

H2O); ii) lower PaO₂/FiO₂ ratio (410 ± 50 vs. 195 ± 120), iii) higher levels of serum lactate, lactate dehydrogenase, alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase and glucose; iv) increased concentration of IL-1β, IL-6, MCP-1, MIP-2 and TNF-α in lung tissue and elevated levels of IL-6, MCP-1 and MIP-2 in serum, v) enhanced alveolo-capillary permeability; (vi) increased apoptosis and lower caspase-3 activity in lungs; and (vii) different miRNA expression profile in the lungs. Pathway enrichment analysis showed that the miRNAs differentially expressed were involved in pathways related to the coagulation, immune response, inflammation, and apoptosis.

Conclusiones: After a mechanical insult, a phenotype associated to the development of DAD, as compared to the absence of DAD, is characterized by higher PIP, impairment of oxygenation, acute systemic and pulmonary inflammation, increased permeability and apoptosis in the lung, and differential miRNA expression in the lung. The miRNAs differentially expressed between groups are involved in pathways thought to be important in the pathophysiology of VILI and ARDS.

259. ¿CÓMO NUTRIMOS AL PACIENTE CRÍTICO OBESO? RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO ENPIC

López Delgado JC¹, Bordejé Laguna ML², Mor Marco E², Portugal Rodríguez E³, Martínez de Lagrán Zurbano I⁴, Alcázar Espin MdN⁵, Grau Carmona T⁶, González Iglesias C⁷, Mateu Campos L⁸ y Servià Goixart L⁹

¹Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ⁴Hospital de Mataró, Barcelona. ⁵Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia. ⁶Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ⁷Hospital de Barbastro, Huesca. ⁸Hospital General Universitario de Castellón, Castellón. ⁹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de adecuación del aporte calórico-proteico en el paciente obeso, así como el número de complicaciones asociadas a la TMN en estos pacientes.

Métodos: Este estudio observacional multicéntrico (n = 38) (NCT: 03634943). Se incluyeron pacientes adultos que requirieron TMN. Los pacientes se clasificaron según el índice de masa corporal (IMC) en: normal (18,5-24,9 Kg·m⁻²), sobrepeso (25-29,9 Kg·m⁻²) y obeso (≥ 30 Kg·m⁻²). Los datos demográficos, las comorbilidades, el estado nutricional, la TMN y sus complicaciones, así como los resultados, se registraron en una base de datos (RedCAP®). El análisis uni y multivariante se realizó mediante SPSS 25.0.

Resultados: Se incluyeron 525 pacientes, de los cuales 165 (31,4%) tenían un IMC normal, 210 (40%) sobrepeso, y 150 (28,6%) eran obesos. La mayoría fueron pacientes médicos (63,8%), recibieron TMN precoz (74,9%) y una gran proporción se encontraban en riesgo de nutricional (mNUTRIC > 4 = 44,4%). Los obesos presentaron mayor incidencia de hipertensión (normal: 33,9%, sobrepeso: 41,9%, obeso: 56,7%; p < 0,001) y diabetes (normal: 21,2%, sobrepeso: 20%, obeso: 36%; p = 0,001). El aporte calórico y proteico medio fue de 19 ± 5,6 Kcal/Kg/d y 1 ± 0,4 g/Kg/d respectivamente en toda la muestra. Se objetivó un menor aporte calórico (normal: 20,7 ± 4,8, sobrepeso: 18,1 ± 3,6, obeso: 14,2 ± 4,3 Kcal/Kg/d; p < 0,001) y proteico (normal: 1,1 ± 0,3, sobrepeso: 1 ± 0,3, obeso: 0,7 ± 0,2 g/Kg/d; p < 0,001) con el incremento de IMC. Sin embargo, los pacientes obesos fueron los que recibieron una mejor adecuación (> 70% requerimientos administrados) del aporte calórico (normal: 80%, sobrepeso: 61,4%, obeso: 86%) en relación con el paciente con sobrepeso (p = 0,001), mientras que el aporte proteico fue claramente inferior (normal: 81,8%, sobrepeso: 60%, obeso: 43,3%; p < 0,001). No hubo diferencias respecto a las complicaciones relacionadas con la terapia nutricional, si bien la incidencia de complicaciones fue baja (11,6%), ni con las necesidades de soporte vital y mortalidad en la UCI. El análisis multivariable objetivó que los pacientes obesos tenían una peor adecuación del aporte proteico en comparación con los pacientes con normales (HR: 0,72; IC95%: 0,65-0,85; p = 0,007) o con sobrepeso (HR: 0,86; IC95%: 0,72-0,96; p = 0,01).

Conclusiones: En nuestro estudio se objetivó un aporte proteico insuficiente en la TMN del paciente obeso crítico. Deberían desarrollarse estrategias para optimizar el aporte proteico en estos pacientes.

Pósteres orales

CARDIOVASCULAR/SÍNDROME CORONARIO AGUDO/ MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA

08:30-10:00 h. SALA CONFERENCIAS 2.1

260. CONSUMO DE TÓXICOS EN EL PACIENTE JOVEN CON IAM

Martín Magán MdM, de Gea García JH, Moreno Flores MA, Sánchez Cámara S, López Hernández N, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, Mula Martínez R, Vázquez Andrés G y Asensio Rodríguez M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El consumo de tóxicos puede ser causa de IAM especialmente en el paciente joven. El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de este consumo en aquellos pacientes que presentan un primer infarto de miocardio, las características de estos pacientes y su evolución.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de todos los pacientes que ingresaron por un primer IAM y una edad menor a 45 años en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). El periodo de estudio abarcó desde enero de 2015 hasta mayo de 2022. Al ingreso se recogieron variables demográficas, principales antecedentes personales, variables analíticas, de la coronariografía y de su evolución. Se registró en todos ellos el consumo de tóxicos en relación con el IAