%	
Sangr Men	21%	6%	<0.05
<b>VARIAIBLES CATEGÓRICAS</b>			
Alta UCI	100%	96%	0.35
Alta Hospital	100%	96%	0.35
Procedencia	100% Urgencias	78% Urgencias	<0.05
Cáncer	16%	15.6%	0.96
TVP	32%	36%	0.7
Síncope	24%	29%	0.63
Alt. ECG	84%	66%	0.09
TEP central	44%	17%	< 0.05
Disfun VD	85%	85%	1
Dilat VD	95%	92%	0.69

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado en un hospital de tercer nivel (H. U. 12 de Octubre) a partir de un registro retrospectivo y prospectivo de pacientes ingresados en UCI por TEP.

**Resultados:** De un total de 357 pacientes ingresados en UCI por TEP (2004-2022), 193 pertenecían al grupo de riesgo intermedio (presentaban disfunción del ventrículo derecho (VD) y/o elevación de troponinas). Respecto a este grupo, 83 de ellos no recibieron fibrinólisis, 25 de ellos recibieron fibrinólisis con dosis intermedias (dosis única de 50 mg) y 85 de ellos recibieron fibrinólisis con dosis completa. Los pacientes que recibieron fibrinólisis a dosis medias tienen diferencias significativas en: localización anatómica del TEP con una distribución central en las pruebas radiológicas (44 vs. 17%, p < 0,05) y además procedían en su mayoría del servicio de urgencias (100 vs. 78%, p < 0,05). Además estos pacientes tenían tendencia a ser más jóvenes (58,5 vs. 63, p 0,08), a tener mayor frecuencia respiratoria (26 vs. 24, p 0,08) y a presentar mayores alteraciones en el electrocardiograma (ECG) (84 vs. 66%, p 0,09). No se observaron diferencias ni tendencias en marcadores analíticos tales como lactato, troponinas, proBNP o dímeros D. No se produjeron accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA) hemorrágicos en ninguno de los dos grupos; aunque sí se observaron diferencias en el número de sangrados menores (21% en el grupo con dosis intermedias vs. 6% en el grupo de no fibrinólisis, p < 0,05). Tampoco existieron diferencias en cuanto a los días de ingreso en UCI ni días de estancia hospitalaria.

**Conclusiones:** En nuestra práctica clínica observamos una tendencia a fibrinolisar pacientes con TEP de riesgo intermedio en pacientes más jóvenes y con datos de gravedad (taquipnea, TEP central, alteraciones en el ECG) sin asociarse mayor número de complicaciones hemorrágicas graves.

**050. USO DE VASOPRESINA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO EN UNA UCI POLIVALENTE**

Moliner Arrebola N, Costa Oterino B, Abril Palomares E, Algaba Calderón Á, Córdoba Sánchez ÁL, Riesco de la Vega L, Carmona Flores RM, Estévez Hidalgo MÁ, Navarro Velasco G y Muñoz de Cabo C

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

**Objetivos:** Conocer las características de pacientes a los que se administra vasopresina, así como efectos secundarios desarrollados y el papel de esta hormona como ahorrador de catecolaminas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de julio a diciembre de 2022 que recoge pacientes con shock séptico a los que se introdujo vasopresina en una UCI polivalente de 16 camas. Analizamos variables demográficas, de gravedad, estancia en UCI y hospitalaria. No se excluyó a ningún paciente. Se recogen las dosis de vasopresina y noradrenalina, así como variables clínicas como lactato, presión arterial media y frecuencia cardíaca. Por último, se recoge la presencia de fracaso renal contrastando creatinina, puntuación KDIGO y uso de terapia renal sustitutiva.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio obtuvimos 14 pacientes, el 50% mujeres, con mediana de edad 60 años (RIC 51-73), IMC 28 (RIC 24-33), APACHE II 23 (RIC 20-26), SOFA al ingreso 10 (RIC 8-12). El 50% no presentaba antecedentes. La mayoría de sepsis fueron de origen abdominal (43%), 36% pulmonar y 14% otros. La mediana de estancia hospitalaria es 38 días (RIC 23-48), 26 días (RIC 12-35) en UCI. La mortalidad fue 7% a la semana de ingreso y 14% al mes. El 71% tuvo corticoides y solo 1 paciente tuvo un efecto adverso. El organismo aislado más frecuente fue *Escherichia coli* (29%). La media de inicio de vasopresina fue 8 horas (RIC 2-18) y 64 horas de duración (RIC 47-103). La máxima dosis se alcanzó a las 12 horas (1,74 UI/mL). A las 72 horas menos de la mitad (43%) continuaba con vasopresina. La dosis media de noradrenalina fue 0,22 µg/kg/min, al inicio de la vasopresina fue 0,34 µg/kg/min (máximo) y a las 24 horas 0,16 µg/kg/min. Hasta en el 43% se suspende noradrenalina a las 72 horas de inicio de vasopresina. Un 21% requieren terapia de depuración extrarrenal. La creatinina basal media fue 0,7 mg/dL, se incrementó hasta 1,22 mg/dL las primeras 24 horas (media de KDIGO 2). La mediana de lactato al ingreso es 2,5 mmol/L (RIC 1,8-4,3), 3 mmol/L al inicio de vasopresina (RIC 1,8-5,3) y un mínimo de 1,55 a las 72 horas (RIC 1,3-2,1). La presión arterial media al ingreso es 70 mmHg y asciende hasta 76 mmHg a las 24 horas de inicio de vasopresina. La mediana de frecuencia cardíaca al inicio de vasopresina es 103 lpm y a las 72 horas 75 lpm.

**Conclusiones:** En nuestros pacientes vasopresina disminuye las dosis de noradrenalina necesarias para mantener una adecuada presión arte-

rial, además disminuye el lactato y la frecuencia cardiaca y aumenta la presión arterial media. Los pacientes desarrollaron pocos efectos secundarios con vasopresina.

### 051. USO DE SISTEMAS DE SOPORTE CARDIACO: OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOARTERIAL (ECMO VA) Y ASISTENCIA VENTRICULAR EN NUESTRA UNIDAD. COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

Onieva Calero F<sup>1</sup>, Pineda Capitan JJ<sup>1</sup>, Amat Serna T<sup>2</sup>, Pedrajas Molina B<sup>1</sup>, de la Fuente Martos C<sup>1</sup> y Robles Arista JC<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hospital Universitario de Jaén (C. H. U. de Jaén), Jaén.

**Objetivos:** Analizar la experiencia en el uso de soporte mecánico tipo ECMO VA y Asistencia ventricular en nuestra unidad de Medicina Intensiva.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo en el Hospital Universitario Reina Sofía desde el año 2009 hasta diciembre de 2022. Realizamos un análisis descriptivo: características del paciente, indicación, complicaciones y análisis de mortalidad.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se han implantado 151 ECMO VA en adultos, tres recibieron además soporte con asistencia ventricular (indicación por *shock* cardiogénico postinfarto) y 10 asistencias ventriculares. El 73% varones, mediana de edad 49 (17-78). Apache II  $24 \pm 6$  y SOFA  $9 \pm 2$  al ingreso. Indicaciones más frecuentes de ECMO VA: *Shock* cardiogénico no isquémico en 32 pacientes, *shock* cardiogénico postinfarto agudo de miocardio 26, puente trasplante cardiaco 25 pacientes, fallo salida circulación extracorpórea 16, disfunción primaria del injerto postrasplante pulmonar 16 pacientes. Horas de asistencia: 190 (2-2.210). Del total de ECMO VA implantadas, 55 fueron centrales y 96 de acceso periférico. Complicaciones de la técnica: Sangrado 37 pacientes y trombosis 14 pacientes. Infecciones documentadas 51 pacientes (34%) y necesidad de terapias de sustitución renal 63 pacientes (41%), 58 con terapias continuas. Si analizamos el tipo de acceso, en las periféricas hubo más complicaciones tromboticas y neumonías asociadas a ventilación mecánica, teniendo esta última relación estadísticamente significativa con la mortalidad ( $p < 0,001$ ). La mediana de ventilación mecánica 8 días (1-129) y estancia en UCI 9 (1-250). La mortalidad global 72%, 85 pacientes durante la asistencia y 22 tras retirada. De las 10 asistencias ventriculares implantadas, 9 casos como puente a trasplante. Como complicaciones más frecuentes: infecciones documentadas 7 pacientes y necesidad de terapia de reemplazo renal continua en 4. Fallecidos 8 pacientes. Solo hemos observado relación estadísticamente significativa en el grupo ECMO VA global entre la mortalidad y la edad ( $45 \pm 12$  vs.  $51 \pm 14$ ;  $p < 0,015$ , OR 6,93 (1,38-12,47)), puntuación APACHE II ( $21 \pm 5$  vs.  $26 \pm 6$ ;  $p < 0,001$ , OR 4,52 (2,02-6,74)) y SOFA ( $8 \pm 2$  vs.  $10 \pm 2$ ;  $p < 0,002$ , OR 1,52 (0,55-2,48)).

**Conclusiones:** Hay que tener en cuenta que se tratan de dispositivos diferentes, pero con mortalidad elevada, pero parte de esa mortalidad se relaciona con la patología de indicación, además de tener antes del implante scores pronósticos elevados. No existe relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y complicaciones; pero sí entre el acceso periférico y la presencia de NAVM.

### 052. VARIABLES MODIFICABLES RELACIONADAS CON EL PRONÓSTICO EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

González Gómez M, Morales Romero AL, Sánchez Salado A, Whyte García L, López García M, Barriuso López E, Gómez Mediavilla K, Rubio Regidor M y Lorente Balanza JA

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Objetivos:** La identificación de factores pronósticos modificables y la intervención sobre ellos puede mejorar los desenlaces de pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) intrahospitalaria. El objetivo de este estudio es identificar los factores pronósticos modificables en pacientes con PCR intrahospitalaria a los que se les realiza resucitación cardiopulmonar (RCP) en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo durante 3 años (2018-2021) de una cohorte de pacientes adultos que presentaron PCR en nuestro centro (Hospital Universitario de Getafe). Registramos diferentes variables demográficas, clínicas y de desenlace. Comparamos enfermos con y sin recuperación de circulación espontánea (RCE). Se emplea

t de Student para el análisis de variables cuantitativas, y chi cuadrado o test exacto de Fisher, según proceda, para las variables cualitativas. Los datos se expresan como proporción o media y rango. Estudio aprobado por el Comité de Ética e Investigación local.

**Resultados:** Registramos 95 pacientes con PCR (1,7 casos/1.000 ingresos hospitalarios, edad 74 años [rango 40-96], 61% varones), con una duración de RCP de 19,8 minutos (2-55 minutos). 84 casos (88%) fueron presenciados (73 por sanitarios, 11 por familiares). 82 pacientes (86%) recibieron valoración médica las 6 horas previas a la PCR. 9 casos (9%) presentaron ritmos desfibrilables. En 33 casos (35%) hubo RCE, de los cuales 13 (39%) recibieron el alta hospitalaria. La duración de la RCP fue diferente en pacientes con RCE respecto a los no RCE (15 vs. 23 minutos respectivamente,  $p = 0,002$ ). La proporción de pacientes con RCE fue mayor cuando las PCR tuvieron lugar en UCI, quirófano o urgencias (25/58 [43%]) frente a otras localizaciones (8/37 [22%]) ( $p = 0,032$ ) y cuando las PCR tuvieron lugar en el contexto de la intubación orotraqueal (7/9 [78%]) frente a otras PCR (25/84 [30%]) ( $p = 0,007$ ). Se observó una tendencia, aunque no significativa, de mayor proporción de RCE cuando existió una valoración médica en las 6 horas previas a la PCR (31/82 [38%]) frente a los casos en los que no la hubo (2/13 [15%]) y cuando la PCR fue en ritmos distintos a la asistolia (24/59 [41%]) frente a la PCR en asistolia (9/36 [25%]).

**Conclusiones:** Es posible identificar variables modificables que se asocian con una mayor probabilidad de RCE (como la existencia de una valoración médica en las 6 horas previas a la PCR). Determinar las variables modificables nos permitirá establecer estrategias de mejora.

### 053. COMPARACIÓN DE LA TROMBOPENIA Y LOS EVENTOS HEMORRÁGICOS EN EL POSOPERATORIO DE LA SUSTITUCIÓN DE VÁLVULA AÓRTICA POR PRÓTESIS BIOLÓGICA AUTOEXPANDIBLE SIN SUTURA (PERCEVAL®) CON OTRAS PRÓTESIS AÓRTICAS BIOLÓGICAS

Morala Vega P<sup>1</sup>, López López Á<sup>2</sup>, González Contreras JJ<sup>3</sup> y Álvarez Márquez E<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena (C. H. U. Virgen Macarena),

Sevilla. <sup>2</sup>Hospital San Lázaro (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla. <sup>3</sup>Hospital San Juan de Dios de Sevilla, Sevilla.

**Objetivos:** Comparar el descenso en la cifra de plaquetas en las primeras 72 horas de posoperatorio de sustitución de válvula aórtica Perceval® con otras prótesis biológicas (Trifecta®, Navitor®, Sapier® y Portico®) y su relación con eventos hemorrágicos, necesidad de transfusión y reintervención quirúrgica.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en una UCI polivalente de 30 camas en el año 2022 en pacientes durante el posoperatorio de sustitución valvular aórtica por prótesis biológica. Variables recogidas: tipo de prótesis implantada, sexo y edad, toma previa de antiagregantes y anticoagulantes, cifra total de plaquetas al ingreso, a las 24 y 72h (considerando como trombopenia grave  $< 50.000$  plaquetas/mm<sup>3</sup>), eventos hemorrágicos, necesidad de transfusión y de reintervención, días de estancia en UCI y mortalidad. Se realizó un análisis t de Student de varianzas iguales para comparar la media de descenso de plaquetas en los dos grupos.

**Resultados:** 88 pacientes incluidos, 44,31% ( $n = 39$ ) se implantó prótesis Perceval®. El 72,80% de este grupo de pacientes fueron hombres con una media de edad de 69,76 años (DE 6,41). En el resto de pacientes (55,69%,  $n = 49$ ) se implantó otro tipo de válvulas, siendo hombres el 47% con una media de edad de 79,69 años (DE 9,31). La toma de antiagregantes y anticoagulantes fue del 35,9% y 20,5% respectivamente en el grupo Perceval®, y del 30,6% y 28,6% en el grupo de otras válvulas. En las Perceval®, la trombopenia grave estuvo presente en el 45,5% de los pacientes, mientras que en no Perceval fue del 4%. El descenso plaquetario medio a las 72 horas de ingreso en UCI fue de 75.461 (DE 47.837) en el grupo Perceval® y 32.285 plaquetas/mm<sup>3</sup> (DE 44.363) en el grupo no Perceval®. La diferencia en el descenso medio plaquetario entre los dos grupos fue estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ). Se produjo evento hemorrágico en 7 pacientes del grupo Perceval®, 4 requirieron intervención y 6 transfusión de plaquetas. En el segundo grupo, 13 pacientes sufrieron evento hemorrágico, 6 necesitaron intervención y 6 transfusión plaquetaria. Los días de estancia media fueron 5,7 (DE 2,57) y 5,2 (DE 8,7) en ambos grupos, falleciendo solo un paciente del grupo no Perceval®.

**Conclusiones:** La implantación de prótesis Perceval® se asocia a un mayor desarrollo de trombopenia en las primeras 72 horas de posoperatorio con respecto a otro tipo de válvulas aórticas biológicas, siendo

grave en casi la mitad de los pacientes. Sin embargo, no hay una diferencia clínicamente relevante respecto a eventos hemorrágicos, necesidad de transfusión o reintervención entre ambos grupos.

#### 054. TERAPIA EXTRACORPÓREA COMBINADA CON ECMO Y TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Rodrigo Pérez H, Presa Orúe A, Ansotegui Hernández A, Lasa Berasain P, Zabalza Goya A, Ares Miró P, Vázquez Yoldi A, Yeregui Baztán L, Martínez San José N y Arregui Remón S

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

**Objetivos:** El objetivo principal es la evaluación de resultados clínicos de los pacientes sometidos a soporte circulatorio con ECMO y técnicas continuas de reemplazo renal en la fase inicial del programa ECMO en un hospital terciario sin programa de trasplante cardiopulmonar.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo de pacientes que recibieron tratamiento combinado con ECMO con TCRR, desde enero del 2016 hasta diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de Navarra, centro de referencia de Cirugía Cardíaca y Torácica para una población aproximada de 650.000 habitantes, sin programa de trasplante cardíaco. Se excluyen pacientes trasladados a centro de trasplante de referencia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad general (índice de Charlson), SOFA ingreso y variables específicas relacionadas con las TCRR: AKI previo a indicación de TCRR, indicación principal de TCRR para manejo de volemia, días de TCRR, balance en las primeras 72 horas tras inicio de terapia, uso de hemoadsorción y supervivencia en UCI, a los 30 días y al año post-UCI. Se realiza análisis descriptivo con mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas continuas y porcentajes para variables cualitativas.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes que recibieron soporte combinado con ECMO y TCRR, que representan el 45,2% de todos los que precisaron ECMO. Edad 60 (51-66,5) años. Sexo varón 68%. Í. de Charlson 2 (1,5-3,75). SOFA 9 (7-11,75). AKI estadio III KDIGO previo a TCRR 52,63%, AKI estadio II KDIGO previo a TCRR 37%. En el 47,36% de los casos la indicación principal de inicio de las TCRR fue el control de volemia. Días de TCRR 14 (5-19,5). La mediana de balance positivo a las 72h de inicio de la terapia fue 3.747 cc (-1.748-8.133). Uso de hemoadsorción en el 15,78%. Supervivencia al alta de UCI 52,64%, supervivencia a los 30 días y al año del alta de UCI de 47,36% y 31,57% respectivamente. Respecto a la mortalidad en UCI, el 33,33% fue por FMO y el 66,66% fue vía LTSV (66,66% por fallo multiorgánico, 16,66% daño neurológico grave y 16,66% decisión familiar).

**Conclusiones:** Cerca de la mitad de los pacientes en ECMO combinan terapia con TCRR, de forma similar a centros de alto volumen. La indicación de terapia combinada se hace en pacientes seleccionados con baja comorbilidad previa. La indicación principal de las TCRR es el manejo de volemia, a pesar de lo cual persiste el balance positivo a las 72 horas de terapia. Días de TCRR acopladas a ECMO y porcentaje de hemoadsorción similar a centros de alto volumen. Perfil de mortalidad similar a series internacionales.

## Pósteres orales

### TRAUMATISMOS I

08:30-10:00 h. SALA POLIVALENTE

#### 055. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TEST VISCOELÁSTICO ROTEM® EN EL MANEJO DE LA COAGULOPATÍA RELACIONADA CON EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO GRAVE. ESTUDIO PRELIMINAR

Vilà Rivas M<sup>1</sup>, Bellés Casas A<sup>1</sup>, Torralba Calero M<sup>1</sup>, Tejerina Fontaina P<sup>1</sup>, Buxó Pujolràs M<sup>2</sup> y Murcia Gubianas C<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>2</sup>Institut d'Investigació Biomèdica de Girona, Girona.

**Objetivos:** La hemorragia masiva (HM) es la primera causa de muerte en el paciente politraumático grave (PTG). Hasta un 10% precisa de

politransfusión. La coagulopatía inducida por traumatismo (CIT) en estos pacientes aumenta la mortalidad, por lo que se buscan estrategias, como los test viscoelásticos (ROTEM), para optimizar su manejo. Se han descrito patrones de ROTEM que pueden relacionarse con más mortalidad. Este es un estudio preliminar sobre la implementación y el algoritmo de ROTEM en los PPTG en nuestro centro. Nuestros objetivos son: 1. Describir nuestra población; 2. Analizar los factores de la péntada de la CIT; 3. Registrar los resultados de las pruebas de coagulación y de ROTEM; 4. Analizar los patrones de ROTEM y su relación con la mortalidad; 5. Evaluar el tratamiento realizado para la CIT comparándolo con el tratamiento propuesto por el algoritmo ROTEM.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo (12/2020-12/2022) de PPTG con criterios de HM y en los que se realizó un ROTEM a su llegada a urgencias. Se analizaron variables demográficas, scores de detección y gravedad, indicadores hemodinámicos, de consumo y de mortalidad. También registramos los datos de la péntada de la CIT, las pruebas de coagulación y los ROTEM realizados, así como el tratamiento administrado extra e intrahospitalario.

**Resultados:** De un total de 22 PPTG admitidos en nuestro centro, 12 cumplían criterios de HM (n = 12). Un 41,7% son hombres de 54,8 años de media. Todos ingresan en unidad de críticos (estancia media de 12,7 días), SAPS-II inicial de 62,2 y una mortalidad a las 48 horas del 41,7% y a los 28 días del 50%. Todos presentan un valor de MSI > 1. Por otro lado, un valor > 15 puntos en la escala TASH se asocia a más mortalidad a las 48 horas (p < 0,05). La alteración de la péntada de la CIT se observa en todos los casos. Las pruebas de coagulación son patológicas en el 10%, por contra el ROTEM se altera en el 66,7%. En cuanto a patrones ROTEM, un 25,03% cumplen criterios de patrón específico (8,33% hipogoagulabilidad y 16,7% hipocoagulabilidad e hiperfibrinólisis). Estos se relacionan con más mortalidad a las 48 horas (p < 0,05). A pesar de la administración extrahospitalaria de ácido tranexámico en el 63,3% de los casos, todos los pacientes precisaron de más según el algoritmo ROTEM.

**Conclusiones:** Según este estudio preliminar, el ROTEM es una herramienta útil, rápida y fiable para detectar y manejar la CIT. Podría ser más preciso que las pruebas de coagulación y nos permitiría relacionar la CIT con patrones asociados a mayor mortalidad. Sin embargo, son necesarios más estudios para extraer conclusiones fiables y con más significancia estadística.

#### 056. COAGULOPATÍA EN LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA: PREVALENCIA Y PATRONES MÁS FRECUENTES DE TEST VISCOELÁSTICO (ROTEM)

Burgui Gualda E, Marcos Morales A, Barea Mendoza J, García Fuentes C, Chico Fernández M, Cueto-Felgueroso Ojeda C y Calvo Boyero F

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir a los pacientes con enfermedad traumática que se les realiza tromboelastografía rotacional (ROTEM) e identificar los patrones de ROTEM más frecuentes.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo con una base de datos prospectiva, incluyendo los pacientes con trauma atendidos en una UCI de trauma durante el periodo 2019-2022. Se recogieron datos demográficos, gravedad del trauma (mediante Revised Trauma Score e Injury Severity Score), variables clínicas y parámetros del ROTEM realizado en las 4 primeras horas. Se clasificaron por patrones presentados de coagulopatía por ROTEM. Se definió hipofibrinogenemia como FIBTEM A5 < 9 mm o FIBTEM MCF < 9 mm, formación del coágulo retardada como EXTEM CT > 80s, reducción de firmeza del coágulo como EXTEM A5 < 35 o MCF < 45, hiperfibrinólisis como FIBTEM ML 100% o LI60 < 85% con AP-TEM MCF normal y alteración aislada de la función plaquetaria (AFP) como EXTEM A5 < 35 más FIBTEM A5 > 9.

**Resultados:** Se incluyeron 1.252 pacientes, con edad mediana 43 años, siendo el 77,1% hombres y con trauma cerrado 82,7%, realizándose ROTEM en las 4 primeras horas a 106 (8,5%). Aquellos en los que no se realizó presentaron RTS mediana 11, ISS mediana 16, estabilidad hemodinámica un 87,7%, aislamiento de VA un 22,7%, desarrollando un 4,7% síndrome de distrés respiratorio (SDRA), síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) 4,4%, fracaso renal aguda (FRA) 4% e hipertensión endocraneal (HEC) 2,6%, teniendo una mediana de estancia de 2 días con una mortalidad del 6,6%. Respecto a los que se realizó ROTEM presentaron RTS mediana 10, ISS mediana 29, shock hemodinámico un 51,9%, requiriendo aislamiento de VA un 65,7%, desarrollando un 11,3% SDRA, SDMO 18,9%, FRA 14,2% e HEC 7,5%, te-

niendo una mediana de estancia de 6 días con una mortalidad del 29,8%. Los pacientes fueron clasificados por patrones más comunes de ROTEM, presentando un 73,5% hipofibrinogenemia, un 37,7% formación del coágulo retardada, un 36,8% reducción de firmeza del coágulo, un 4,1% hiperfibrinolisis y un 2% AFP, mientras que un 20,8% no presentaron un patrón coagulopático.

**Conclusiones:** La coagulopatía asociada al trauma es un fenómeno frecuente en los pacientes con enfermedad traumática grave. La técnica de ROTEM se utiliza para guiar la resucitación de los pacientes más graves. El patrón más frecuente de ROTEM en las primeras 4 horas tras el trauma es el patrón de hipocoagulabilidad con hipofibrinogenemia, el segundo más frecuente es la formación del coágulo retardada.

**057. ESTUDIO DE CALIDAD ASISTENCIAL A LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

Barakat Fernández S, Pérez Bastida L, Álvarez Torres M, Corbato García Á, Benítez Garzón LE, Andaluz Ojeda D, González Salamanca Á, Ortega Sáez M, Manuel Merino FJ y Álvarez Ruiz AP

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

**Objetivos:** Analizar el grado de cumplimiento de indicadores clínicos (IC) relacionados con la correcta atención inicial al paciente politraumatizado en un hospital secundario entre enero de 2021 y diciembre de 2022.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de politraumatismo al ingreso hospitalario. Se analizaron variables demográficas, clínicas, procedimientos realizados, escalas de gravedad y desenlace. Las variables cualitativas se analizaron mediante cálculo de frecuencias y las cuantitativas mediante mediana ( $\pm$  rango intercuartílico). Se analizó la exactitud diagnóstica de las diferentes variables recogidas para predecir desenlace clínico mediante análisis del área bajo la curva ROC (SPSS 21.0).

**Resultados:** De los 45 pacientes el 68,8% eran varones con mediana de edad de 57  $\pm$  30 años y estancia de 11  $\pm$  43 días. El mecanismo de lesión fue el trauma cerrado en todos los casos, con un 48,9% de politraumatismos graves (PTG). La mediana de ISS (Injury Severity Score) y de TRISS (Trauma and Injury Severity Score) fue 22  $\pm$  21 y 95,35  $\pm$  13,7 respectivamente. La mortalidad global fue del 13,3% y del 27,3% en PTG. Se objetivó un elevado cumplimiento de IC a excepción del uso de collarín cervical, cinturón pélvico y cirugía de control de daños (CCD). Las escalas ISS y TRISS mostraron la mejor AUROC para predecir mortalidad: 0,99 IC95% (0,97-0,99) y 0,98 IC95% (0,95-0,999), respectivamente ( $p < 0,001$ ).

Indicador clínico	N (%)
Vendaje compresivo	Sí 3 (100) No 0 (0)
Collarín cervical	Sí 20 (80) No 5 (20)
Cinturón pélvico	Sí 7 (63,6) No 4 (36,4)
TC craneal y cervical en TCE	Sí 42 (97,7) No 1 (2,3)
Fijación externa fracturas abiertas	Sí 6 (100) No 0 (0)
Antibiótico 1ª hora fracturas abiertas	Sí 8 (100) No 0 (0)
Ácido tranexámico	Sí 10 (83,3) No 2 (16,7)
Protocolo trasfusión masiva	Sí 6 (100) No 0 (0)
CCD	Sí 3 (60) No 2 (40)
IOT en Glasgow < 9	Sí 7 (100) No 0 (0)
Cirugía precoz en fracturas diáfisis fémur	Sí 2 (100) No 0 (0)

**Conclusiones:** Las escalas de gravedad ISS y TRISS demuestran excelente precisión para predecir mortalidad en PTG, por lo que constituyen herramientas que deberían ser utilizadas de manera rutinaria. Pese a observar un buen cumplimiento de los IC, se han identificado áreas de mejora en el uso del collarín cervical, estabilización pélvica y CCD que

deberían ser corregidas para mejorar la calidad en la atención de nuestros pacientes.

**058. PAPEL DE LA ARTERIOGRAFÍA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO. SERIE DE CASOS**

Valiente Raya P, Prieto Cabrera A, Castrillo Cortecedo L, de Miguel Martín SH, Alonso Martínez P, Postigo Hernández C, García González I, Febrianny Maiche S, Bringas Bollada M y Sánchez García M

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El shock hemorrágico es la primera causa de muerte en el politrauma. El tratamiento depende de la localización de la lesión y el mecanismo lesional. La arteriografía es una herramienta eficaz, rápida y accesible. Las guías la consideran para el tratamiento del sangrado secundario al trauma pélvico y de órgano sólido, pero en la práctica clínica la embolización de lesiones periféricas es cada vez más frecuente.

**Objetivos:** Describir las características de pacientes politraumatizados sometidos a embolización. Determinar si el número de arteriografías se ha incrementado en los últimos años y si la embolización precoz se asocia a factores de buen pronóstico.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes politraumatizados sometidos a arteriografía terapéutica en la Unidad de Neurocríticos y Neupolitrauma (HTIC) entre 2016-2022. Se describen características demográficas, de la situación hemodinámica, gravedad (definida por escala ISS) y tipo de trauma y relativas al tratamiento (tasa de embolización, tratamiento primeras 6h y localización). Se comparó el porcentaje de arteriografías realizadas con respecto al total de traumas por año. Análisis estadístico: Kolmogórov-Smirnov, t de Student y chi-cuadrado. Paquete IBM® SPSS® Statistics software, v.15.0 para Windows (IBM, Somers, NY, EE. UU.).

**Resultados:** De 729 politraumatizados se realizaron 42 arteriografías (5,7%). La edad media fue 51  $\pm$  23,8 años, 69% varones. El ISS fue 30,7  $\pm$  16,7. El 57% se encontraba estable, 23,8% respondía a volumen y un 19% precisó soporte vasoactivo. Entre los pacientes que precisaron arteriografía, el trauma más frecuente fue el accidente de tráfico/alta energía (35%). La tasa de embolización fue del 88%. La localización más frecuente fue la pelvis (35%), seguido de la periférica (33%) y órgano sólido (26%). La arteria más frecuentemente embolizada fue la hipogástrica (21,6%). Ni el porcentaje de arteriografías con respecto al total de traumas por año ni las tasas de embolización periférica se han incrementado en nuestra serie. Un 7% requirió rescate quirúrgico, lo que se asoció con la gravedad del trauma (ISS) y el consumo de bases inicial ( $p < 0,05$ ). El 70% de los pacientes se embolizaron en las primeras 6 h. Esto se relacionó con valores de HB más bajos y estancias más cortas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** La arteriografía permite el tratamiento del sangrado traumático, siendo la localización pélvica y periférica las localizaciones más frecuentes en nuestra serie. La embolización precoz se asoció a estancias más cortas en UCI.

**059. EVALUACIÓN DE LA CARACTERÍSTICAS DE PRESENTACIÓN DEL TRAUMA RAQUIMEDULAR MODERADO-GRAVE EN UNA UCI ESPECIALIZADA DURANTE 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO**

Alonso Ciria E, Pais Sánchez-Malingre V, Calle Flores A, Guerra Cuervo JM, Romeu Prieto JM, Morales Varas G, Sánchez Casado M, Corral Lardies C, Gómez Cano I y Piza Pinilla R

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

**Objetivos:** Evaluación de las características de presentación del trauma raquimedular moderado-grave (TRMmg) en una UCI especializada.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, de los pacientes ingresados con trauma raquídeo en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se comparó la cohorte de pacientes que presentó trauma raquídeo con un Abbreviated Injury Scale (AIS de columna) mayor o igual a 3 o menor a 3. Se analizaron variables demográficas, mecanismo lesional, gravedad, evolución y resultados. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando la prueba de  $\chi^2$ ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. El análisis se realizó utilizando STATA®.



**Resultados:** El trauma raquimedular ocurrió en un 25,1%, y el TRMmg en un 17,7% (74 pacientes). Si comparamos los pacientes que no presentan TRMmg vs. los que sí encontramos diferencias en la atención prehospitalaria (UCI móvil 81,3 vs. 86,3%, helicóptero 2,7 vs. 8,2%;  $p = 0,031$ ), menor edad ( $52,5 \pm 18,6$  vs.  $48,1 \pm 16,6$ ;  $p = 0,061$ ), menos antecedentes personales de cardiopatía (11,3 vs. 2,7%;  $p = 0,024$ ), tipo de accidente (tráfico 35,4 vs. 45,9%, laboral 5,5 vs. 12,2%; precipitación 10,2 vs. 24,3%, arma de fuego 1,7 vs. 4,1%;  $p < 0,001$ ), más días de ventilación mecánica ( $5,6 \pm 9,9$  vs.  $8,4 \pm 14,9$ ;  $p = 0,050$ ), con mayor utilización de la traqueostomía quirúrgica (14 vs. 44,4%;  $p = 0,006$ ), mayor ISS ( $19,4 \pm 13,9$  vs.  $25,1 \pm 13,3$ ;  $p = 0,001$ ), que condiciona mayor transfusiones agudas (24,8 vs. 40,5%;  $p = 0,006$ ) y utilización de sedoanalgesia (53,4 vs. 68,9%;  $p = 0,014$ ) y estancias en UCI ( $7,9 \pm 11,6$  vs.  $11,1 \pm 15,6$ ;  $p = 0,047$ ) con una mortalidad similar en UCI (10,8%) pero más mortalidad por SDMO (23,5 vs. 75%;  $p = 0,049$ ). Se asocia menos a concomitante TCE (76,2 vs. 43,2%;  $p < 0,001$ ) y a trauma ortopédico (31 vs. 44,6%;  $p = 0,038$ ) y más a traumatismo torácico asociado (44,9 vs. 75,7%;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El trauma raquimedular ocurre en 1 de cada 4 pacientes atendidos y el moderado-grave en casi 1 de cada 5. Conocer sus características y perfil de trauma ayudará a mejorar su manejo.

### 060. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA TRAUMÁTICA COMO MARCADOR DE GRAVEDAD DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

Alonso Ciria E, Morales Varas G, Sánchez Casado M, Romeu Prieto J, País Sánchez-Malingre V, Calle Flores Á, Morán Gallego FJ, López de Toro Martín Consuegra I, Marina Martínez L y Gómez Cano I  
Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo.

**Objetivos:** Determinar el impacto de la hemorragia subaracnoidea traumática (HSAt) en la evolución de los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE).

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, de los pacientes ingresados con TCE en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se comparó la cohorte de los pacientes que presentaban HSAt y los que no. Se analizaron variables demográficas, mecanismo lesional, gravedad, evolución y resultados. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando la prueba de  $\chi^2$ ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. El análisis se realizó utilizando STATA®.

Figura 1 Póster 060

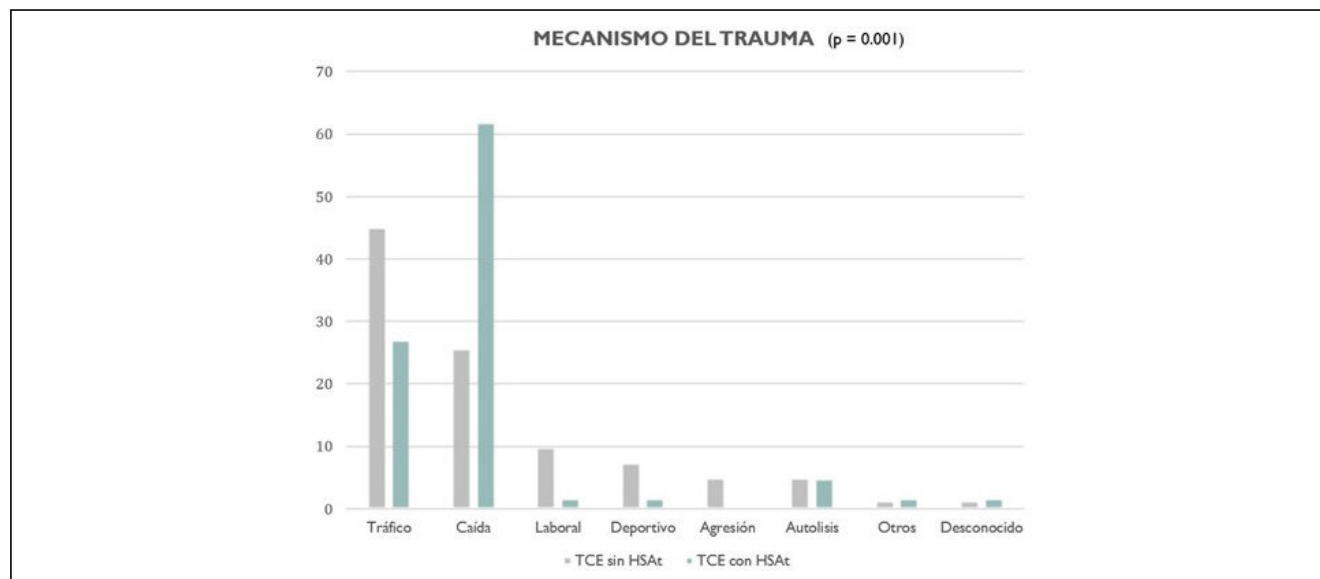


Figura 2 Póster 060

	TCE sin HSA	TCE con HSA	
<b>SCORES GRAVEDAD</b>			
ISS	20,4±12,3	25,1±14,3	p = 0,038
NISS	24,09±13,2	29,47±16,9	p = 0,055
AIS cabeza	1,4±1,9	3,7±1,0	p < 0,001
Mortalidad TRISS	15,5±27,4	30,5±34,4	p = 0,005
GCS atención inicial	13,11±3,7	9,76±4,4	p < 0,001
GCS motor atención inicial	5,65±1,2	4,97±1,8	p = 0,011
<b>EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO</b>			
GCS al alta	14,09±2,9	12,08±4,7	p = 0,003
GCS motor al alta	5,65±1,2	4,97±1,8	p = 0,011
GOSE al alta	5,25±2,4	4,41±2,8	p = 0,072
GOSE a los 6 meses	5,95±2,5	5,04±2,9	p = 0,076
GOSE al año	6,14±2,5	5,14±3,02	p = 0,066
Mortalidad	7,3%	23,8%	p = 0,018

TCE (Traumatismo craneoencefálico); HSA (Hemorragia subaracnoidea); ISS (Injury Severity Score), NISS (New Injury Severity Score), AIS (Abbreviated Injury Scale) TRISS (Trauma Injury Severity Score), GCS (Glasgow Coma Scale), GOSE (Glasgow Outcome Scale Extended).

**Resultados:** De los 145 pacientes que ingresaron en UCI por TCE, asociación componente de HSAT el 43,3%. En ambos grupos la mayoría eran hombres (80,5% No HSAT, 74,6% HSAT,  $p > 0,05$ ). La media de edad fue significativamente mayor en el grupo de HSAT ( $45,8 \pm 18$  No HSAT,  $56,8 \pm 18,2$  HSAT,  $p < 0,001$ ). El principal mecanismo del trauma en la HSAT fue la caída (48,4%) y en la cohorte sin HSAT fue el accidente de tráfico (25,5%) [fig.]. No hubo diferencias en cuanto a necesidad de neurocirugía en las primeras 24 horas (No HSAT 20,7 vs. HSAT 19%,  $p = 0,802$ ). Los pacientes con HSAT presentaron mayor "Abbreviated Injury Scale" de cabeza ( $3,7 \pm 1,0$  vs.  $1,4 \pm 1,9$ ,  $p < 0,001$ ) y mayor "Injury Severity Score" ( $25,1 \pm 14,3$  vs.  $20,4 \pm 12,3$ ,  $p = 0,038$ ), con una distribución de la clasificación de Marshall similar ( $p = 0,184$ ). Fue más frecuente la hipertensión intracraneal en el grupo HSAT (6,2% No HSAT, 24,2% HSAT,  $p = 0,02$ ), con mayor necesidad de tratamiento osmótico (11% No HSAT, 30,2% HSAT,  $p = 0,004$ ) y craniectomía descompresiva (1,2% No HSAT, 7,9 HSAT,  $p = 0,044$ ). El Glasgow Outcome Scale al alta de UCI, 6 meses y año fue similar ( $p = 0,72$ ,  $p = 0,76$  y  $p = 0,66$  respectivamente) al comparar los dos grupos. El grupo HSAT presentó una mortalidad significativamente mayor (23,8 vs. 7,3%,  $p = 0,018$ ) [tabla].

**Conclusiones:** La presencia de HSAT en nuestra cohorte condiciona peor pronóstico y mayor mortalidad, por lo que debe considerarse como un marcador independiente de gravedad en el TCE. Son necesarios más estudios que permitan evaluar nuevos enfoques terapéuticos en este grupo de pacientes.

### 061. TENDENCIAS DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE: ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LOS PERIODOS DE MAYOR Y MENOR INCIDENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Morales Varas G, País Sánchez-Malingre V, Sánchez Casado M, Ciria Elena A, Romeu J, Calle Flores Á, López de Toro Martín-Consuegra I y Marina Martínez L

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

**Objetivos:** Establecer las diferencias y el impacto de los periodos de mayor y menor incidencia de la pandemia por SARS-CoV-2 sobre el acceso y evolución de los pacientes con enfermedad traumática grave que precisaron ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio observacional de una cohorte de pacientes ingresados por enfermedad traumática en una UCI de un hospital de tercer nivel en dos periodos: el de mayor incidencia (2020) y el de menor incidencia (2022) de la pandemia por SARS-CoV-2. Se compararon variables demográficas, mecanismo lesional, gravedad, evolución y resultados. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes y se compararon usando la prueba de  $\chi^2$ ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. El análisis se realizó utilizando STATA®.

**Resultados:** Hubo un total de 281 ingresos en los dos periodos, 46,6% en el de mayor incidencia y 53,4% en el de menor incidencia. Mayoritariamente eran hombres (79,4%) y con una media de edad de  $51,3 \pm 17,4$ . El principal mecanismo lesional fue la caída accidental (30,96%) sin diferencias estadísticas entre ambos grupos. La evaluación prehospitalaria por personal sanitario fue menor durante el periodo de mayor incidencia (79,9 vs. 58,8%;  $p < 0,001$ ); además, los pacientes precisaron más intubación orotraqueal prehospitalaria en el periodo de mayor incidencia (31,1 vs. 24,0%;  $p = 0,043$ ). El Injury Severity Score (ISS) fue mayor en el periodo de mayor incidencia ( $24,2 \pm 17,0$  vs.  $19,8 \pm 12,6$ ;  $p = 0,042$ ) con una mayor mortalidad predicha, estimada con metodología Trauma Injury Severity Score (TRISS), ( $26,9 \pm 34,3$  vs.  $11,4 \pm 20,3$ ;  $p < 0,001$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad ( $p = 0,103$ ) y estancia en UCI ( $p = 0,605$ ).

**Conclusiones:** El volumen de ingresos por enfermedad traumática fue similar en ambos periodos de estudio. Los pacientes presentaban mayor gravedad durante el periodo de mayor incidencia y tuvieron una menor evaluación sanitaria prehospitalaria, probablemente condicionada por la carga asistencial del contexto. La mortalidad y estancia en UCI, de la enfermedad traumática, no presentaron diferencias en los diferentes periodos de la pandemia por SARS-CoV-2.

### 062. ¿INFLUYE EL CRITERIO DE ACTIVACIÓN SOBRE EL PRONÓSTICO Y LA MORTALIDAD DEL TRAUMA GRAVE? EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL

González López A, Pérez Gómez IM, Espinosa Aguilar V, Giménez-Esparza Vich C, Hurtado Oliver B, Relucio Martínez MA, Montenegro Moure A, Portillo Requena C y Sotos Solano F

Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante.

**Objetivos:** Describir características demográficas, mortalidad y pronóstico de los traumas graves. Comparar pronóstico al alta y mortalidad intrahospitalaria en función del criterio de activación del Código Politrauma. Comparar el consumo de recursos (politransfusión masiva (PM) y cirugía de urgencia) e inestabilización hemodinámica (IHD) posterior a la atención, según el criterio de activación.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y comparativo que incluye 118 pacientes traumatizados graves que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital comarcal desde enero 2018 hasta diciembre de 2022. Aprobado por el Comité Ético del hospital. La muestra se divide en dos subgrupos según si el criterio de activación es por mecanismo lesional ( $n = 73$ ) o por criterio clínico ( $n = 45$ ). Ambos criterios definidos por protocolo. Se analizan variables de sexo y edad, pronóstico al alta, activación de protocolo de PM, cirugía urgente, IHD posterior y mortalidad en ambos subgrupos mediante el programa SPSS. Las variables categóricas se expresan en frecuencias y porcentajes, y las continuas en media y desviación estándar mediante el test de chi-cuadrado. Se emplea la técnica de regresión logística binaria para el cálculo de la odds ratio (OR), el intervalo de confianza (IC) y su nivel de significación ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** La edad media de los traumas graves fue de  $47 \pm 19$  años. El 80% son hombres. La mortalidad global es del 8,5%. Al alta el 66% está vivo sin secuelas.

	Mecanismo lesional	Criterio clínico	OR	IC95%	p
PM	5,7%	27,1%	6,13	2,09-16,30	< 0,05
Cirugía urgente	22,9%	52,1%	3,66	1,66-8,12	< 0,01
IHD posterior	8,6%	35,4%	5,85	2,09-16,3	0,001
Vivos sin secuelas	82,1%	59%	0,31	0,13-0,77	0,01
Mortalidad	4,3%	18,8%	5,15	1,32-20,18	< 0,05

**Conclusiones:** La mayoría de traumas graves son hombres en torno a 47 años de edad sin secuelas al alta. Los traumas graves activados por mecanismo lesional tienen mejor pronóstico al alta y menor mortalidad. Los traumas graves activados por mecanismo lesional presentan un menor consumo de recursos y menor inestabilización posterior, derivado de una atención adecuada y especializada. La activación por criterio de mecanismo lesional es un indicador de calidad en la atención inicial al trauma grave.

### 063. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS DIFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN PACIENTES INGRESADOS POR ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

Blanco Otaegui N, Barea Mendoza JA, Montalbán Sánchez A, Fernández Hervás H, Marcos Morales A, García Fuentes C y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Análisis de las diferencias epidemiológicas y clínicas entre hombres y mujeres en pacientes ingresados por enfermedad traumática en una unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado en una UCI especializada en trauma de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años con enfermedad traumática que requirieron ingreso en UCI desde el año 2012 hasta el 30 de junio de 2022. Se excluyeron los pacientes menores de 16 años, con motivo de ingreso desconocido y aquellos que se trasladaron a otro centro. Se analizaron variables clínicas, demográficas, tipo de mecanismo lesional, Injury Severity Score (ISS) y Revised Trauma Score (RTS), días de estancia en UCI y de ventilación mecánica (VM) y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 3.622 pacientes: 805 mujeres y 2.817 hombres. Las mujeres presentaron una media de edad mayor (47,1 vs. 43,2,  $p < 0,001$ ), asocian más comorbilidades (hipertensión arterial 17,2 vs. 12,3%, diabetes mellitus 8,6 vs. 6%;  $p < 0,001$  y  $p 0,009$ ), y presentaron mayor proporción de anticoagulación previa (5 vs. 3,2%,  $p 0,017$ ). En cuanto al mecanismo lesional las mujeres presentaron mayor número de accidentes de tráfico, caídas accidentales e intentos autolíticos (49 vs. 37,2%, 16,8 vs. 12,9% y 16,9 vs. 9%,  $p < 0,001$ ); resto de mecanismos descritos en tabla. No se hallaron diferencias en cuanto a la gravedad medida por ISS y RTS, así como en la estancia en UCI ni en días de VM. Tampoco hubo diferencias en la probabilidad de supervivencia según el Trauma Injury Severity Score (TRISS). Además las mujeres exhibieron al

Figura Póster 063

<b>MOTIVO TRAUMA</b>		805		2817	<0,001
- Tráfico	394 (49%)		1048 (37,2%)		
- Caída accidental	135 (16,8%)		363 (12,9%)		
- Laboral	8 (1%)		325 (11,5%)		
- Autolisis	136 (16,9%)		263 (9,3%)		
- Agresión	63 (7,8%)		465 (16,5%)		
- Deportivo	39 (4,8%)		279 (9,9%)		
- Otros accidentes	30 (3,7%)		74 (2,6%)		
<b>TIPO TRAUMA</b>		805		2817	<0,001
- Cerrado	752 (93,4%)		2350 (83,4%)		
- Penetrante	53 (6,6%)		467 (16,6%)		

ingreso cifras tensionales y puntuación del Glasgow Coma Scale (GCS) más baja que los hombres (TAS 100 vs. 120 mmHg y 11,7 vs. 12,6;  $p < 0,001$ ). Los hombres presentaron más frecuentemente cirugía urgente (30 vs. 34,4%,  $p < 0,001$ ) y las mujeres mayor cantidad de hemoderivados (864 cc vs. 303 cc,  $p < 0,001$ ) y mayor número de arteriografías (8,7 vs. 3,6%,  $p < 0,001$ ). Las mujeres presentaron una mayor mortalidad que los hombres (14 vs. 8,7%,  $p < 0,001$ ) aunque tras el ajuste del sexo por edad e ISS ser mujer no supuso un factor de riesgo (OR 0,88-1,65).

**Conclusiones:** Existen diferencias epidemiológicas (edad, mecanismo lesional) y clínicas (TAS y GCS al ingreso, necesidad de hemoderivados, comorbilidad) entre hombres y mujeres en los pacientes ingresados por enfermedad traumática.

#### 064. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR ENFERMEDAD TRAUMÁTICA

Montalbán Sánchez A, Barea Mendoza JA, Blanco Otaegui N, Fernández Hervás H, Marcos Morales A, García Fuentes C y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** Análisis específico de la mortalidad en pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI) por enfermedad traumática.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional realizado en una UCI especializada en trauma de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años con enfermedad traumática grave que requirieron ingreso en UCI desde 2012 hasta junio de 2022. Se excluyeron los pacientes menores de 16 años, con motivo de ingreso desconocido y aquellos que se trasladaron a otro centro. Se analizaron variables clínicas, demográficas, tipo de mecanismo lesional, Injury Severity Score (ISS) y Revised Trauma Score (RTS), días de estancia en UCI y de ventilación mecánica (VM) y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 3.622 pacientes: 805 mujeres y 2.817 hombres. En el grupo de los pacientes que fallecieron en UCI (359), el 31,5% fueron mujeres y el 68,5% hombres, se observó una edad más elevada (54,6 vs. 42,9,  $p < 0,001$ ), presentaron más comorbilidades (hipertensión arterial 22,3 vs. 12,4% y diabetes mellitus 13,6 vs. 5,8%,  $p < 0,001$ ), ingresaron con menores cifras de tensión arterial sistólica (TAS) (97 mmHg vs. 117,6 mmHg,  $p < 0,001$ ) y mayor proporción de anticoagulación previa (10,5 vs. 2,9%,  $p < 0,001$ ). Además presentaron más ISS (37,7 vs. 17,5,  $p < 0,001$ ) y menor RTS (5,6 vs. 11,2,  $p < 0,001$ ) al ingreso, más días de ventilación mecánica (4 vs. 2,7,  $p < 0,001$ ), mayor cantidad de hemoderivados (959 cc vs. 369 cc,  $p < 0,001$ ) y menor estancia en UCI (3,6 vs. 5,

$p < 0,001$ ). Fueron más frecuentes las caídas accidentales e intentos autolíticos (23,4 vs. 12,7% y 16,7 vs. 10,4%;  $p < 0,001$ ); resto de mecanismos en tabla. En el análisis por sexo de la mortalidad las mujeres que fallecieron eran mayores (58,4 vs. 52,8,  $p 0,021$ ) y menores cifras de hepatopatía (0,7 vs. 9%,  $p 0,015$ ). No hay diferencias en el motivo ni la gravedad del trauma, estancia en UCI, días de VM ni en el motivo de *exitus*. Tampoco en el Glasgow Coma Scale ni en la TAS al ingreso. Sin embargo, tuvieron menor número de cirugías urgentes (20,4 vs. 34,6%,  $p 0,006$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor gravedad, más añosos y con mayor número de comorbilidades presentaron mayor mortalidad en UCI, siendo las caídas accidentales y los intentos autolíticos los mecanismos más frecuentes.

#### 065. RABDOMIÓLISIS EN LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE: IMPACTO Y RESULTADOS

Pais Sánchez-Malingre V, Morales Varas G, Sánchez Casado M, Romeu Prieto J, Calle Flores Á, Morán Gallego FJ, Alonso Ciria E, González Alemán O, Sánchez Carretero MJ y Guerra Cuervo J

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

**Objetivos:** Definir la prevalencia de rabdomiólisis en la enfermedad traumática grave (ETG) y evaluar el impacto de la misma en los resultados.

**Métodos:** Estudio observacional de una cohorte de pacientes ingresados por ETG en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se analizó la prevalencia de rabdomiólisis, definida como niveles de creatinquinasa (CK) mayores a 5.000 UI, y se evaluó su impacto en los resultados de los pacientes que ingresaron por ETG. Las variables categóricas se expresan en porcentajes y se compararon usando una prueba de  $\chi^2$ ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. Se utilizó un nivel de significancia del 5 (bilateral).

**Resultados:** Se analizaron un total de 110 ingresos por ETG. El 4,3% desarrolló rabdomiólisis, la mayoría de ellos en las primeras 48 horas (83,6%) y con una media de niveles pico de CK de 10.631  $\pm$  5.755 UI. EL 79,6% eran hombres, sin diferencia entre los grupos y siendo más jóvenes quienes desarrollaron rabdomiólisis (37,8  $\pm$  15,8 vs. 48,6  $\pm$  17,8;  $p = 0,019$ ). No hubo diferencias en el mecanismo lesional. Los pacientes con rabdomiólisis presentaban mayor severidad del trauma con un Injury Severity Score (32  $\pm$  11,8 vs. 21  $\pm$  13,6;  $p = 0,001$ ), condicionado principalmente a trauma ortopédico, con una abbreviated injury scale (AIS) de extremidades superiores de 1,1  $\pm$  1,2 vs. 0,4  $\pm$  0,8,  $p = 0,003$ ; e inferiores de 2,4  $\pm$  1,4 vs. 0,4  $\pm$  0,9,  $p = 0,000$ . Presentaron mayor nece-

Figura Póster 064

<b>MOTIVO TRAUMA</b>		3266		359	<0,001
- Tráfico	1300 (39,8%)		142 (39,6%)		
- Caída accidental	414 (12,7%)		84 (23,4%)		
- Laboral	315 (9,6%)		18 (5%)		
- Autolisis	340 (10,4%)		60 (16,7%)		
- Agresión	499 (15,3%)		31 (8,6%)		
- Deportivo	303 (9,3%)		15 (4,2%)		
- Otros accidentes	95 (2,9%)		9 (2,5%)		

Figura 1 Póster 065

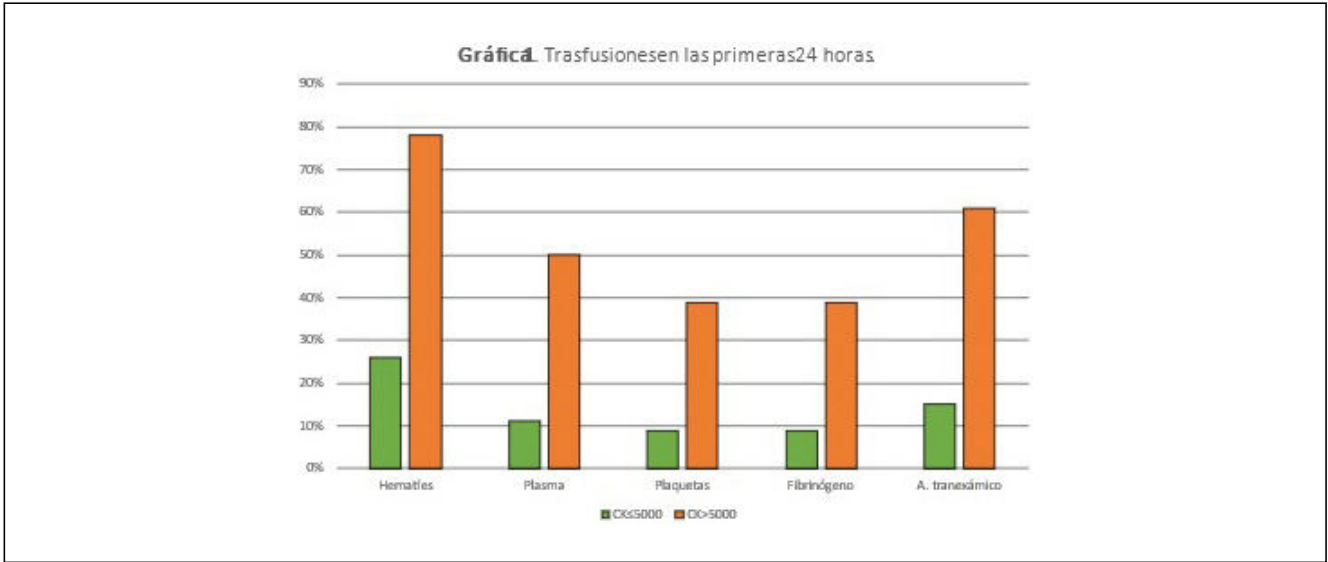


Figura 2 Póster 065

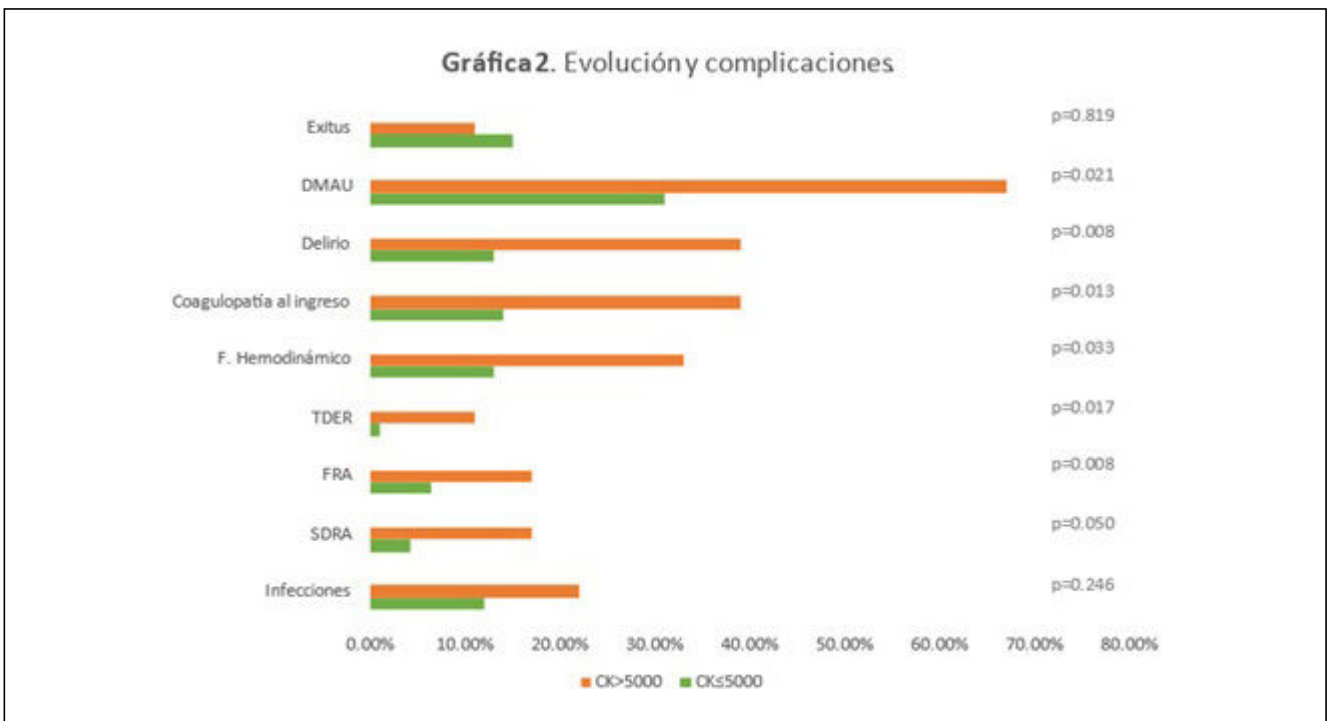


Figura 3 Póster 065

N = 110	CK ≤ 5000 (n=92, 83.6%)	CK > 5000 (n=18, 4.3%)	p
Sexo Hombre	81.5%	77.8%	0.712
Edad	48.58±17.8	37.83±15.8	0.019
Charlson	1.18±1.7	0.39±9	0.070
Clinical Friality Scale (CFS)	1.85±1.02	1.44±0.70	0.114
CK pico	932.6±996.7	10631.3±5755.5	0.000
Día pico CK	0.86±1.19	1.12±0.95	0.410

Figura 4 Póster 065

DATOS TRAUMA				
	CK≤5000	CK>5000	p	
Injury Severity Scale (ISS)	21.2±13.6	32.7±11.8	0.001	
Revised Trauma Score (RTS)	8.1±11.8	5.8±2.2	0.413	
Trauma Injury Severity Score (TRISS): mortalidad	21.8±32.3	25.9±29.9	0.636	
Abbreviated Injury Score (AIS)	Cabeza	1.85±1.02	1.4±1.9	0.079
	Cuello	0.45±0.97	0.67±1.13	0.395
	Cara	0.29±0.71	0.50±0.98	0.299
	Tórax	1.7±1.6	2.6±1.4	0.024
	Abdomen	1.03±1.4	1.67±2.05	0.122
	Columna	0.68±1.1	1.39±1.2	0.021
	Extremidades superiores	0.39±0.86	1.11±1.2	0.003
	Extremidades inferiores	0.37±0.95	2.39±1.4	0.000
Tipo de accidente	Tráfico	41.3%	61.1%	0.122
	Caída	37.0%	11.1%	
	Laboral	5.4%	16.7%	
	Deportivo	7.6%	0.0%	
	Otro	1.1%	0.0%	
	Agresión	2.2%	0.0%	
	Autolisis	3.3%	11.1%	
	Desconocido	2.2%	0.0%	
Mecanismo lesional	Coche	24.2%	27.8%	0.611
	Moto	9.9%	16.7%	
	Otro vehículo	2.2%	5.6%	
	Bicicleta	3.3%	0.0%	
	Atropello	6.6%	5.6%	
	Caída accidental	25.3%	5.6%	
	Precipitación	16.5%	16.7%	
	Arma blanca	1.1%	0.0%	
	Arma de fuego	2.2%	0.0%	
	Golpeo	3.3%	5.6%	
	Aplastamiento por objeto	4.4%	16.7%	
	Otros	1.1%	0.0%	

Figura 5 Póster 065

EVOLUCIÓN				
	CK≤5000	CK>5000	p	
Sedoanalgesia	55.4%	88.9%	0.008	
Relajantes neuromusculares	5.4%	27.8%	0.003	
Estancia en UCI	5.8±8.2	13.2±10.8	0.001	
Días ventilación mecánica	4.1±6.9	11.3±10.4	0.001	
Traqueostomía	12.0%	38.9%	0.005	
Cirugía primeras 24h		35.9%	66.7%	0.015
	Neurocirugía	19.6%	22.2%	0.797
	Ortopédica	9.8%	33.3%	0.008
	Abdominal	7.6%	16.7%	0.222
	Cardiorácica	1.1%	0.0%	0.657
Maxilofacial	1.1%	0.0%	0.657	
Cirugías programadas	22.8%	61.1%	0.001	
Complicaciones infecciosas	12.0%	22.2%	0.246	
Complicaciones no infecciosas	sí	18.5%	50.0%	0.004
	SDRA	4.3%	16.7%	0.050
	DRA	6.5%	16.7%	0.151
	Fallo hemodinámico	13.0%	33.3%	0.033
	TDER	1.1%	11.1%	0.017
	Delirio	13.0%	38.9%	0.008
	Coagulopatía al ingreso	14.1%	38.9%	0.013
	Debilidad adquirida en UCI	31%	66.7%	0.021
	Exitus	15.2%	11.1%	0.819

**Tabla 1.** CK: creatinina; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; SDRA: Síndrome de distress respiratorio agudo; DRA: disfunción renal aguda; TDER: terapia de depuración extrarrenal.

sidad de cirugía traumatológica a las 24 horas (33,3 vs. 9,8%,  $p = 0,008$ ) y durante el ingreso (61,1 vs. 22,8%,  $p = 0,001$ ); así como, más necesidad de hemoderivados (77,8 vs. 26,1%,  $p = 0,000$ ) y bloqueantes neuromusculares (27,8 vs. 5,4%,  $p = 0,003$ ). Hubo más desarrollo de fracaso renal agudo (FRA) en el grupo de rabiomíolisis (22,2 vs. 4,3%,  $p = 0,008$ ) y más necesidad de terapias de reemplazo renal TRR (11,1 vs. 1,1%,  $p = 0,017$ ). Los pacientes con rabiomíolisis precisaron estancias más largas en UCI ( $13,2 \pm 10,8$  vs.  $5,8 \pm 8,2$  días,  $p = 0,001$ ), sin diferencias en la mortalidad.

**Conclusiones:** La prevalencia de rabiomíolisis en la ETG es pequeña. Primordialmente se trata de pacientes jóvenes con importante trauma ortopédico que precisan politransfusión. El desarrollo de FRA y necesidad de TRR es frecuente. Si bien estos pacientes precisan más días en UCI, parece no impactar en la mortalidad.

**066. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE**

Pais Sánchez-Malingre V, Morales Varas G, Sánchez Casado M, Romeu Prieto J, Alonso Ciria E, Calle Flores A, Marina Martínez L, Gómez Cano I, Pedrosa Guerrero A y Sánchez Carretero MJ

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

**Objetivos:** Analizar el impacto que tiene la obesidad moderada-grave en la evolución de los pacientes con enfermedad traumática grave (ETG).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados con ETG en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se

Figura 1 Póster 066

N=423	NO OBESO (n=398, 94.1%)	OBESIDAD MODERADA-GRAVE (n=25, 5.9 %)	p
Sexo: Hombre	78.6%	72%	0.435
Edad	50.8±18.3	64.1±13.7	0.000
Charlson	1.42±2.1	3.22±1.78	0.013
Clinical Frailty Scale (CFS)	2.0±1.2	2.6±0.86	0.112
Hipertensión arterial	28.1%	60.0%	0.001
Diabetes Mellitus	10.8%	20.0%	0.160
Dislipemia	17.6%	20.0%	0.759
Etilismo	9.3%	16.0%	0.003
EPOC	3.5%	16.0%	0.003
Cardiopatía	9.0%	20.0%	0.073
Nefropatía	1.5%	4.0%	0.343
Hepatopatía	3.5%	0.0%	0.340
Antiagregación	9.3%	12.0%	0.654
Anticoagulación	7.0%	24%	0.002

Figura 2 Póster 066

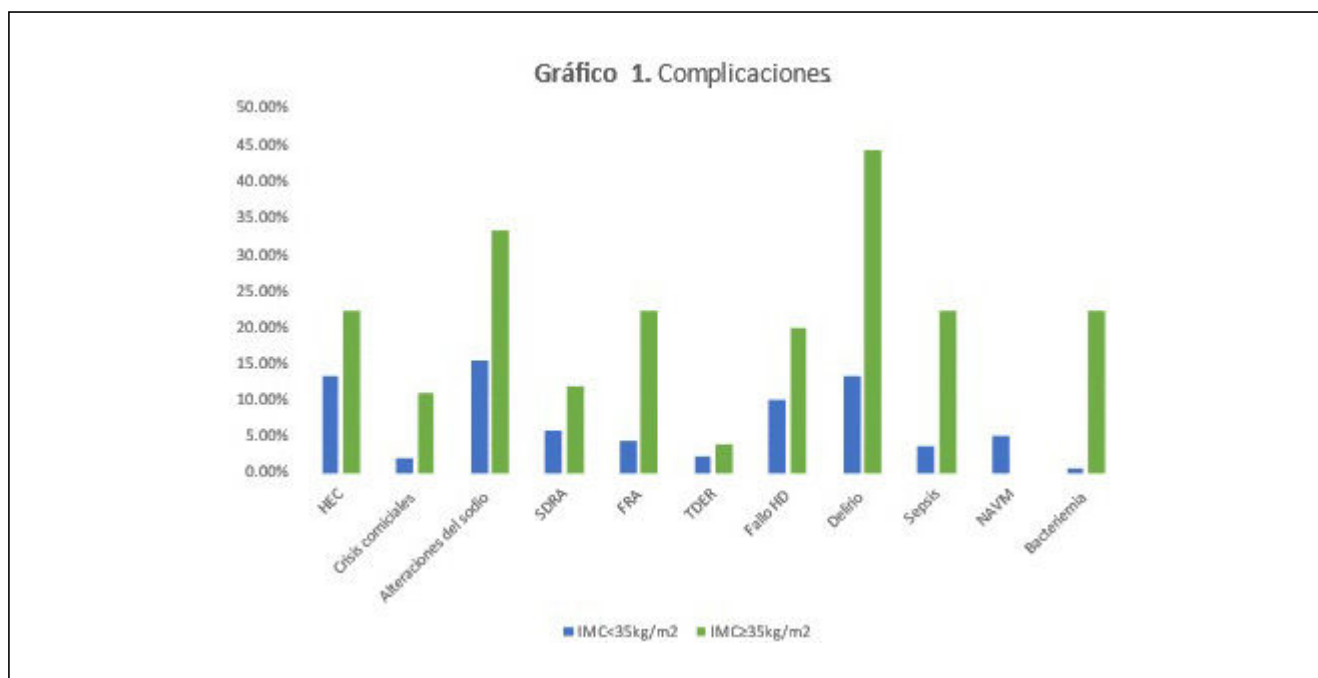
DATOS TRAUMA				
		NO OBESO (n=398, 94.1%)	OBESIDAD MODERADA-GRAVE (n=25, 5.9 %)	p
	ISS	20.4±14.1	21.0±11.4	0.838
	RTS	7.0±6.08	6.0±1.8	0.426
	TRISS mortalidad	18.3±28.0	21.5±27.6	0.636
AIS	Cabeza	2.3±2.0	3.8±1.1	0.025
	Cuello	0.40±0.9	0.22±0.6	0.577
	Cara	0.29±1.7	0.22±0.4	0.785
	Tórax	1.6±1.6	1.8±2.3	0.631
	Abdomen	1.08±1.6	0.33±0.70	0.174
	Columna	0.65±1.1	0.33±1.0	0.397
	EE superiores	0.44±0.90	0.44±0.8	0.992
	EE inferiores	0.65±1.2	0.33±0.0	0.122
Tipo de accidente	Tráfico	38.4%	16.0%	
	Caída	41.0%	56.0%	
	Laboral	6.8%	4.0%	
	Deportivo	3.8%	8.0%	
	Otro	1.3%	0.0%	
	Agresión	3.8%	8.0%	
	Autolisis	4.3%	8.0%	
	Desconocido	0.8%	0.0%	0.327
Mecanismo lesional	Coche	20.7%	12.0%	
	Moto	8.8%	0.0%	
	Otro vehículo	2.5%	4.0%	
	Bicicleta	4.0%	4.0%	
	Atropello	5.0%	4.0%	
	Caída accidental	32.7%	48.0%	
	Precipitación	12.3%	16.0%	
	Arma blanca	2.0%	4.0%	
	Arma de fuego	2.0%	4.0%	
	Golpeo objeto	4.0%	4.0%	
	Asta toro	0.8%	0.0%	
	Aplastamiento	2.8%	0.0%	
	Otros	1.5%	0.0%	
	Ahorcamiento	0.5%	0.0%	
Ahogamiento	0.3%	0.0%	0.913	

Figura 3 Póster 066

TRASFUSIONES				
Trasfusión hemoderivados <24h	26.8%	40.0%	0.151	
CCPT	3.8%	20.0%	0.000	
EVOLUCIÓN				
Sedoanalgesia	54.3%	84%	0.008	
Estancia en UCI	8.3±12.3	10.1±14.5	0.498	
Días ventilación mecánica	54.5%	84.0%	0.016	
Traqueostomía	17.6%	20.0%	0.759	
Cirugía primeras 24h				
	Neurocirugía	33.4%	48%	0.136
	Ortopédica	17.1%	28%	0.166
	Abdominal	9.3%	20.0%	0.083
	Cardiorácica	6.5%	0.0%	0.187
	2.0%	0.0%	0.474	
	1.3%	0.0%	0.079	
Descompresiva	4.3%	12.0%	0.079	
Neuromonitorización	13.8%	24%	0.160	
Complicaciones	HEC	13.4%	22.2%	0.462
	Crisis comiciales	2.2%	11.1%	0.000
	Alteraciones del sodio	15.6%	33.3%	0.470
	SDRA	5.8%	12%	0.209
	DRA	4.5%	22.2%	0.025
	Fallo HD	10.1%	20.0%	0.118
	TDER	2.3%	4.0%	0.579
	Delirio	13.4%	44.4%	0.013
	Sepsis	3.7%	22.2%	0.013
	NAVM	5.2%	0.0%	0.021
	Bacteriemia	0.7%	22.2%	0.000
Reintubación	5.9%	11.1%	0.534	
Exitus	10.3%	20.0%	0.001	

**Tabla 1.** EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ISS: Injury Severity Scale; RTS: Revised trauma score; TRISS: Trauma Injury Severity Score; AIS: Abbreviated Injury Scale; EE: Extremidades; CCPT: complejo protrombínico; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; HEC: Hipertensión endocraneal; SDRA: Síndrome de distress respiratorio del adulto; DRA: Disfunción renal aguda; HD: hemodinámico; TDER: terapia de depuración extrarrenal; NAVM: neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Figura 4 Póster 066



revisaron variables demográficas, de gravedad. Los pacientes se categorizaron en relación a presentar un índice de masa corporal (IMC)  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  (obesidad moderada-grave) o no. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de  $\chi^2$ ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de Student. Se utilizó un nivel de significancia del 5 (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA.

**Resultados:** Hubo un total de 423 pacientes que ingresaron por ETG. Un 5,9% presentaban un IMC  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ . En ambos grupos, principalmente eran hombres (75,3%); La media de edad fue mayor en el grupo de obesidad moderada-grave ( $50,8 \pm 18,3$  vs.  $64,1 \pm 13,7$ ,  $p = 0,000$ ). El grupo de obesidad moderada-grave asoció más comorbilidades según el índice de Charlson ( $1,4 \pm 2,1$  vs.  $3,2 \pm 1,78$ ,  $p = 0,013$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto al mecanismo lesional ni la gravedad del trauma según el Injury Severity Score (ISS) ( $20,4 \pm 14,1$  vs.  $21,0 \pm 11,4$ ,  $p = 0,838$ ), aunque sí en la gravedad del TCE estimada por Abbreviated Injury Scale de cabeza (AIS:  $2,3 \pm 2$  vs.  $3,8 \pm 1,1$ ,  $p = 0,025$ ). En la evolución de los pacientes, el grupo de obesidad moderada-grave presentó más frecuentemente crisis comiciales (11,1 vs. 2,2%,  $p = 0,000$ ), fracaso renal aguda (FRA) (22,2 vs. 4,5%,  $p = 0,025$ ), sepsis (22,2 vs. 3,7,  $p = 0,013$ ) y delirio (44,4 vs. 13,4%,  $p = 0,013$ ). La estancia en UCI fue similar en ambos grupos y la mortalidad en UCI fue mayor en el grupo de obesidad moderada-grave (20 vs. 10%,  $p = 0,001$ ).

**Conclusiones:** Una minoría de pacientes con ETG presentan obesidad moderada-grave y suelen ser de mayor edad y tener más comorbilidades. La gravedad de la enfermedad traumática no presenta diferencias en relación al IMC. Los pacientes con obesidad moderada-grave tienen una mayor mortalidad en UCI.

**Objetivos:** Definir la percepción que existe de la gravedad de la enfermedad traumática (ET) entre el personal sanitario que habitualmente atiende a este grupo de pacientes.

**Métodos:** Se realizó una encuesta al personal sanitario con competencias en el manejo de la ET, aprovechando la realización de las "I Jornadas de Trauma Grave: las primeras 24 horas". Se preguntó la profesión, especialidad, tiempo de experiencia y pacientes atendidos al año. Se realizaron dos bloques de preguntas: el primero con aspectos relacionados a la atención inicial al trauma; y el segundo, con preguntas directas sobre el contexto clínico y la percepción de la gravedad de la ET. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes; la comparación entre los grupos se realizó con la prueba de Kruskal Wallis. La consistencia interna entre los grupos se estimó con la prueba alfa de Cronbach. El análisis se realizó utilizando STATA® versión 13.

**Resultados:** Se obtuvieron un total de 212 respuestas. El 48,11% (102) pertenecía a la profesión de Medicina y 51,89% (110) a la de Enfermería; La mayoría desempeñaban su actividad en Críticos (51,42%), seguidos de Prehospitalaria (33,96%) y Urgencias (14,62). En relación a los años de experiencia, el 28,3% contaban con más de 20 años; 26,42% entre 10 y 20 años; 25% menos de 5 años (en formación); y 20,28% entre 5 y 10 años. En cuanto al número de pacientes atendidos al año, en su mayoría atendían a menos de 50 pacientes (59,43%), seguidos de entre 50 y 150 pacientes (23,58%) y más de 150 pacientes (16,98%). El resumen de los resultados de la encuesta se resumen en las tablas. La consistencia interna entre los diferentes profesionales encuestados fue alta en el primer bloque de preguntas (alfa de Cronbach: 0,7320) y moderada en el segundo bloque (alfa de Cronbach: 0,6563).

**Conclusiones:** La definición de la gravedad de la ET es compleja y debe adherirse a un enfoque holístico de elementos no solamente relacionados con la lesión, sino también, con aspectos asistenciales del contexto y de la utilización de recursos. En nuestra encuesta, se otorgó una importancia alta a las preguntas relacionadas con el mecanismo lesional, afectación fisiológica y anatómica, y a la posibilidad de utilización de recursos quirúrgicos, soporte vital y necesidades transfusionales. Sin embargo, la consistencia interna entre los diferentes profesionales fue moderada.

**067. ¿ES UN TRAUMA GRAVE?**

Morales Varas G, Alonso Ciria E, País Sánchez Malingre V, Gómez Cano I, Guerra Cuervo J, Calle Flores Á y Sánchez Casado M

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

Figura 1 Póster 067

	No debería considerarse	Poca importancia	Importancia intermedia	Importancia alta	Es el único factor que debería tenerse en cuenta
Mecanismo de lesión	0	0	9,43	88,21	2,36
Fisiología (GSC, FR, TAS, IS)	0	0	2,37	97,16	0,47
Lesiones encontradas en la revisión primaria y secundaria	0	0	11,54	87,02	1,44
Edad menor 15 años)	0	3,81	44,29	51,43	0,47
Edad mayor a 65 años)	0	1,42	26,55	71,56	0,47
Comorbilidades (Charlson)	0	0,95	40,48	57,62	0,95
Fragilidad (CFS)	0	2,4	40,87	56,25	0,48
ISS	0	0,48	30,43	68,12	0,97
Necesidad de cirugía	0	0,47	18,01	81,04	0,48
Necesidad de IOT	0	1,89	12,26	84,43	1,42
Necesidad de hemocomponentes	0	0	10,05	89,47	0,48
Necesidad de Ac. Tranexámico	0,47	1,42	41,51	55,18	1,42
Necesidad de inmovilización espinal (collarin, dama de Elche, cuchara)	0,47	3,32	12,32	81,99	1,9
Necesidad de cinturón pélvico	0,47	0,94	20,29	77,83	0,47
Alteraciones anióticas (Hb, EB, lactato)	0	0	25	74,52	0,48



Figura 2 Póster 067

	Fuertemente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Fuertemente de acuerdo
P1. La gravedad del trauma la debe definir considerando el mecanismo de lesión (alta o baja energía).	0	8,17	14,42	55,77	21,64
P2. Únicamente los mecanismos de alta energía deberían ser considerados para identificar al trauma grave.	19,05	64,76	4,29	10,47	1,43
P3. Los mecanismos de baja energía (caída de su propia altura) deberían ser considerados para definir al trauma grave solo si asocia un patrón de lesión significativo.	4,74	34,6	19,43	39,81	1,42
P4. Los pacientes mayores de 65 años deben ser valorados y triados de forma diferente que los jóvenes.	2,87	20,1	11,96	52,15	12,92
P5. Los pacientes menores de 15 años deben ser valorados y triados de forma diferente que los adultos.	1,92	17,79	14,42	57,21	8,66
P6. La edad no tiene relevancia.	32,54	50,47	8,02	7,55	1,42
P7. La fragilidad (CF5) debe ser considerada en la definición del trauma grave.	0	3,85	14,42	69,71	12,02
P8. Las comorbilidades deben ser consideradas en la definición de trauma grave.	0	3,32	12,32	70,14	14,22
P9. El trauma grave solo se puede definir de forma retrospectiva con el ISS.	8,96	49,25	27,36	13,43	1
P10. Los scores de clasificación anatómicos (Ej: AIS) y fisiológicos (Ej: RTS) son la única forma de definir al trauma grave).	9,57	68,9	17,22	3,83	0,48
P11. La experiencia clínica da la capacidad para definir al trauma grave.	0,96	17,22	32,06	44,98	4,78
P12. Las herramientas de triaje habituales para identificar al trauma grave tienen aciertan en más de un 90% de las veces.	1,45	27,54	35,75	31,88	3,38
P13. Los pacientes intoxicados dificultan la identificación del trauma grave.	0	0,96	5,21	69,19	24,64
P14. La posibilidad de intervención quirúrgica es clave para definir al trauma grave.	0	25,37	23,9	46,34	4,39
P15. La posibilidad de UCI es clave para definir al trauma grave.	1,47	18,63	20,1	50,49	9,31
P16. Un paciente con trauma grave solo puede ser manejado en un Hospital de referencia en patología traumática.	4,31	39,23	16,27	34,45	5,74
P17. La carga asistencial influye en la identificación del trauma grave.	0,47	13,74	18,48	57,82	9,49

### 068. TRAUMA GRAVE Y PRONÓSTICO: ¿SON ÚTILES LOS PARÁMETROS SANGUÍNEOS CONVENCIONALES?

Soto Gómez Cambronero J<sup>1</sup>, Ruiz de Viñaspre Hernández R<sup>2</sup>, Juárez Vela R<sup>2</sup>, Rábano Alonso J<sup>1</sup>, Yébenes Calvo R<sup>1</sup>, Vejo Gutiérrez J<sup>1</sup>, Seises García I<sup>1</sup>, López Fernández A<sup>1</sup>, Guzmán Bernardo B<sup>1</sup> y Quintana Díaz M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. <sup>2</sup>Universidad de la Rioja, La Rioja.

**Objetivos:** El objetivo principal del estudio fue determinar si la medición rutinaria de parámetros analíticos puede aportar mayor conocimiento sobre el pronóstico de los pacientes con trauma grave que requieren ingreso en UCI. Como objetivo secundario se valoró si hay algún parámetro analítico que tenga mayor justificación clínica, o que se correlacione mejor con el pronóstico de esta clase de pacientes.

N = 315	INGRESO UCI	ALTA UCI	P-VALOR
HEMOGLOBINA	12.78 (2,25 DS)	10.71 (2.23 DS)	p < 0.001
HEMATOCRITO	38.78 (7.28 DS)	32.63 (6.76 DS)	p < 0.001
MCV	92.26 (7.57 DS)	93.47 (6.05 DS)	p < 0.001
MCH	30.54 (2.60 DS)	30.70 (2.23 DS)	p = 0.273
MCHC	32.94 (1.73 DS)	32.84 (1.15 DS)	p = 0.132
RDW	12.95 (1.62 DS)	13.41 (1.96 DS)	p < 0.001
WBC	14.81 (13.68 DS)	9.28 (4.19 DS)	p < 0.001
PLAQUETAS	221.66 (79,64 DS)	256.38 (173.78 DS)	p = 0.335
MVP	8.29 (1.21 DS)	8.24 (1.29 DS)	p = 0.614
CRP	21.03 (40.83 DS)	82.20 (77.98 DS)	p < 0.001
CREATININA	1.08 (1.91 DS)	0.75 (0.38 DS)	p < 0.001

**Métodos:** Estudio unicéntrico, ambispectivo, de 315 pacientes con politraumatismo que requirieron ingreso en la unidad de medicina intensiva del Hospital Universitario La Paz, obtenidos de nuestros datos recogidos para la base de datos del RETRAUCI. El estudio comprende un periodo de 3 años (01/2019-10/2022). Se revisaron los siguientes datos: edad, sexo, escala Injury Severity Score (ISS) al ingreso, GCS (Glasgow

Coma Scale) al ingreso y al alta de UCI, analítica al ingreso y al alta de UCI. Dentro de los parámetros analíticos se estudiaron los siguientes: hemoglobina, hematocrito, MCV, MHC, MCHC, RDW, WBC, Plaquetas, MPV, CRP y Creatinina para la evaluación de los cambios analíticos se calcula el p valor (considerando como significativo p valor < 0,05) utilizando el test no paramétrico para datos emparejados de Wilcoxon, tomando como referencia el ingreso en UCI y el alta en UCI.

**Resultados:** Respecto a los 315 pacientes la edad mediana fue de 46 años (intervalo intercuartílico de 30-59 años), 242 eran varones (77%). Respecto a los índices de gravedad, la mediana de ISS al ingreso fue de 17 (IIC 9-25), y el GCS de ingreso y alta se modificó de una mediana de 14 puntos al ingreso (IIC:8-15) a 15 puntos al alta (IIC: 8-15), siendo la diferencia estadísticamente significativa, p < 0,001. De los parámetros analizados se encontró significación estadística para hemoglobina, hematocrito, MCV, RDW, WBC, CRP y creatinina con p < 0,001.

**Conclusiones:** El empleo de parámetros analíticos convencionales para medir la respuesta inflamatoria puede tener una utilidad pronóstica en el paciente trauma grave.

### 069. FACTORES PREDICTIVOS DE FRACASO HEMODINÁMICO EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

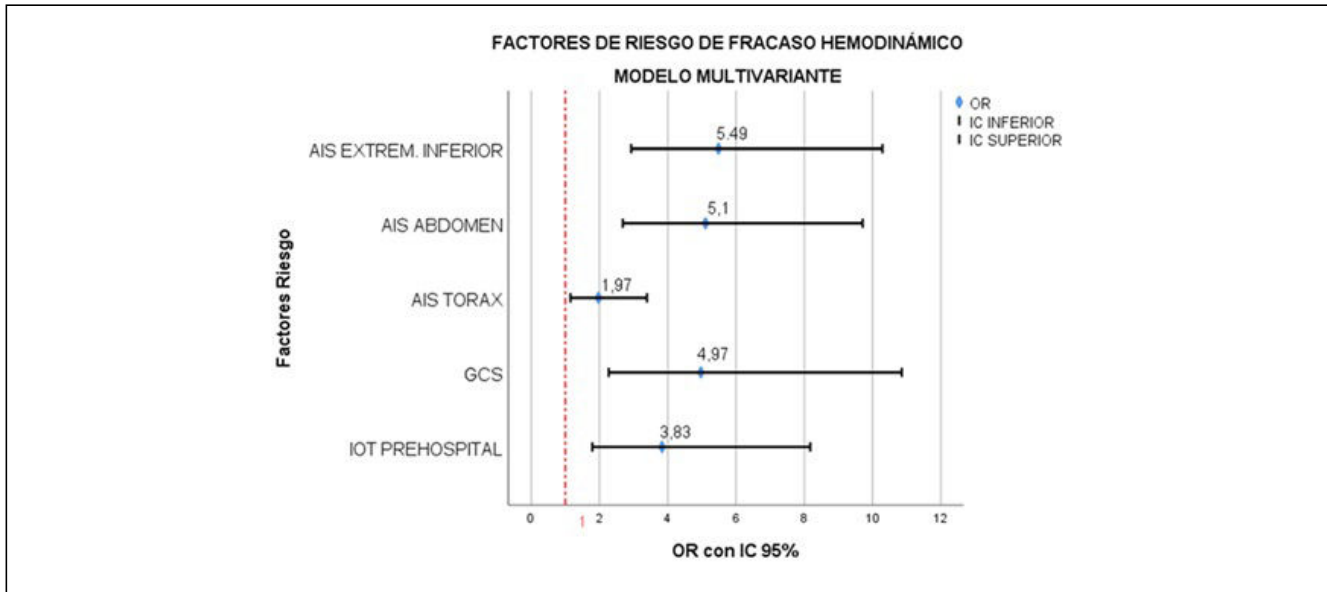
García Palacios B, Serviá Goixart L, Rubio Ruiz J, Morales Hernández DA, Pujol Freire A, Furró Crusat MdÀ, Rodríguez Ibáñez P, Latorre Ibars R, Caballero López J y Trujillano Cabello J

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores predisponentes para la aparición de fracaso hemodinámico en el paciente politraumatizado. Como objetivos secundarios, se estudió la asociación de fracaso hemodinámico con la mortalidad hospitalaria en el paciente politraumatizado, así como las variables demográficas y clínicas asociadas con el fracaso hemodinámico en el paciente politraumatizado.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo sobre una base prospectiva de 424 pacientes ingresados de forma consecutiva en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Ar-

Figura Póster 069



nau de Vilanova de Lleida entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de mayo de 2019 tras sufrir un traumatismo grave con afectación de uno o más órganos. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra con arreglo a variables de carácter sociodemográfico y clínico y un análisis multivariante mediante regresión logística para la valoración de los factores asociados al fracaso hemodinámico en el paciente politraumatizado.

**Resultados:** La prevalencia del fracaso hemodinámico en la muestra de pacientes politraumatizados analizada fue del 25%, la mortalidad hospitalaria fue más elevada en el grupo de los que presentaron fracaso hemodinámico con un 26,4% frente a un 6% en los que no lo presentaron. Puntuaciones de  $\leq 8$  en la Escala de Coma de Glasgow y  $\geq 3$  en Abbreviated Injury Scale en tórax, abdomen y extremidades inferiores fueron factores favorecedores del fracaso hemodinámico. Asimismo, los pacientes intubados durante la asistencia prehospitalaria tuvieron más probabilidad de presentar fracaso hemodinámico.

**Conclusiones:** La mortalidad fue más frecuente entre los politraumatizados que presentaron fracaso hemodinámico. Se identificaron cinco factores predictores de riesgo independiente para el fracaso hemodinámico.

## Pósteres orales

### HEMATOLOGÍA/TRANSFUSIONES/HEMODERIVADOS 08:30-10:00 h. SALA MULTIUSOS 1

#### 070. ¿ES EL INGRESO EN PLANTA UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN LOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA?

Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Tornero Yopez P, López Gómez L, Bayoumy Delis PS, Ruiz Rodríguez A, Torrano Ferrández A, Martínez Martín G, Maiquez Sánchez L y Torrano Ferrández M

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

**Objetivos:** Analizar si el ingreso en UCI procedente de planta actúa como factor de riesgo en el pronóstico de los pacientes con neoplasia hematológica e insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que precisan ventilación no invasiva (VNI).

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, sobre una base de datos prospectiva que ingresan en la UCI, de forma consecutiva, por insuficiencia respiratoria aguda entre 1997 y 2020 para recibir tratamiento con VNI. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas, media  $\pm$  desviación estándar o mediana (rango intercuartil).

co). Las comparaciones mediante prueba de t de Student o Mann Whitney,  $\chi^2$  de Pearson o exacta de Fisher. Se calculó la odds ratio (OR) con su intervalo de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Se analizaron 158 pacientes, de los cuales 78 (49,4%) ingresaron en UCI desde urgencias y 77 (50,6%) desde planta. La edad era mayor en los procedentes de urgencias ( $68 \pm 14$  frente a  $57 \pm 18$ ;  $p < 0,001$ ). El resto de características no diferían entre proceder de urgencias o planta: hombres (67,9% y 57,1%, respectivamente;  $p = 0,165$ ), SAPS II ( $68 \pm 14$  y  $57 \pm 18$ ;  $p = 0,276$ ), PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> al ingreso ( $144 \pm 35$  y  $138 \pm 31$ ;  $p = 0,304$ ) y frecuencia respiratoria ( $35 \pm 4$  y  $35 \pm 5$ ;  $p = 0,372$ ). La etiología de la IRA más frecuente fue la neumonía (43,6% Urgencias y 45,5% planta). La VNI fracasó en el 51,3% en los procedentes de Urgencias y en el 50,6% de los de planta (OR 1,03 (IC95% 0,55-1,93)). De los pacientes de Urgencias, 31 (39,7%) tenían orden de no Intubación, frente a 22 (28,5%) de planta ( $p = 0,143$ ). Tanto la estancia en UCI (mediana 4 frente a 5 días) ( $p = 0,238$ ) como la hospitalaria (mediana 16 frente a 17 días) [ $p = 0,134$ ] fue menor en los pacientes que ingresan desde planta. El 42,3% ( $n = 33$ ) de los pacientes de urgencias fallecieron en UCI y el 54,5% ( $n = 42$ ) en el hospital, mientras que, de los pacientes de planta, el 35,1% ( $n = 27$ ) murieron en UCI y el 44,2% ( $n = 34$ ) en el hospital. La OR de mortalidad en UCI, para los ingresados desde urgencias frente a planta, fue de 1,35 (IC95% 0,71-2,60) y de 1,51 (IC95% 0,80-2,86) para mortalidad hospitalaria.

**Conclusiones:** Los pacientes con neoplasia hematológica que ingresan en UCI por insuficiencia respiratoria aguda y tratados con VNI tras su paso por planta hospitalaria no presentan un peor pronóstico que los que ingresan desde urgencias.

#### 071. ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA MALIGNA E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA TRATADA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

Torrano Ferrández A, Higón Cañigral Á, Tornero Yopez P, Martínez Martín G, Caracena López S, Monreal Bernal A, Ruiz Rodríguez A, Maiquez Sánchez L, Bayoumy Delis PS y Carrillo Alcaraz A

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

**Objetivos:** Describir las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes con patología maligna hematológica que precisan ventilación no invasiva (VNI) por insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en UCI.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de pacientes con neoplasia hematológica e IRA, entre los años 1998 y 2020, tratados con VNI. Fueron excluidos pacientes trasladados a otro centro sanitario en las primeras 24 horas. Se define fracaso de VNI como necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como media  $\pm$  desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absoluta y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas  $\chi^2$  de

Pearson o exacta de Fisher, t de Student o la prueba U de Mann Whitney. Los factores independientes de mortalidad fueron identificados mediante regresión logística, presentando odds ratio (OR) con sus intervalos de confianza al 95%.

**Resultados:** Se analizaron 302 pacientes, edad media de  $59 \pm 18$  años y 178 (58,9%) eran hombres. SAPS II fue  $52 \pm 15$ . El 45% (n = 136) tenían leucemia aguda, 94 (31,1%) linfoma, 49 (16,2%) mieloma y 23 (7,6%) otras neoplasias. La etiología más frecuente de la IRA fue neumonía en 127 pacientes (42,1%), seguido del SDR en 54 (17,9%). El tipo de IRA, fue hipoxémica en el 87,7% (n = 265). El 36,4% (n = 110) ingresó en situación de shock y el 19,1% (n = 88) presentaban orden de no intubación. El SOFA máximo fue de  $11 \pm 4$ . El 55% (n = 166) presentaron fracaso de la VNI. La estancia en la UCI fue de 6 (3-11) días y la hospitalaria de 24 (12-38) días. La mortalidad en UCI fue del 45,4% y del 57,6% en el hospital. Los predictores independientes de mortalidad hospitalaria fueron: leucemia (OR: 2,77, IC95%: 1,33-5,75), orden de no intubación (OR: 4,96, IC95%: 2,09-11,79), IRA de novo (OR: 2,68, IC95%: 1,13-6,33), SAPS II (OR: 1,05, IC95%: 1,02-1,08), SOFA máximo (OR: 1,33, IC95%: 1,19-15,19) y fracaso de VNI (OR: 6,36, IC95%: 2,66-15,19).

**Conclusiones:** La etiología más frecuente de IRA fue la neumonía, siendo la leucemia aguda la enfermedad hematológica presente en más pacientes. Múltiples factores se relacionan con un peor pronóstico, entre ellos el fracaso de la VNI.

#### 072. PREDICTORES DE FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y PATOLOGÍA HEMATOLÓGICA MALIGNA

Torrano Ferrández A, López Gómez L, Monreal Bernal A, Caracena López S, Carrasco González E, Torrano Ferrández M, Ruiz Rodríguez A, Bayoumy Delis PS, Maiquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

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

**Objetivos:** Analizar los factores de riesgo relacionados con fracaso de la VNI en el paciente crítico hematológico con insuficiencia respiratoria aguda (IRA).

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, en el que se incluyeron pacientes que ingresaron en UCI por IRA entre los años 1998 y 2020, tratados con VNI. Se define fracaso de la VNI la necesidad de intubación o muerte en UCI. Las variables se expresan como media  $\pm$  desviación estándar o mediana (rango intercuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas  $\chi^2$  de Pearson o exacta de Fisher, t de Student o la prueba U de Mann Whitney. Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística calculándose la odds ratio (OR) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%).

**Resultados:** Se analizaron 302 pacientes. Fracaso de la VNI se produjo en 166 (55%) pacientes. La etiología hematológica no se relacionó con el fracaso, en este grupo el 48,2% presentaban leucemia, 32,5% linfoma, 12,7% mieloma y 6,6% otras patologías, mientras que en el grupo de éxito: 41,2%, 29,4%, 20,6% y 8,8%, respectivamente (p = 0,219). Los pacientes con fracaso eran más jóvenes ( $55 \pm 18$  vs.  $63 \pm 16$  años, p < 0,001), mayor SAPS II ( $57 \pm 14$  vs.  $46 \pm 13$ ; p < 0,001) y SOFA máximo ( $10 \pm 4$  vs.  $7 \pm 3$ , p < 0,001). El 92,7% de los fracasos eran IRA hipoxémica mientras que en los éxitos eran el 81,6% (p < 0,001). La presencia de orden de no intubación no se relacionó con el fracaso, hubo 52 (31,3%) casos en el grupo de fracaso y 36 (26,5%) en el de éxito (p = 0,356). La puntuación de la escala HACOR a la hora de iniciada la VNI era de 6 (4-9) en fracaso y 3 (2-5) en éxito (p < 0,001). Los factores predictivos independientes para fracaso de la VNI fueron: edad (OR: 0,97, IC95%: 0,96-0,99; p < 0,001), SAPS II (OR: 1,03, IC95%: 1,01-1,06; p < 0,001), SOFA máximo (OR: 1,17, IC95%: 1,08-1,27; p < 0,001) y escala HACOR a la hora (OR: 1,35, IC95%: 1,21-1,52; p < 0,001). En el grupo de fracaso de la VNI 142 (85,5%) pacientes murieron en el hospital y en el grupo de éxito 32 (23,5%) pacientes (p < 0,001).

**Conclusiones:** El fracaso de la VNI en pacientes hematológicos que precisan VNI por IRA, es frecuente. La edad, la gravedad y las variables hemodinámicas, neurológicas y respiratorias integradas en el índice HACOR, se relacionan con el fracaso.

#### 073. CORRELACIÓN Y CONCORDANCIA ENTRE EL TIEMPO DE COAGULACIÓN ACTIVADA (TCA) Y EL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA ACTIVADA (TTPA) EN LA MONITORIZACIÓN DE LA ANTICOAGULACIÓN EN SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)

Morala Vega P, López López Á, Pérez Chomón H, Arroyo Muñoz FJ y Robles Carrión J

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

**Objetivos:** Evaluar la correlación y la concordancia entre el TCA y el TTPa como métodos para monitorizar la anticoagulación en pacientes con ECMO.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se seleccionaron todos los pacientes que precisaron de soporte con ECMO venovenoso y veno-arterial ingresados en una UCI en los años 2021 y 2022. Los métodos utilizados para monitorizar el grado de anticoagulación con heparina sódica fueron el TCA y el TTPa. Los valores obtenidos de forma simultánea del TCA y del TTPa se recogieron de la historia clínica electrónica. El análisis estadístico se realizó utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (evaluación del gra-

Figura 1 Póster 073

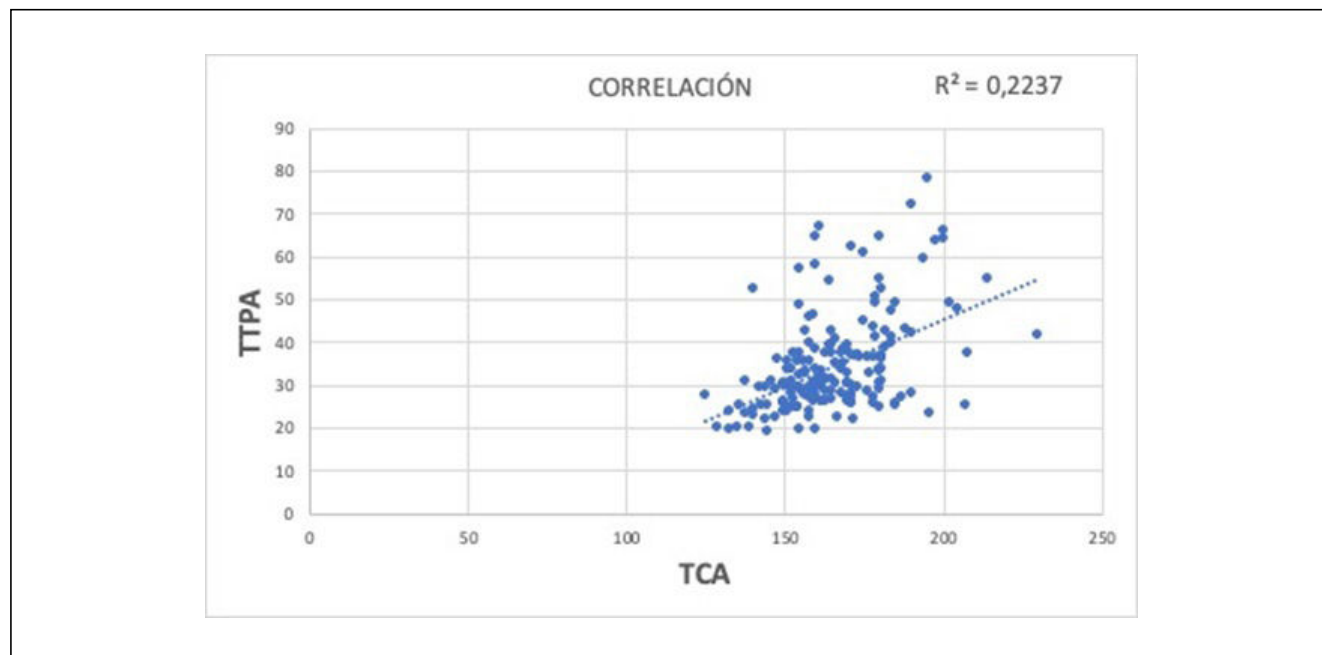
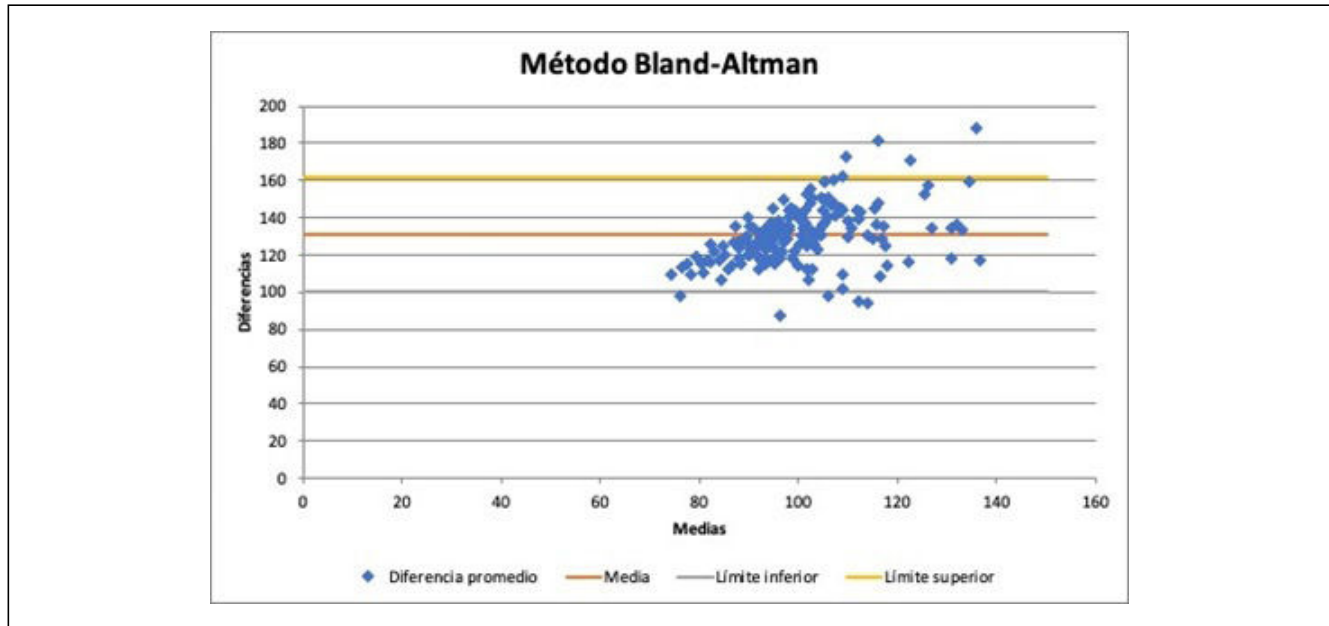


Figura 2 Póster 073



do de correlación) y el método Bland-Altman (análisis de la concordancia).

**Resultados:** 28 pacientes incluidos, el 89,28% fueron hombres (n = 25) y con media de edad de 51,32 años (DE 12,63). El 42,85% de los ECMO (n = 12) fueron venoarteriales y el 57,15% restantes (n = 16) veno-venosos. La media de días de terapia con ECMO fueron 13,17 (DE 12,78). Se obtuvieron 176 determinaciones simultáneas de TCA y TTPa. El coeficiente de correlación de Pearson entre TCA y TTPa fue  $r = 0,47$  (IC 0,34-0,60,  $p < 0,05$ ). El método de Bland-Altman ( $p < 0,05$ ) reflejó un bajo nivel de concordancia entre los dos métodos de monitorización.

**Conclusiones:** Los valores del TCA y el TTPa obtenidos simultáneamente presentan una correlación positiva débil y una escasa concordancia, especialmente cuando los valores se sitúan más cercanos a los extremos. Estos resultados reflejan que el TCA y el TTPa no se pueden utilizar como métodos equivalentes a la hora de monitorizar la anticoagulación en pacientes con soporte ECMO.

#### 074. VENTAJAS DE LA ANTICOAGULACIÓN CON BIVALIRUDINA EN LA TERAPIA ECMO EN SDRA SECUNDARIO A COVID-19

Ferrés i Llach J, Chávez Dianderas F, Marcos Neira P, Selva Armadans I, Serra Soler S, Ruiz Artola V, González Martínez E, Blasco C, Martínez Vega S y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**Objetivos:** Comparar la estabilidad de la anticoagulación y otras variables asociadas a la misma en pacientes críticos en tratamiento con ECMO en tratamiento con heparina no fraccionada (HNF) vs. bivalirudina (BV).

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo que incluye a todos los pacientes con SDRA secundario a COVID-19 con terapia ECMO (marzo de 2020 a julio de 2021). En todos los casos se inició anticoagulación (AC) con HNF, cambiando a bivalirudina en caso de sospecha de Trombocitopenia Inducida por Heparina (TIH). Se realizó un análisis descriptivo de los datos clínicos de los pacientes incluidos. Análisis estadístico: Análisis descriptivo: variables cualitativas en porcentajes (IC95%) y variables cuantitativas en medias o medianas (IC95%) según normalidad (test de Kolmogorov-Smirnov). Análisis univariante: chi-cuadrado o F-Fisher test (variables cualitativas) y t-Student o Mann-Whitney U test (variables cuantitativas).

**Resultados:** Todos los pacientes de nuestro estudio (n = 49) fueron anticoagulados inicialmente con HNF y posteriormente con BV 9/49: 0,18 (IC95%: 0,1 a 0,3). En 11/49 pacientes (0,22 IC95%: 0,09 a 0,5) se solicitaron anticuerpos antifactor plaquetario 4 (anti-FP4 AC), siendo positivos en 6/11 (0,12 IC95%: 0,05 a 0,25). Tres pacientes con PF4 negativo continuaron con la BV según la decisión clínica. La anticoagula-

ción tuvo que suspenderse por complicaciones en algunos casos de ambos grupos, siendo la proporción de tiempo necesario sin HNF mayor que sin BV [0,6 (IC95%: 0,4 a 0,6) vs. 0,3 (IC95%: 0,2 a 0,4);  $p = 0,04$ ]. Los pacientes anticoagulados con HNF requirieron más ajuste de dosis que aquellos con bivalirudina [5 veces en 10 días (IC95%: 4,3 a 5,3) vs. 2 veces en 10 días (IC95%: 1,2 a 2,9) ( $p < 0,0001$ ). La vida media del oxigenador de membrana en el tratamiento con HNF fue más corta que con bivalirudina [11 días (IC95%: 4 a 16,8) frente a 27 días (IC95%: 12,2 a 43,1);  $p = 0,037$ ].

**Conclusiones:** En nuestras muestras, la anticoagulación con bivalirudina de pacientes con SDRA relacionado con COVID-19 en terapia con ECMO fue más estable que con HNF. Los pacientes tratados con bivalirudina estuvieron más tiempo en tratamiento anticoagulante y las membranas tuvieron una vida media más prolongada. Se necesitan más estudios para apoyar esta afirmación.

#### 075. ANEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO: PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

Martín Sánchez A<sup>1</sup> y Lorente García PJ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** Comprobar la magnitud de anemización en los pacientes de la UCI del Hospital General Universitari de Castelló (HGUCS). Cuantificar el volumen sanguíneo extraído a los pacientes críticos ingresados en dicha Unidad. Comprobar cuántas transfusiones de sangre han precisado. Analizar si existen factores relacionados con la anemización de estos pacientes.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo con 115 pacientes ingresados en la UCI del HGUCS entre diciembre de 2020 y enero de 2021. Se recogieron como variables principales los niveles de hemoglobina (Hb) en el ingreso, al alta, los niveles promedio, los niveles mínimos, el descenso neto de Hb entre el ingreso y el alta y el descenso promedio diario. Otras variables recogidas fueron el número de transfusiones realizadas y la mortalidad de los pacientes. Se realizó en primer lugar un estudio descriptivo de dichas variables y, posteriormente, un análisis bivariante para comprobar la relación que presentaban entre ellas. Se estableció un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** En el momento de su ingreso, 18 pacientes (el 15,7%) estaban anémicos, mientras que en su alta fueron 44 (el 38,3%). La mediana del volumen sanguíneo extraído diariamente fue de 17,5 mL. Solamente un paciente necesitó una transfusión. La mortalidad fue del 15,6%. Se halló que los niveles de Hb al alta fueron menores que al ingreso (test de Wilcoxon para muestras relacionadas = -6,755;  $p < 0,001$ ).

Existía una asociación entre la edad y la gravedad de la anemia promedio (factor ANOVA = 5,276; p = 0,006), entre la gravedad al ingreso según el SAPS III y los niveles promedio de Hb (rho de Spearman = -0,314; p = 0,001). Se apreció una correlación entre el volumen sanguíneo extraído por día y el descenso diario de Hb (rho de Spearman = 0,275; p = 0,003). Por último, se observó una asociación entre los niveles de Hb al alta y su mortalidad (U de Mann-Whitney = 1.202,000; p = 0,011).

**Conclusiones:** La proporción de pacientes anémicos aumentó a lo largo de su estancia en UCI. Se extrajeron 65,8 mL por paciente y 17,5 mL por paciente y día. Solamente un paciente precisó de una transfusión. Los factores que se observaron relacionados con la anemización fueron: la edad, la gravedad al ingreso y el volumen sanguíneo extraído por día. Se encontró una asociación entre la anemización y la mortalidad en estos pacientes.

**076. PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UNA UCI DURANTE UN PERÍODO DE 7 AÑOS**

Quevedo Marcos I y Marín Cortajarena J

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

**Objetivos:** Conocer las características epidemiológicas, clínicas y los factores pronósticos de los pacientes oncohematológicos ingresados en nuestro servicio de medicina intensiva a lo largo de un período de 7 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo realizado durante un periodo consecutivo de 7 años (1.1.2016 a 31.12.2022) en una UCI de 48 camas de un hospital de tercer nivel, que atiende a una población de 700.000 habitantes.

**Resultados:** Durante este periodo ingresaron en nuestra UCI 197 pacientes oncohematológicos, con un claro predominio de varones (66,6%) y una edad media de 61,8 años. La enfermedad oncohematológica de base más frecuente fue la leucemia en un 36,4% de pacientes (35,2% mieloblástica aguda) seguida de linfoma en un 34,87% (siendo en un 86,7% de linfoma no Hodgkin). Un 31,6% había recibido trasplante hematopoyético y un 30,6% presentó neutropenia. El APACHE-II medio al ingreso fue de 23 y el SOFA medio de 8,3. El motivo de ingreso más frecuente fue la sepsis (43%), seguida de cerca por la insuficiencia respiratoria aguda (31,8%). El 66% de los pacientes precisó soporte vasoadyuvante con Noradrenalina, 58% oxigenoterapia de alto flujo, 39% ventilación mecánica y 16% terapias de reemplazo renal continuo (TRRC).

La media de estancia en UCI fue de 8,1 días y la hospitalaria total de 28,3 días. La mortalidad en UCI en nuestra serie fue de 32,8%, y la mortalidad global hospitalaria de 42,11%. El análisis univariante mostró una asociación con la mortalidad del SOFA, APACHE-II, sexo, la necesidad de soporte con noradrenalina, ventilación mecánica y TRRC. Al realizar el análisis multivariante, se objetivó en nuestra serie que el SOFA (OR 1,26 e IC95% [1,13-1,41]), el sexo femenino (OR 3,19 e IC95% [1,40-7,25]) y la ventilación mecánica (OR 12,20 e IC95% [5,49-27,09]) fueron los factores que se asociaron significativamente con la mortalidad, con un área bajo la curva de 0'867.

**Conclusiones:** Los pacientes oncohematológicos supusieron un pequeño porcentaje de ingresos en UCI, pero con una elevada morbimortalidad. La causa de ingreso más frecuente fue la sepsis. En nuestra serie, el SOFA al ingreso, el sexo femenino y la necesidad de ventilación mecánica fueron los factores que se asociaron con mortalidad.

**077. ¿PERMITE EL ROTEM UNA REANIMACIÓN DEL SHOCK HEMORRÁGICO GUIADA POR OBJETIVOS CUANDO SE REALIZA EN UN LABORATORIO EXTERNO AL HOSPITAL?**

Armenta López G, Macias Clemente J, Delgado Mesa P, Gallego Lara SL y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

**Objetivos:** Los test viscoelásticos son un método mucho más adecuado que las pruebas de coagulación convencionales para el manejo del paciente con hemorragia aguda y nos aportan resultados válidos para tomar decisiones de una forma rápida y dirigida ¿Siguen conservando estos test las mismas ventajas en un hospital de segundo nivel, donde no están disponible en su propio laboratorio, si no que se envían a un laboratorio externo al hospital?

**Métodos:** Realizamos estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes en los que se ha activado el protocolo de trasfusión masiva por shock hemorrágico desde el año 2020 a 2022. Comparamos edad, mortalidad, APACHE, requerimientos trasfusiones, tratamiento y evolución clínica de los pacientes en los que se solicitó ROTEM con los que no se solicitó ROTEM. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar. Las pruebas viscoelásticas se envían por mensajería emergente al laboratorio del hospital terciario más cercano que se encuentra a 15 Km.

Figura Póster 077

EDAD	AP	Causa hemorragia	Medicación previa	Trasfusión previa a ROTEM	Trasfusión tras ROTEM
52	Cirrosis hepática	HDA. Úlcera gástrica y sangrado difuso Shock refractario	No anticoagulado Hipersplenismo	6 H 2 plasma 1 Plaquetas (politransfusión días anteriores)	2 gr fibrinógeno Acido tranexámico
57	Fumador	Úlcera duodenal	Ninguna	8 H Fibrinógeno Plaquetas Plasma	1 gr de fibrinógeno + IQX
59	Neumectomía Neumonía COVID	Hemoptisis/sangrado traqueal	Bemiparina	3 H C. P. Tranexámico Plaquetas	C.P Plasma
50	Cirrosis hepática	HDA	No	10 H 2 plasma 2 plaquetas Fibrinógeno Calcio	X
78	C. Isquémica FA Arteriopatía periférica	HDB Divertículos sangrantes	Apixaban AAS Cilostazol	4H 2 plasma Fibrinógeno C.P	4 gr fibrinógeno C.P. IQX
15	No	Traumatismo abdominal Rotura renal	NO	3H Plaquetas 2 gr Fibrinógeno Plasma	Rotem normal
60	No	P.O. Tumor vesical.	No	10H Fibrinógeno Plasma Acido tranexámico Plaquetas	Fibrinógeno AC Tranexámico

**Resultados:** En el periodo mencionado se ha activado en 19 ocasiones el protocolo de trasfusión masiva, en 7 de los cuales sí se solicitó ROTEM. La causa más frecuente de hemorragia en ambos grupos es hemorragia digestiva. El APACHE medio de los pacientes a los que se le solicitó ROTEM es de 19,25 (9,38) frente 16,57 (4,31) del grupo que no se solicitó. La mortalidad en el grupo ROTEM fue 42,8% (vs. 16,66 en el grupo No ROTEM). Esta diferencia no resultó estadísticamente significativa con  $p = 0,21$ . La diferencia en media de concentrados de hematíes trasfundidos en las primeras 48 horas en el grupo en el que no se realizaron test viscoelásticos 8,42 (8,77) vs. 7,11 (3,48), no resultando estadísticamente significativo con  $p = 0,33$ . Mostramos en la tabla, que tratamiento requirieron los pacientes tras la solicitud de ROTEM, observando que en un 60% de los casos había hiperfibrinólisis y se volvió a administrar otra dosis de fibrinógeno. En un 30% de los casos fue necesario la administración de complejo protrombínico y plasma. En un caso el ROTEM fue normal y no modifico el tratamiento previo.

**Conclusiones:** En nuestro medio, con la disponibilidad demorada de test viscoelásticos, a espera de estudio más exhaustivo, también permite un tratamiento guiado por objetivos de la reanimación en el shock hemorrágico. La utilización de ROTEM en nuestros pacientes no ha demostrado una diferencia de mortalidad ni de requerimiento transfusionales.

### 078. ¿ES ÚTIL LA INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA Y HEMORRAGIA DIGESTIVA INGRESADOS EN UCI?

de Abreu Ramírez AA, García Godes M, Muñoz-Mingarro Molina D, Marín Ráez R, González Fernández O, Márquez Alonso JA y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Objetivos:** Evaluar el papel de la derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) en pacientes con hemorragia digestiva por varices esofágicas en pacientes ingresados en UCI.

**Métodos:** Analizamos de forma retrospectiva el papel de la derivación portosistémica en pacientes que ingresaron en nuestra UCI por hemorragia digestivas en el periodo de septiembre de 2020 a diciembre de 2022.

**Resultados:** Se realizó derivación portosistémica intrahepática a 26 pacientes con hemorragia digestiva alta, el 80,7% eran de sexo masculino con una media de edad de 61 años. La cirrosis enólica fue la primera causa de cirrosis (61,5%-16), 9 de ellos con enolismo activo al ingreso. El 54,1% tenía un Child-Pugh B con un MELD medio de 17 puntos. La necesidad promedio de soporte vasoactivo con noradrenalina previo a la derivación era de 0,12  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ . De los 26 pacientes a los que se les realizó la derivación 17 recibieron Early TIPS en menos de 24 horas y 9 recibieron la derivación posterior a esas primeras 24 horas. El gradiente de presión portal se redujo a menos de 12 mmHg en el 92% de los pacientes, por lo que se consideró procedimiento efectivo. El consumo medio de concentrados de hematíes previo a la colocación del early TIPS fue de 4 y, tras el procedimiento, de menos de 1 concentrado de hematíes a los 3 días; en comparación con los que recibieron el TIPS más tarde que precisaban un consumo medio de hematíes en torno a 3 concentrados y, tras la derivación, seguían precisando más de 1 concentrado de hematíes diario. La necesidad de soporte vasoactivo con NAD a los 3 días también caía en un promedio de 0,015  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ . Finalmente fallecieron en nuestra unidad el 34,6% de los pacientes (9). De los 17 pacientes a los que se les realizó early TIPS solo 4 fallecieron, mientras que la en el grupo tardío hubo 5 fallecidos de 9 pacientes (OR 0,24, IC95% 0,066-0,42). De estos 9 pacientes que fallecen 3 tenían un MELD > 25 y 4 un MELD entre 15-24 puntos. No falleció ningún paciente con un MELD por debajo de 14 puntos

**Conclusiones:** El TIPS se ha visto como una opción terapéutica pacientes con hemorragia digestiva. Parece que una derivación temprana en las primeras 24 horas disminuye el consumo medio de hematíes en comparación con los que recibieron la derivación tras las primeras 24 horas, además de ser un factor protector por presentar menor mortalidad que en el grupo tardío. Tampoco parece tener beneficio la colocación early-TIPS con un MELD > 25; en nuestro análisis este grupo de pacientes tiene 8 veces más riesgo de *exitus* que el grupo MELD < 24 puntos. Sin embargo, la eficacia de esta terapia se tendrá que valorar en estudios posteriores de mayor tamaño.

### 079. ANEMIA, HEMORRAGIA Y TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADOS DE HEMATÍES EN EL PACIENTE CON ECMO VV COVID-19

Sánchez Martín JA, Ramis Munar FM, Soliva Martínez L, Murciano Marqués P, Améaga Menéndez R, Usubiaga García L, Serrats López P, Arenas Casanovas F, Garcías Sastre MM y Millán Guilarte MT

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

**Objetivos:** Analizar la anemia, la hemorragia y las transfusiones de concentrados de hematíes (CH) en el paciente con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) VV por COVID-19.

**Métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyó a todos los pacientes con ECMO VV con el diagnóstico de neumonía por COVID-19. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia y porcentaje, las cuantitativas como mediana, percentil 25-75 y rango. Para el análisis se realizó el test U de Mann-Whitney o la correlación de Spearman cuando ambas variables eran cuantitativas.

**Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes (9 mujeres, 34,6%) con una edad mediana de 57 años (P25-75 52-61) (rango 71-25). El tiempo medio de ingreso en UCI previo al ECMO fue de 4,5 días (DS 4,0). La duración del ECMO fue de 25 días (P25-75 = 11-45) (rango = 3-84) con una mortalidad intra-UCI del 43,2% (11 pacientes). Al inicio del ECMO, 19 pacientes (73,1%) presentaban anemia: leve 6 (23,1%), moderada (8-10,9 g/dl) 10 (38,5%) y grave (< 8 g/dl) 3 (11,5%). Al finalizar el 100% de los pacientes se encontraban anémicos. 17 (65,1%) pacientes presentaron algún tipo de hemorragia y solo 2 (7,7%) trombosis. EL 82,3% fueron hemorragias mayores según los criterios de la ISTH: (inestabilidad hemodinámica 4 (23,5%), órgano crítico 1 (5,9%), transfusión 2 CH o caída hemoglobina > 2 g/dl 14 (82,3%)). En 3 pacientes (17,64%) se suspendió la anticoagulación, y 8 (47,1%) precisaron algún tipo de intervención médica. La hemorragia fue digestiva en 3 pacientes (17,6%), ORL 9 (52,9%), cánulas 6 (35,3%), urinaria 1 (3,8%), pericárdica 1 (3,8%). 4 pacientes (15,4%) presentaron hemorragias en varias localizaciones. El 100% de los pacientes precisaron la transfusión de concentrados de hematíes. Se transfundieron una mediana de 10,5 CH (P25-75 7-10) (rango 42-1). En el grupo sin hemorragia 8 CH (P25-75 3-8) (rango 13-1). La transfusión de CH se asoció a la hemorragia ( $p < 0,01$ ), los días de ECMO ( $r 0,605$ ,  $p < 0,01$ ), hemoglobina mínima ( $r -0,724$ ,  $p < 0,01$ ), plaquetas mínimas ( $r -0,474$ ,  $p 0,014$ ), ferritina máxima ( $r 0,463$ ,  $p 0,02$ ). La edad, el género, el lugar de la hemorragia, la hemoglobina, las plaquetas y la ferritina al inicio de la ECMO no se asociaron a la transfusión de CH.

**Conclusiones:** La anemia, la hemorragia y la transfusión de concentrados de hematíes son frecuentes en los pacientes en ECMO VV por neumonía COVID y tienen un origen multifactorial. Para su tratamiento debería realizarse un abordaje multidisciplinar, dentro de un plan de Patient Blood Management (PBM).

### 080. PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN UCI ENTRE LOS AÑOS 2016-2021. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, TRATAMIENTO DE SOPORTE Y EVOLUCIÓN

Aray Delpino Z, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez JE, Bouchotrouh H, Curieses Andrés CM, Velasco Villagarcía A, Bustamante Munguira E, Renedo Sánchez GP y Francisco Amador A

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

**Objetivos:** Análisis de pacientes hematológicos ingresados en una UCI de tercer nivel evaluando sus características y supervivencia en comparación con otros estudios publicados.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes hematológicos ingresados en UCI entre los años 2016 a 2021, evaluando sus características demográficas, mortalidad y variables relacionadas.

**Resultados:** Estudiamos 54 pacientes con edad media de 58,2 años (DE 14,2). 32 hombres y 22 mujeres (59,26% y 40,74%). El tiempo medio de estancia fue de 6,93 días. Los diagnósticos reportados en la historia al alta: mieloma múltiple (37,03%), leucemia mieloide aguda (33,3%), linfoma de Hodgkin (11,1%), linfoma no Hodgkin (18,5%). El motivo de ingreso más frecuente: Insuficiencia respiratoria (85%) seguido de sepsis/shock séptico (24,07%). A 64,81% pacientes se le instauró ventilación mecánica invasiva, fármacos vasoactivos (29,63%) y soporte renal (14,71%) durante su estancia en UCI. El tipo de infección diagnosticada más frecuente fue la bacteriana (35,1%), seguido de infección fúngica (20,3%) y vírica (5,5%). La mortalidad durante la hospitalización en UCI fue de 57,4%. Se realizó un análisis de regresión logística se obtuvo correlación entre el SOFA al ingreso ( $p < 0,05$ ). Mediante análisis con t-

Student se relaciona con la ventilación mecánica e infección fúngica con mortalidad ( $p < 0,05$ ).

Tabla 1. Características de los pacientes

Nº de pacientes	54	
Sexo (mujer/hombre)	22/32	40,74%/59,26%
	Media	DE
Edad en años	58,2	14,2
SOFA	6,23	2,13
Diagnóstico de base		
Mieloma múltiple	20	37,03%
LNH	10	18,52%
Linfoma de Hodgkin	6	11,11%
Leucemia mieloide aguda	18	33,33%

Tabla 2

Medidas terapéuticas	N	%
Ventilación mec. invasiva	35	64,81%
Soporte renal	8	14,81%
Hemoderivados	6	11,11%
Fármacos vasoactivos	16	29,63%

**Conclusiones:** La mortalidad en UCI fue del 57,4% en nuestro estudio similar a la descrita en otras cohortes. En nuestra serie los factores que se asocian a una más alta mortalidad es el SOFA al ingreso, la ventilación mecánica e infección fúngica ( $p < 0,05$ ). Se ha sugerido en la bibliografía que un SOFA menor de 10 puntos o con menos de 3 fallos de órganos como criterio de ingreso en UCI.

### 081. NUESTRA EXPERIENCIA CON PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI TRAS TERAPIA CON CÉLULAS T DEL RECEPTOR DE ANTÍGENO QUIMÉRICO (CAR-T)

Navarro J, Mataix I, Álvarez-Ossorio S, Escoreca A, Corcia Y, de la Cruz F, Farah JA, Martín FM y Aldabó MT

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

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia con pacientes que ingresan en UCI tras infusión de terapia CAR-T.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una serie de pacientes han recibido CAR-T y precisan ingreso en UCI. Variables: A) Previas al ingreso. Variables demográficas, terapia de linfodepleción, enfermedad basal, tipo de CAR-T. B) Evolución. Mortalidad en UCI y hospitalaria. Complicaciones y sus tratamientos específicos síndrome de Liberación de citoquinas LCS, síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras ICANS, infecciones, sangrado, síndrome de liberación macrofágica (SLM), síndrome venooclusivo (SVO) y otros. Estancia en UCI y hospitalaria. Disfunción de órganos. Datos Base de datos del registro CAR-T, paquete estadístico SPSS-21. Se expresan las variables en porcentajes o medianas (percentiles 25 y 75).

Complicaciones en el CAR-T

Complicación	N (%)	Grado más frecuente	% pacientes grado mayor
SLC	22 (95,7%)	2 (13 pacientes 56%)	3 (5 pacientes 21,7%)
ICANS	20 (87%)	3 = 4 (8 pacientes 34,8%)	4 (8 pacientes 34,8%)
Sangrado	1 (4,3%)	Grave	
SLM	1 (4,3%)	Grave	
SVO	0		
Infecciones	10 (43%)		

SLC: síndrome de liberación de citoquinas. ICANS: síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras. SLM: síndrome de liberación macrofágica. SVO: síndrome venooclusivo.

**Resultados:** Se han infundido en nuestro centro 118 terapias CAR-T. Ingresaron en UCI 23 (19,5%) pacientes. El 56% mujeres. La enfermedad más frecuente es el linfoma B de células grandes (52%) y el tipo de CAR-T más frecuente fue el comercial Axi-cel (58,3%). Todos precisaron aislamiento protector. Evolución. Se presentan las complicaciones de la

terapia CAR en tabla. Recibieron corticoides un 91,3%, tocilizumab un 73,9% y Anakinra el 26%. El 100% recibió antibioterapia. Presentaron infecciones el 43,4% de los pacientes (6 bacteriemias por catéter, 2 aspergilosis invasiva, 1 neumonía nosocomial y 1 meningitis). Fracaso de órganos: 10 (43,5%) pacientes precisaron aminas, 4 (17,4%) presentaron disfunción renal y 1 (4,3%) hepática. La mortalidad en UCI fue del 13% y en el hospital del 17,4%. La mediana de estancia en UCI 4 días (2-7) y en el hospital de 28 días (22-34).

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan en UCI por complicaciones de la terapia CAR-T suponen un gran reto para nuestras unidades. Un equipo multidisciplinar es la clave para su manejo.

### 082. SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD ASOCIADO A CÉLULAS INMUNOEFFECTORAS (ICANS) MOTIVO DE INGRESO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mataix I, Navarro J, Escoreca A, Álvarez-Ossorio S, Reguera JL, Delgado J y Aldabó MT

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

**Objetivos:** Describir nuestra serie de pacientes ingresados en UCI por ICANS.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes que tras la infusión de células CAR-T requieren ingreso en UCI por ICANS en un hospital de tercer nivel. A) previas al ingreso en UCI. Variables demográficas, terapia oncológica previa, enfermedad basal, tipo de CAR-T. B) ICANS: Tratamiento, necesidad de ventilación mecánica (VM) y disfunción de órganos. C) Evolución. Mortalidad en UCI y hospitalaria, limitación, estancia en UCI y estancia hospitalaria. Datos Base de datos del registro CAR-T, paquete estadístico SPSS-21. Se expresan las variables en porcentajes o medianas (percentiles 25 y 75).

**Resultados:** Se han infundido en nuestro centro 118 terapias CAR-T. Ingresaron en UCI 23 pacientes, de estos, un 87% presentaron ICANS (19,4% del total infundidos). Características de los pacientes: Mediana edad 58 (45-64), el 55% mujeres, el 70% procedían de otros hospitales. La enfermedad más frecuente en el 50% el linfoma B de células grandes, seguido del linfoma folicular. Evolución. El 95% presentó síndrome de liberación de citoquinas concomitante. Grados de ICANS: G1 3 pacientes (15%), G2 un paciente (5%), G3 8 (40%) y G4 8 (40%). Precisan ventilación mecánica 6 (30%) pacientes, terapia de alto flujo de oxígeno 5 (25%) y desarrollaron disfunción renal 4 (20%). El 45% de los pacientes presentaron una infección nosocomial. La estancia en UCI 4 (3-8) días y en el hospital 29 (22-39) días. La mortalidad en UCI fue del 15% y en un paciente se adecuaron las medidas de soporte pasando a planta por progresión de la enfermedad. El 50% de los pacientes en VM fallecieron en UCI. Tratamientos. Hace un año se añadió en el protocolo Anakinra (anti-IL1) para el ICANS corticorresistente.

Tratamiento utilizado en el ICANS. DXM dexametasona

Tratamiento	N pacientes (%)	Días tto/Número dosis	Dosis mayor
Corticoides	19 (95%)	Dosis descendente si hay respuesta	DXM 20 mg/6 h MTPD 1g/24 h **
Tocilizumab	14 (70%)	El 50% recibe 2 dosis	4 dosis (20%)
Anakinra	6 (26%)	5-7 días	8 mg/Kg/dosis

MTPD metilprednisolona. \*\*Según protocolo previo en 2 casos.

**Conclusiones:** El ICANS es el motivo más frecuente de ingreso en UCI tras infusión de terapias CAR y supone un gran riesgo para los pacientes.

### 083. FACTORES PRONÓSTICOS RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD HOSPITALARIA DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Copa Morales JP, Mariblanca Nieves B, Ruiz de Santaquiteria Torres V, Romo Gonzales JE, Chas Brami W, Arriero Fernández N, Eguileor Marín Z, Silva Obregón JA, Albaya Moreno A y González Wagner GA

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con la mortalidad intrahospitalaria (intra-UCI y planta hasta 1 mes tras el alta de UCI), de pacientes oncohematológicos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Guadalajara.

Figura Póster 084

VARIABLES	EXITUS	SUPERVIVIENTES	DIFERENCIA DE MEDIAS	INTERVALO DE CONFIANZA (95%)	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
EDAD	60,08	65,55	-5,46	0,43 - 10,50	0,031
ESCALA MASSC	10,46	13,42	-2,78	0,35 - 5,20	0,02
PLAQUETAS (mm3)	86515,15	176068,75	-89553,59	51,66 - 127452,19	0,001
PCR (mg/L)	226,68	103,35	123,32	26,78 - 70,01	0,001
LDH (U/L)	582,45	402,29	180,16	60,01 - 300,31	0,004
FIO2	93,27	65,63	27,64	15,14 - 40,14	0,001

**Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes oncohematológicos ingresados en UCI del HUGU en 6 años: 2017-2022. Se analizaron datos sociodemográficos, clínicos, analíticos y la mortalidad, junto con escalas de comorbilidad (Charlson) y pronóstico (APACHE-II) y específicas oncohematológicas: ECOG (calidad de vida) y MASCC (complicaciones infecciosas). Se analizaron las diferencias entre supervivientes vs. fallecidos (intra-UCI y/o en el primer mes de su alta a planta) mediante un análisis estadístico con las pruebas chi-cuadrado de Pearson o test exacto de Fisher para las variables cualitativas o la t de Student y la prueba de Levene para las variables cuantitativas. El umbral de significación exigido fue 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 81 pacientes: tumores sólidos (n = 31), pulmón (n = 7) y neoplasias hematológicas (n = 43). Un total de 33 pacientes fallecieron durante su estancia en UCI o en un período inferior al mes en la planta de hospitalización, suponiendo una mortalidad intrahospitalaria del 40,74%. En el análisis de variables cualitativas, encontramos asociación estadística entre la probabilidad de muerte hospitalaria y las siguientes variables: tratamiento con antibióticos en las 48 horas previas al ingreso (OR 4,375; IC95% 1,640-11,673), la neutropenia (OR 3,193; IC95% 1,174-8,688), shock al ingreso (OR 2,667; IC95% 1,029-6,912), VMI (OR 2,889; IC95% 1,051-7,938), el diagnóstico de SDR (OR 11,556; IC95% 4,025-33,175), la maniobra de pronó (OR 5,5; IC95% 1,570-19,226) y el empleo de TRRC (OR 3,807; IC95% 1,315-11,022). En el cuadro encontramos las variables estadísticamente significativas. Los fallecidos presentan: menor edad media (60,08 vs. 65,55; p = 0,031), un índice MASCC menor (10,46 vs. 13,42; p = 0,02), menor recuento de plaquetas (86.515 vs. 176.068; p = 0,001), mayores cifras de PCR.

**Conclusiones:** Los factores asociados con la mortalidad de los pacientes oncohematológicos son diversos, destacando: la ventilación mecánica invasiva/SDRA, shock al ingreso, terapia de reemplazo renal y la escala MASCC.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 81 pacientes oncohematológicos (tumores sólidos, pulmón y neoplasias hematológicas). Un total de 33 pacientes fallecieron durante su estancia en UCI o en un período inferior al mes en la planta de hospitalización. La mediana del INL es 8. El percentil 25 es 2,21 y el percentil 75 es 18,16. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad y el INL de los percentiles superiores (p = 0,068). La regresión lineal entre INL y PCR no permite establecer una correlación lineal entre ambos valores (p = 0,230). Además, la regresión lineal entre INL y PCT tampoco muestra significación estadística (p = 0,581).

**Conclusiones:** El índice neutrófilo/linfocito en nuestra serie de casos no se asocia con mortalidad en pacientes con cáncer ingresados en la unidad de cuidados intensivos. No existe correlación lineal con parámetros bioquímicos de inflamación (PCR y PCT).

## Pósteres orales

### DONACIÓN/TRASPLANTES I 08:30-10:00 h. SALA MULTIUSOS 2

#### 085. DONACIÓN EN PACIENTES CON ACV HEMORRÁGICO

Seller Pérez G, González Soto S, Macías Guarasa I, Jiménez Jiménez S, Hijano Muñoz FA y Herrera Gutiérrez ME

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

**Objetivos:** Analizar los pacientes ingresados por ACV hemorrágico que se incluyen en el proceso de donación de órganos.

**Métodos:** Estudio de cohortes sin intervención. Pacientes ingresados en la Unidad con diagnóstico de ACV hemorrágico desde enero-2018 hasta junio-2022. Se excluyen pacientes con HSA o MAV. Los datos se muestran como n (%) y media (DE) o mediana(Q25-Q75). Para las comparaciones se aplicaron test no paramétricos para un nivel de significación de 95%. Se solicitó CI para la inclusión en registro clínico de la Unidad.

**Resultados:** Se analizan 176 pacientes, 40,3% mujeres, edad < 40 años 9,7%, entre 40 y 60 el 35,8% y > 60 54,5%. Se realizó intervención quirúrgica en 27,8%, en 90,3% se necesitó ventilación mecánica. La mediana de estancia en UCI fue de 8,6 (10,4). Fallecieron en UCI 89 (50,6%) pacientes y se detectaron 46 donantes potenciales (51,7%): 40 en muerte encefálica (ME) y 6 candidatos en donación en asistolia controlada (DAC). El 56% eran mayores de 60 años (57,4% en ME vs. 47,8% en DAC, p 0,07). Hubo rechazo en 8 de las 40 ME y en 1 de las 6 DAC. Aunque el número de donantes potenciales se relacionó con el nivel neurológico al ingreso, (30,8% de pacientes con Glasgow ≤ 4 y 30,6% para Glasgow 5-8), también se incluyeron pacientes que inicialmente presentaban buen nivel (11% de donantes en Glasgow > 8). El porcentaje de rechazo a la donación fue similar en los tres grupos. Las donaciones se produjeron en la mayor parte de los casos los primeros días de ingreso, con una mediana de estancia de 2 (1-6,5) días frente a 5 (2-15,5) en no donantes. La localización de la lesión no influyó en el índice de donaciones (25,6% en lesiones supratentoriales, 15% en fosa posterior y 24,5% en ganglios de la base, p ns).

#### 084. ÍNDICE NEURÓFILO/LINFOCITO COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS QUE INGRESAN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Copa Morales JP, Mariblanca Nieves B, Ruiz de Santaquiteria Torres V, Romo Gonzales JE, Benito Puncel C, Agurto Rivera SN, González Wagner GA, Chas Brami W, Albaya Moreno A y Silva Obregón JA

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** El índice neutrófilo/linfocito es un marcador inflamatorio de valor pronóstico en pacientes con cáncer. El objetivo principal del presente trabajo es valorar la asociación entre el índice neutrófilo/linfocito (INL) y la mortalidad. Los objetivos secundarios son valorar la asociación lineal entre el INL y parámetros de inflamación sistémica: proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT).

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes oncohematológicos que ingresan por causa médica, quirúrgica o coronaria en la unidad de cuidados intensivos en el período 2017-2022. Se describen variables clínicas (mortalidad) y analíticas. Se realizó la mediana del INL y división en 4 intercuartiles de los pacientes. Mediante test de chi-cuadrado, se analizó la relación entre la mortalidad y los pacientes fallecidos en cada intercuartil. Empleo de una prueba de regresión lineal con: INL, PCR y PCT, para valorar la correlación de los parámetros inflamatorios.



**Conclusiones:** El ACV hemorrágico es una patología con una elevada mortalidad y un número elevado de casos evolucionan rápidamente a muerte encefálica. Existe un margen de mejora en cuanto al rechazo a la donación en este grupo de pacientes.

#### 086. DONANTES CON PCR COVID-19 POSITIVA: ¿EXISTE RIESGO DE TRANSMISIÓN?

Granados Madero M, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Mula Martínez R, Martín Magán MM, Moya Sánchez J, Asensio Rodríguez M y Vázquez Andrés G

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

**Objetivos:** Evaluar si los donantes positivos por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de SARS-CoV-2 asintomáticos o sin que la infección suponga la causa de muerte en el momento de la donación suponen un riesgo de transmisión para los receptores de dichos órganos.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo, realizado en Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) desde el 26 de diciembre del 2020 al 14 de noviembre de 2022 donde se recogieron aquellos donantes con PCR SARS-CoV-2 positiva al momento de la donación y su correlación respecto al potencial de transmisión a los receptores de órganos sólidos en función de PCR SARS-CoV-2 realizadas los días +3 y +7 del trasplante.

**Resultados:** 11 donantes presentaron PCR SARS-CoV-2 positiva. La edad media de los donantes fue 49 años siendo la causa más frecuente de muerte el accidente cerebrovascular (54,5%). Un 90,9% de los donantes fueron en muerte encefálica. 26 órganos (5 corazones, 8 hígados y 13 riñones) fueron trasplantados, suponiendo una tasa de 2,36 órganos por donante real. Se pudo realizar el seguimiento en 19 receptores (73,1%) sin documentar ninguna transmisión donante-receptor. Un receptor presentó una PCR SARS-CoV-2 positiva a los 9 días del trasplante que cursó de manera asintomática y en la que se identificó a su cónyuge como el vehículo de transmisión.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, los donantes con PCR SARS-CoV-2 positiva sin enfermedad clínica subyacente suponen un perfil de donante seguro (a excepción de pulmón e intestino) que no incrementa el riesgo de transmisión en el receptor, considerando por tanto una estrategia de donación segura que aumenta el pool de donantes disponibles.

#### 087. TASA DE ÉXITO DE EXTRACCIÓN HEPÁTICA EN UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN ABDOMINAL NORMOTÉRMICA

Bellón Ramos AM, Pérez Calle M, Bueso Inchausti E, Amaro Harpigny A, Galiano Gordillo JA, Carretero Rodrigo M, Enciso Paniagua P, Tendero Herraiz I, Alcántara Carmona S y Pérez Redondo M

*Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.*

**Objetivos:** La perfusión abdominal normotérmica (PAN) constituye una forma de preservación de órganos en el proceso de donación en asistolia controlada (DAC), cuya principal ventaja, entre otras, es la disminución de isquemia caliente. El objetivo del estudio es describir las características de estos pacientes, del proceso de DAC-PAN y los resultados de validez hepática en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyen las DAC-PAN desde 2017 a 2022. Se analizan datos demográficos y clínicos; tiempo de isquemia caliente funcional [(TICF), definido como tiempo desde inicio de hipoperfusión significativa (tensión sistólica < 60 mmHg) hasta inicio de perfusión normotérmica]; validez hepática; tasa de éxito hepática (extracción hepática del total de donantes con valoración previa favorable) y/o motivos de desestimación. Datos recogidos de historias clínicas electrónicas. Variables cuantitativas expresadas como media  $\pm$  DE o mediana (IQ25-IQ75) y variables cualitativas expresadas como valor absoluto (%).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se programaron 29 DAC-PAN, con inicio de ECMO en 28 casos. La edad media de los donantes fue de 57,6  $\pm$  13,2 años (n = 15 51,7% varones). Diagnóstico principal: encefalopatía anóxica tras parada cardiorrespiratoria (n = 16 55,2%), seguido del ictus hemorrágico (n = 4 13,8%), el ictus isquémico (n = 3 10,3%), el TCE grave y la insuficiencia respiratoria refractaria cada uno de ellos con dos casos (6,9%) y la hemorragia subaracnoidea con un caso (3,4%). Del total de DAC-PAN, 24 se programaron con valoración hepática previa

favorable. La mediana del TICF fue de 14 (9-18) min. La mediana del flujo de la ECMO fue de 2.000 (1.800-2.500) rpm. Durante la terapia ECMO se produjo un descenso medio de láctico de 2,55  $\pm$  4 mmol/L. La tasa de éxito hepática de DAC-PAN fue de un 72%. Las causas de no validez hepática fueron: complicaciones mecánicas relacionadas con la técnica ECMO (n = 2 28,6%), hipertransaminasemia (n = 2 28,6%), TICF > 30 min (n = 1 14,3%), aspecto macroscópico (n = 1 14,3%) y desconocido en un caso (14,3%). La tasa de éxito, excluyendo complicaciones no asociadas a terapia ECMO (TICF elevado y aspecto macroscópico), se eleva a 78,3%.

**Conclusiones:** La PAN constituye una forma de preservación de órganos en el proceso de DAC eficaz con una alta tasa de éxito en la extracción hepática y una incidencia baja de complicaciones relacionadas con la PAN.

#### 088. PUESTA EN MARCHA DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN UN HOSPITAL DONADOR NO TRASPLANTADOR

Vidal Tegedor B, Rodríguez Portillo JH, Rodríguez Martínez EA, Altaba Tena S, Catalán Monzón I, Sánchez Morán F y Tormo Rodríguez L

*Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.*

**Objetivos:** Describir la puesta en marcha de un programa de donación en asistolia controlada (DAC) en un hospital donador no trasplantador.

**Métodos:** Estudio descriptivo y observacional de todas las DAC realizadas en un hospital donador no trasplantador desde la puesta en marcha del programa hasta la actualidad (noviembre de 2015 hasta enero de 2023). Se obtuvieron datos de variables demográficas (edad, sexo), antecedentes de enfermedades previas al ingreso (asma, fumador, EPOC), tiempo de estancia previo al ingreso en UCI y en UCI, tipo de DAC (suprarrápida, ECMO), datos de laboratorio, datos del ECMO, número de concentrados de hematíes trasfundidos, tiempo de isquemia caliente total y funcional y validez del órgano en el momento del implante. El análisis estadístico se realizó con Stata para Mac, versión 14,2. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media  $\pm$  desviación estándar, o mediana con rango intercuartil (IQR) cuando la distribución no era normal; y las cualitativas como números y porcentajes.

**Resultados:** En el periodo de estudio se realizaron 115 DAC, el 62,6% con ECMO con canulación *premortem*. De los 72 ECMO, la canulación fue realizada un 50% por cirugía vascular y un 50% por radiología intervencionista. En el 100% de los casos el ECMO fue manejado por el coordinador de trasplantes que es un médico intensivista. En cuanto a las causas más frecuentes de fallecimiento: ACV hemorrágico (26,1%), encefalopatía posanóxica (17,4%), TCE (16,5%), ELA (13,9%), HSA (8,7%). El tiempo medio de estancia en UCI fue de 6 [4-12] días. El tiempo de isquemia caliente total fue de 16 [13-24] minutos y de isquemia caliente funcional 13 [10-18] minutos. Se transfundieron un total de 4 [2-5] concentrados de hematíes. Se generaron un total de 330 órganos válidos (77,7%): 86 pulmones, 64 hígados, 178 riñones, 2 páncreas.

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio el número de DAC fue superior al descrito en otras series, con un elevado número de donantes cuya causa de fallecimiento fue una ELA avanzada. Los tiempos de isquemia caliente total y funcional no fueron elevados lo que permitió un número elevado de órganos válidos. Cabe destacar que en el 100% de los casos, el ECMO fue manejo por el coordinador de trasplantes que es un médico intensivista.

#### 089. PUESTA EN MARCHA DEL ECMO EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN UN HOSPITAL DONADOR NO TRASPLANTADOR

Vidal Tegedor B, Rodríguez Portillo JH, Rodríguez Portillo EA, Altaba Tena S, Sánchez Morán F, Catalán Monzón I y Tormo Rodríguez L

*Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.*

**Objetivos:** Describir la puesta en marcha de un programa de donación en asistolia controlada (DAC) con ECMO en un hospital donador no trasplantador.

**Métodos:** Estudio descriptivo y observacional de todas las DAC con ECMO realizadas en un hospital donador no trasplantador desde la puesta en marcha del programa hasta la actualidad (diciembre de 2017 hasta enero de 2023). Se obtuvieron datos de variables demográficas (edad,

sexo), antecedentes de enfermedades previas al ingreso (asma, fumador, EPOC), tiempo de estancia previo al ingreso en UCI y en ECMO, número de concentrados de hematies transfundidos, tiempo de isquemia caliente total y funcional y validez del órgano en el momento del implante. El análisis estadístico se realizó con Stata para Mac, versión 14.2. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media ± desviación estándar, o mediana con rango intercuartil (IQR) cuando la distribución no era normal; y las cualitativas como números y porcentajes.

**Resultados:** En el periodo de estudio se realizaron 72 DAC con ECMO con canulación *premortem*. De los 72 ECMO, la canulación fue realizada un 50% por cirugía vascular y un 50% por radiología intervencionista. En el 100% de los casos el ECMO fue manejado por el coordinador de trasplantes que es un médico intensivista. En cuanto a las causas más frecuentes de fallecimiento: ACV hemorrágico (27,8%), TCE (16,7%), encefalopatía posanóxica (16,7%), ELA (11,1%), HSA (12,5%). El tiempo medio de estancia en UCI fue de 7,5 [4,5-12] días. Tiempo de isquemia caliente total fue de 14,5 [12-17] minutos y de isquemia caliente funcional 12 [9-13] minutos. Se transfundieron un total de 4 [2-5] concentrados de hematies. Se generaron un total de 217 órganos válidos (76,4%): 61 pulmones, 45 hígados, 109 riñones y 2 páncreas.

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio el número de DAC con ECMO ha permitido la obtención de un elevado de órganos válidos (76,4%). Destacando que en el 100% de los casos el ECMO fue manejado por el coordinador de trasplantes que es un médico intensivista.

**090. FACTORES ASOCIADOS A LA VALIDEZ DEL HÍGADO EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (DAC) CON ECMO**

Vidal Tegedor B, Rodríguez Martínez EA, Rodríguez Portillo JH, Altaba Tena S, Sánchez Morán F, Catalán Monzón I y Tormo Rodríguez L

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Objetivos:** Analizar los factores asociados a la validez del hígado en la donación en asistolia controlada con ECMO.

**Métodos:** Estudio de cohortes, retrospectivo de todas las DAC con ECMO realizadas en un hospital de tercer nivel donador no trasplantado desde su puesta en marcha en diciembre de 2017. Se obtuvieron datos de variables demográficas (edad, sexo), antecedentes de enfermedades previas al ingreso (asma, fumador, EPOC), tiempo de estancia previo al ingreso en UCI y en ECMO, datos de laboratorio (láctico, GOT, GPT, Glucosa, pO2, pCO2, pH), datos del ECMO, número de concentrados de hematies transfundidos, tiempo de isquemia caliente total y funcional y validez del órgano en el momento del implante. Para el análisis de datos se dividieron los donantes en dos grupos según la validez o no del hígado. El análisis estadístico se realizó con Stata para Mac, versión 14.2. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media ± desviación estándar, o mediana con rango intercuartil (IQR) cuando la distribución no era normal; y las cualitativas como números y porcentajes. Las variables cualitativas se analizaron mediante la prueba chi<sup>2</sup> (o la prueba exacta de Fisher según el número de casos). Las variables cuantitativas se evaluaron mediante la prueba t (o una prueba no paramétrica de acuerdo con la normalidad de la distribución).

**Resultados:** En el periodo de estudio se realizaron 72 DAC con ECMO, en 63 de las cuales se ofertó el hígado, con la obtención de 45 de ellos válidos (71,4%). En el análisis de los factores asociados a la validez del hígado se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de GOT basal y a los 20, 40 y 60 minutos de inicio del ECMO; en los valores del Láctico a los 2 y 40 minutos de inicio del ECMO; sin objetivar relación con los niveles de GPT, los días de estancia en UCI previos a la DAC ni los tiempos de isquemia caliente tanto total como funcional. Destaca que los flujos de sangre en el grupo de los hígados válidos fueron menores que en los no válidos con diferencias estadísticamente significativas (tabla).

**Conclusiones:** En nuestra serie destaca un elevado número de hígados válidos tras el inicio del ECMO en la DAC. Los factores asociados a la validez del hígado son los niveles de GOT basal y a los 20, 40 y 60 minutos y láctico a los 2 y 40 minutos tras el inicio del ECMO. Los flujos de sangre en el ECMO el grupo de los hígados válidos fue menor.

Figura Póster 090

	HIGADO VÁLIDO n = 45	HIGADO NO VÁLIDO n = 18	P
GOT (UI/L) 0min	33 [20-46]	65,5 [41,5-89,5]	0,014
GOT (UI/L) 2min	22 [17-37,5]	44 [21-58]	0,08
GOT (UI/L) 20min	33 [24,5-52,5]	78 [40-81]	0,003
GOT (UI/L) 40min	41 [23-57]	69 [43-110]	0,013
GPT (UI/L) 0min	27 [16-63]	43,5 [17-94]	0,316
GPT (UI/L) 2min	24 [13-39]	35 [17-58]	0,212
GPT (UI/L) 20min	32 [16-55]	38 [21-68]	0,305
GPT (UI/L) 40min	31,5 [20-50]	36,5 [22-88]	0,385
Láctico (mmol/l) 0min	0,9 [0,7-1,3]	0,8 [0,7-1,2]	0,35
Láctico (mmol/l) 2min	4,1 [3,2-5,1]	5,4 [4,9-6,2]	0,007
Láctico (mmol/l) 20min	2,7 [1,8-4,5]	3,8 [3-5]	0,117
Láctico (mmol/l) 40min	2,6 [1,8-4,5]	4,1 [3,1-6,1]	0,038
Número concentrados hematies transfundidos	4 [3-6]	4 [2-6]	0,504
Tiempo isquemia caliente total (min)	15 [12-16]	14 [13-17]	0,732
Tiempo isquemia caliente funcional (min)	11 [9-13]	12 [10-13]	0,495
Estancia UCI (días)	6 [3-12]	8 [6-10]	0,467
Flujo sangre (l/min) 2min	2,2 [2-2,5]	2,5 [2,2-3]	0,08
Flujo sangre (l/min) 20min	2,1 [2-2,5]	2,5 [2,4-3]	0,01
Flujo sangre (l/min) 40min	2 [2-2,5]	2,5 [2,3-2,7]	0,04

### 091. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN ABDOMINAL NORMOTÉRMICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: POBLACIÓN Y NÚMERO ÓRGANOS OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

Pérez Calle M, Bellon Ramos AM, Galiano Gordillo JA, Amaro Harpigny A, Tendero Herraiz I, Enciso Paniagua P, Bueso-Inchausti García E, Carretero Rodrigo M, Pérez Redondo M y Alcántara Carmona S

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

**Objetivos:** La donación en asistolia controlada (DAC) se ha consolidado como fuente fundamental de órganos en la última década en España, suponiendo en 2021 el 34,4% de los donantes. El objetivo de este estudio es revisar los donantes y la validez de los órganos en el programa de DAC con perfusión abdominal normotérmica (PAN) en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyen todas las DAC con PAN desde el 2017 al 2022. Datos obtenidos de la historia clínica electrónica y ficheros del proceso de donación. Se recogieron variables demográficas y descriptivas generales, así como aquellas asociadas a la DAC y la PAN. Se define el tiempo de isquemia caliente funcional (TICF) como tiempo desde que la tensión sistólica < 60 mmHg hasta el inicio de la PAN, y la eficacia como órganos finalmente trasplantados del total de órganos valorados. Análisis estadístico: variables cuantitativas expresadas como media  $\pm$  DE para distribución normal y mediana (IQ25-IQ75) para la no normal y cualitativas como % (valor absoluto).

**Resultados:** En el periodo estudiado se realizaron un total de 29 DAC con PAN. La edad media de los donantes fue de 58  $\pm$  13 años. Los varones supusieron el 52% (n = 15) de la muestra. El 86% (n = 25) de los pacientes fueron donantes propios con un 14% (n = 4) trasladados desde otros centros de la comunidad de Madrid para posibilitar la DAC con PAN. Los motivos de ingreso según orden de frecuencia fueron: parada cardiorrespiratoria recuperada (55%; n = 16), accidente cerebrovascular (28%; n = 8), traumatismo craneoencefálico grave (10%; n = 3) e insuficiencia respiratoria (7%; n = 2). La estancia media hospitalaria fue de 11  $\pm$  7 días. Todas las cancelaciones fueron *premortem*. La mediana del TICF fue de 14 (9-18) minutos. Se obtuvieron un total de 71 órganos válidos. Fueron implantados 16 hígados lo que supuso una eficacia del 55%. Del total de riñones (n = 58), 39 fueron válidos (eficacia del 63%). Se obtuvieron también 14 pulmones (24% de eficacia) y dos corazones (3,4%). Comparado con el total de donaciones realizadas en este periodo, la DAC aportó el 25,3% del total de órganos trasplantados en el periodo de estudio. Según órgano supuso: el 27,6% de los hígados, el 28,9% de los riñones, el 18,9% de los pulmones y el 14,3% de los corazones.

**Conclusiones:** La DAC ha contribuido a aumentar el número total de donantes. En nuestro centro, a día de hoy, uno de cada cuatro donantes proceden de este tipo de donación. Los órganos obtenidos a través de PAN-DAC muestran tasas de eficacia aceptables y similares a las descritas en otras series.

### 092. DONACIÓN CARDIACA EN ASISTOLIA, UN NUEVO RETO

Mateos Llosa M, Manso Murcia C, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Granados Madero M, Mula Martínez R, Martín Magán M, Moya Sánchez J, Victoria Ródenas MD y Asensio Rodríguez M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** El trasplante cardíaco es actualmente el tratamiento más eficaz para mejorar el pronóstico de los pacientes con insuficiencia cardíaca en fase terminal. En los últimos años se ha desarrollado en España la donación en asistolia controlada (DAC) con perfusión normotérmica regional (PRN). Presentamos las experiencias iniciales en trasplante cardíaco de los DAC con PRN en el Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

**Métodos:** La donación en asistolia controlada se consideró en pacientes menores de 65 años ingresado en UCI en los que se había tomado la decisión de retirada de la terapia de soporte vital y la donación había sido aceptada. La evaluación del paciente se realizó de la forma habitual. La monitorización cardíaca del donante se realizó mediante catéter Swan-Ganz y ecocardiografía transesofágica continua. Tras la declaración de la muerte, se pinzaron los troncos supraaórticos para excluir el flujo cerebral. Simultáneamente, el paciente fue intubado y se inició la ventilación mecánica. La actividad cerebral se controló utilizando el índice bispectral. Los valores de troponina y lactato se controlaron durante todo el procedimiento.

**Resultados:** Se realizaron 11 procedimientos en nuestro hospital. En todos los casos, el corazón recuperó ritmo sinusal en menos de 1 minuto. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo en el momento de la validación y a los sesenta minutos fue óptima. Los trasplantes se realizaron a receptores locales con excelente resultado. Uno de los pacientes requirió soporte mecánico después del trasplante. Los receptores tuvieron una estancia corta en UCI y fueron dados de alta a domicilio con excelente evolución. Uno de los receptores falleció por una complicación local no relacionada con la función del injerto.

**Conclusiones:** El trasplante de donantes en asistolia controlada representa una fuente importante de injertos en países con un marco legal adecuado. La perfusión regional normotérmica permite reducir los costes de los dispositivos de preservación *ex situ* de los DAC haciendo este procedimiento económicamente asequible.

### 093. CUIDADOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN TRAS PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR

Merino Zamalloa J

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

**Objetivos:** Analizar los resultados del programa DAC en pacientes que han solicitado PAM.

**Métodos:** Análisis descriptivo de casos de CIOD tras PAM desde la entrada en vigor de la ley de eutanasia, hasta el 31.12.2022.

**Resultados:** 9 solicitudes de donación tras PAM. 2 contraindicaciones. 7 pacientes donantes efectivos. Edad media de 63 años. 2 mujeres y 5 varones. Ha precisado intubación en domicilio 1 paciente y en planta 1 paciente. IOT tras ingreso programado en UCI, 5 pacientes. La media de tiempo desde ingreso en UCI hasta PAM es de 29 horas.

	Pulmones	Hígado	Páncreas	Riñones	Corneas
Epidermolisis bullosa	2	1	-	2	2
Alzheimer	-	1	-	-	2
Fibrosis pulmonar	-	1	-	2	2
Alzheimer	2	-	-	2	2
Lesión medular	2	1	1	2	2
Enfermedad osteomuscular	-	1	-	2	2
Neurinoma trigémino	-	1	-	-	2
	6	6	1	10	14

**Conclusiones:** Es un programa con buenos resultados. La mayoría son donantes multiorgánicos y de tejidos. En Gipuzkoa supone una tasa de donación de 10 donantes/pmp. Debe existir un protocolo bien establecido para los pacientes que desean CIOD PAM en todos los hospitales. Constituye una buena práctica médica, ya que puede dar respuesta tanto al deseo de ser donante de la persona que solicita la PAM como a los pacientes que necesitan un trasplante. Coordinación de Trasplantes debe coordinar a todos los servicios implicados en cada caso de CIOD-PAM.

### 094. POTENCIALIDAD DE DONACIÓN DE CORAZÓN DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA CARDIACA EN CATALUÑA

Martínez Franco N<sup>1</sup>, Anguela Calvet L<sup>2</sup>, Oliver Juan E<sup>2</sup>, Tort Bardolet J<sup>1</sup>, Belda Ley MD<sup>2</sup>, Serra Paya P<sup>2</sup>, Manito Lorite N<sup>2</sup> y Moreno González G<sup>2</sup>

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

**Objetivos:** Los donantes cardíacos en muerte encefálica han disminuido por lo que se han ampliado criterios para la aceptación orgánica y el inicio de protocolos de donación de corazón en asistolia. El objetivo de nuestro estudio es conocer su potencialidad de donación en Cataluña.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los donantes en asistolia controlada (DAC) registrados por la OCATT desde el 1 de enero del 2013 al 28 de febrero del 2021. Para la selección de los potenciales donantes cardíacos se utilizó el protocolo de DAC cardíaca de nuestro hospital. Para valorar un incremento de la potencialidad se añadieron pacientes ya sea con 1 factor de riesgo cardiovascular (FRCV), si eran fumadores o ambos. Finalmente, se evaluó si la donación se realizó fuera del área metropolitana de Barcelona (AMB).

**Resultados:** De 1.279 potenciales DAC, se incluyeron 108 (511 se descartaron por contraindicación médica o negativa familiar, 624 no cum-

Tabla Póster 094

	AMB	Fuera del AMB	DAV	Total	Potencialidad en relación al total de DAC (108)		Potencialidad en relación al total de trasplantes en ME (435)	
					AMB -	AMB y Fuera AMB -	AMB -	AMB y Fuera AMB -
					AMB + DAV	AMB y Fuera AMB + DAV	AMB + DAV	AMB y Fuera AMB + DAV
Criterios completos	18	3	3	24	16,6-19,4	19,4-22,2	4,1-4,8	4,8-5,5
Criterios completos + fumador	2	2	3	7	1,8-4,6	3,70-6,48	0,4-1,1	0,92-1,61
Criterios completos + 1 FRCV	12	0	3	15	11,1-13,8	11,1-13,8	2,7-3,4	2,7-3,4
Criterios completos + fumador + 1 FRCV	8	0	3	11	7,4-10,1	7,4-10,1	1,8-2,5	1,8-2,5
Global	40	5	3	48	37,0-39,8	41,6-44,4	9,1-9,8	10,3-11,0

plían criterios por edad, 36 fueron donantes en asistolia tipo II). De estos, 18 cumplían con todos los criterios de forma estricta, 3 más se podían valorar. Al aumentar los criterios de inclusión, se podían incrementar 2 donantes que eran fumadores, 12 que presentaban 1 FRCV y 8 más que eran fumadores y tenían 1 FRCV. Finalmente 5 donantes se realizaron fuera del AMB.

**Conclusiones:** La donación cardiaca en asistolia correspondería al 16,6% del total de las DAC realizadas en el periodo si los criterios de nuestro hospital se siguieran de forma estricta, lo que representaría un incremento de un 4,1% de los trasplantes cardiacos en ese periodo. Si se ampliaran los criterios la potencialidad de la DAC cardiaca sería del 44% y un 11% de trasplantes cardiacos en el periodo estudiado.

**095. RESULTADOS DE TRASPLANTES RENALES PROCEDENTES DE DONANTES DE RIESGO NO ESTÁNDAR POR EDAD EN ASISTOLIA TIPO III**

Cuenca Apolo D<sup>1</sup>, Reina Martínez FJ<sup>1</sup>, Delgado Barroso A<sup>1</sup>, Martínez Matencio J<sup>1</sup>, Cid Cumplido M<sup>1</sup>, Gallego Texeira I<sup>1</sup> y Gallego Texeira I<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.  
<sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Objetivos:** Determinar si la edad del donante influye en los resultados funcionales a corto plazo del injerto renal en la donación en asistolia controlada tipo III (DAC III) mediante la perfusión regional normotérmica (PRN).

**Métodos:** Estudio retrospectivo analítico, incluyéndose a todos los casos de pacientes trasplantados de riñón de donante cadáver en DAC III mediante PRN entre los años 2017 y 2022 en una UCI de Hospital de tercer nivel. Se recogieron variables relativas a comorbilidades y epidemiológicas del receptor, así como edad del donante, tipo de extracción, necesidad de hemodiálisis durante ingreso postrasplante, índice de captación en MAG3 y creatinina sérica al ingreso, alta y 6 meses postrasplante. Se definieron como variables objetivo el resultado de MAG3 (principal) y creatinina a los 6 meses y necesidad de hemodiálisis en primera semana postrasplante como secundarias; la comparativa se realizó entre aquellos trasplantes de donantes de más de 65 años de edad y aquellos con menos de 65 años. Para la comparación de variables cuantitativas se calcularon media y desviación estándar y se empleó el test de U de Mann-Whitney. Para las variables cualitativas, la frecuencia relativa y el test de chi cuadrado así como la *odds ratio* fueron los estadísticos empleados.

**Resultados:** En el período observado, se realizaron un total de 80 trasplantes renales de donante en asistolia tipo III mediante PRN. El motivo de trasplante más frecuente fue la glomerulopatía (20,1%), seguido de la nefropatía diabética (18%) y la enfermedad poliquística (16%). No se encontraron diferencias en las características basales de los receptores entre ambos grupos. De los trasplantes realizados, el 20% de los injertos provenían de donantes con edad igual o superior a los 65 años. El índice de captación medio en la MAG3 fue similar en injertos de donantes mayores de 65 años con respecto el otro grupo etario (69 vs. 65). No hubo mayor necesidad de terapias de reemplazo renal postrasplante temprano (OR 1,11; IC95% [0,30, 3,9]. La mediana de creatinina al alta de UCI (6,16 vs. 6,04), al alta hospitalaria (2,55 vs. 2,82) y a los 6 meses del trasplante (1,72 vs. 1,86 mg/dL) no presentó diferencias entre ambos grupos, con una tendencia descendente similar.

**Conclusiones:** Los donantes renales mayores de 65 años mediante la extracción en asistolia DA III con PRN no presentan peores resultados de

funcionalidad del injerto en el período temprano postrasplante en nuestro centro respecto a donantes más jóvenes.

**096. EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE DONANTES AÑOSOS EN EL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN EL SECTOR SEVILLA-HUELVA**

Gallego Texeira I, Pacheco Sánchez M, Cuenca Apolo DX, Gómez González C y Cid Cumplido M

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

**Objetivos:** En los últimos años, la edad de los potenciales donantes es mayor, por lo que los programas de donación se han tenido que ir adaptando a esta circunstancia. Por consiguiente, los protocolos de donación en asistolia controlada han ampliado la edad de inclusión hasta los 70-75 años. Evaluar la eficacia y efectividad de donantes añosos (> 64 años) en asistolia controlada (DAC tipo III) en el sector Sevilla-Huelva desde los inicios del programa en 2017 hasta 31 de diciembre de 2022.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. La fuente de información es la base de datos SICATA. Obtenemos el número total de donantes efectivos y eficaces en donación controlada en el sector Sevilla-Huelva desde el inicio del programa en 2017 hasta el 31 de diciembre de 2022. Entendemos por “donante efectivo” aquel donante que se somete a la cirugía de extracción de órganos y por “donante eficaz” aquél en el que al menos uno de sus órganos es válido y trasplantado a otra persona. Seleccionamos la variable edad > 64 años y evaluamos el número de donantes efectivos y eficaces. Analizamos el número de órganos extraídos y el número de órganos extraídos y válidos. Comparamos los resultados con el total de donaciones en asistolia del sector. Las variables se expresan en número absoluto y porcentaje.

**Resultados:** Ha habido un total 204 donaciones eficaces y 166 efectivas (81,4%) en asistolia controlada. Órganos extraídos: 381 riñones, 137 hígados, 14 pulmones, 3 páncreas. Órganos extraídos y válidos: 266 riñones, 86 hígados, 10 pulmones y 1 páncreas. Cuando seleccionamos la variable edad (> 64 años) obtenemos 71 donantes eficaces y 51 efectivos (71,8%). Órganos extraídos: 133 riñones, 36 hígados. Órganos extraídos y válidos: 85 riñones (31,6%), 16 hígados (18,6%). El 34,8% de los donantes en asistolia controlada tienen > 64 años. Se han realizado un total de 101 trasplantes de órganos procedentes de donantes en asistolia controlada > 64 años. El 31,9% de los riñones trasplantados son de donantes > 64 años. El 18,6% de los hígados trasplantados son de donantes > 64 años. En este grupo de edad, el porcentaje de validez hepática es del 18,6% y el de validez renal es del 31,6%.

**Conclusiones:** La efectividad de donantes añosos es menor por razones obvias (mayor comorbilidad), pero aun así se han realizado 101 trasplantes. El porcentaje de validez es menor en la valoración de los injertos hepáticos. Es necesario realizar estudios para evaluar la evolución de dichos injertos en los pacientes trasplantados y compararlos con otros grupos de edad para poder sacar conclusiones más sólidas.

**097. FACTORES PREDICTORES DE EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES INGRESADOS PARA CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A DONACIÓN**

Villalgordo García S, Astola Hidalgo I, Viñas Domínguez S, Leoz Gordillo B, Balboa Palomino S, Savlik T, Albillos Almaraz R, Villamar Carronero A, Martínez Elizalde J y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

**Objetivos:** Analizar las variables que puedan asociarse con la evolución a muerte encefálica (ME) en pacientes ingresados para cuidados intensivos orientados a donación (CIOD).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes ingresados como CIOD desde diciembre de 2017 hasta diciembre de 2023 por múltiples etiologías (ictus hemorrágico, ictus isquémico, anoxia y meningitis bacteriana). Se analizaron variables demográficas y clínicas obtenidas en el momento del ingreso así como estudio del último TC craneal realizado antes de la decisión de ingresar al paciente como CIOD. Análisis estadístico con t-Student, chi-cuadrado y regresión multivariante realizado mediante paquete SPSS.

**Resultados:** 129 pacientes, 51,2% mujeres. La edad media fue de 70,3 años (mediana 73 años, 39-87años), con una estancia media de 2,25 días (mediana 2 días, 0-18 días). El 62% evolucionó a ME, el resto por situación clínica o deseo familiar se adecuó el esfuerzo terapéutico. Las variables demográficas (edad y sexo) y clínicas (Glasgow Coma Score tamaño/reactividad de las pupilas) no presentan diferencias estadísticamente significativas con la evolución a ME. Al analizar las variables radiológicas, la presencia de hidrocefalia, el tamaño del hematoma y la pérdida de diferenciación corticosubcortical no presentaron diferencias significativas. Las variables radiológicas asociadas a evolución a ME con resultados estadísticamente significativos fueron: la ausencia completa de cisternas basales ( $p = 0,012$ , OR 4,63) que se presentó en el 75,6% de los pacientes; la ausencia de surcos encefálicos por edema cerebral ( $p = 0,003$ , OR 3,18) presente en el 77,2% de los pacientes; la ausencia de cisterna supraselar ( $p = 0,02$ , OR 2,58), objetivada en el 69,7% de los pacientes analizados y el desplazamiento de la línea media  $> 10$  mm ( $p = 0,001$ , OR 4,29) presente en el 62,8% de los pacientes. En el análisis multivariante se encuentra relación significativa con la desviación de la línea media  $> 10$  mm (OR 5,12) y el borramiento completo de las cisternas basales (OR 5,59).

**Conclusiones:** En pacientes ingresados para CIOD, la ausencia completa de cisternas basales, de surcos encefálicos por edema cerebral, la ausencia de cisterna supraselar y el desplazamiento de la línea media  $> 10$  mm en el TC craneal, son las variables radiológicas que mejor predicen la evolución a ME.

fueron de 647 ( $p 0,27$ ) y 729 ( $p 0,3$ ), sin ser estadísticamente significativos. Además, se observa que la media de creatinina, GOT y LDH en pacientes sobre los que se realizó ICP urgente fueron de 1,3 mg/dL, 452 UI/L y 999 UI/L, respectivamente; y en los que no se realizó esta intervención fueron de 1,37, 79 y 423, respectivamente. No siendo estadísticamente significativas;  $p 0,76$ ,  $p 0,15$  y  $p 0,23$ . Se aprecia que un 28% de los pacientes sufrieron shock cardiogénico, de los cuales se había realizado ICP urgente en un 80%,  $p 0,19$ . Por otra parte, un 39% de los pacientes precisó aminas vasoactivas a dosis altas, al 71% se le habían realizado ICP urgente,  $p 0,28$ . Un 56% de los pacientes presentaron arritmias al ingreso, realizándose al 70% ICP urgente,  $p 0,16$ . Sufrieron encefalopatía anóxica el 17%, de los cuales un 67% se realizó ICP diferida,  $p 0,39$ .

**Conclusiones:** Se aprecian que las medias de troponina, CPK, creatinina, GOT y LDH fue superior en aquellos pacientes en los que se realizó ICP urgente respecto a los que se optó por ICP diferida aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Destaca el mayor número de pacientes que desarrollaron shock cardiogénico y la aparición de arritmias al ingreso en el grupo sobre los que se realizó ICP urgente, mientras que en este grupo supone un menor porcentaje de desarrollo de encefalopatía anóxica, sin ser estadísticamente significativo. Probablemente los resultados puedan diferir si aumentáramos el número de la muestra.

### 099. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON POR PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN EL ÁREA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA ENTRE 2016 Y 2021

Martín Magán MdM<sup>1</sup>, de Gea García JH<sup>1</sup>, Mula Martínez R<sup>1</sup>, Mateos Llosa M<sup>1</sup>, Victoria Ródenas MD<sup>2</sup>, Rivera Sánchez P<sup>1</sup>, Granados Madero M<sup>1</sup>, López Hernández N<sup>1</sup>, Vázquez Andrés G<sup>1</sup> y Asensio Rodríguez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario los Arcos del Mar Menor, Murcia.

**Objetivos:** Analizar el perfil de antecedentes médicos del paciente que sufre la parada cardiorrespiratoria y las circunstancias bajo las cuales acontece en nuestra área de salud.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo en un único servicio y centro, la UCI del Hospital Universitario Virgen del Arrixaca. Se han recogido datos de un total de 99 pacientes que ingresaron en la unidad por parada cardiorrespiratoria desde enero de 2016 a diciembre de 2021. Los datos fueron obtenidos de nuestro centro de trabajo ICCA (Intelly Space Critical Care and Anesthesia) y posteriormente analizados por medio del programa IBM SPSS. En este estudio realizamos análisis descriptivo de las variables de género, causa de PCR y antecedentes de interés de los pacientes.

**Resultados:** La muestra de pacientes analizada incluye un 81,8% de hombres con 18,2% de mujeres. El primer ritmo de parada analizado se distribuyó en asistolia un 46,5%, fibrilación ventricular un 48,5% y actividad eléctrica sin pulso 5,1%. El 91% de las PCR fue presenciada, el 57% en un entorno no sanitario siendo el 67,7% extrahospitalarias, y únicamente el 50,5% reanimada por los observadores. De todos estos pacientes, el 80,8% ingresó con pupilas reactivas. Con respecto a los antecedentes de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), considerando hipertensión, diabetes mellitus, dislipemia o tabaquismo activo, el 49,5% eran HTA, el 35,4% eran diabéticos y el 46,5% eran dislipémicos. Además, el 39% de ellos era fumador y 18% eran exfumadores. En total, solo el 18,2% de los pacientes estudiados no tenían antecedentes de FRCV ni tabaquismo, con un 23,2% de pacientes que presentaban solo uno de ellos, y un 58,6% de ellos que tenían más de uno. El 59,2% de ellos no tenían obesidad (IMC  $< 30$ ), pero en total el 82,7% presentaba sobrepeso. Las causas de parada más frecuentes fueron el SCACEST con un 45,5%, no diagnosticadas con un 19,2%, SCASEST el 7% y el resto de causas proporciones menores, como los TEP (5%), miocardiopatías o miocarditis e hipoxia (4%), canalopatías (3%), EAP y atragantamientos (2%) y otras causas que representan el 1% (shock cardiogénico, tóxicos, autolisis, hiperpotasemia).

**Conclusiones:** El paciente más frecuentemente ingresado en nuestro centro por PCR era varón (81,8%) que presentaba una parada cardiorrespiratoria presenciada en medio extrahospitalario secundaria a un SCACEST (45,5%). El 81,8% de los pacientes presentaban uno o más factores de riesgo cardiovascular, y el 82,7% de ellos presentaba sobrepeso, con un 40,8% del total en rango de obesidad.

## Defensa pósteres

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO I 11:40-12:00 h. PANTALLA 1

#### 098. ANÁLISIS DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS Y COMPLICACIONES EN PCR POR SCASEST EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

Luque Mármod E, Díaz-Távora Luque M, Mancha Salcedo R, Pérez Caballero FL, Lardelli Picallos S, Rey Barreiro U, Benítez Morillo MF, Gil Pérez NM, Durán Caballero N y Borge Rodríguez G.

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

**Objetivos:** Principal: análisis descriptivo de las PCR por SCASEST. Secundario: valorar la relación entre la realización de ICP urgente y dife-rida y los parámetros analíticos y principales complicaciones.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 18 pacientes recogidos entre septiembre de 2018 y diciembre de 2022, ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital de Mérida. Se recogieron las siguientes variables: edad, factores de riesgo, la realización o no de ICP urgente, parámetros analíticos, entre otros. Todos ellos se analizaron mediante el sistema informático SPSS.

**Resultados:** Del total de nuestra muestra, el 56% eran mayores de 65 años. Como factores de riesgo encontramos la dislipemia 56%, tabaco 22%, HTA 73%, diabetes 22% y varones 72%. En cuanto a las escalas de gravedad al ingreso, la media de APACHE II fue de 19 y 57 puntos en SAPS II. Respecto a los marcadores de daño miocárdico, aquellos pacientes a los que se les realizó ICP urgente presentaron un pico medio de troponina de 4.070 ng/L y un pico medio de CPK de 2.043 UI/L; respecto a los pacientes que recibieron ICP diferida, las cifras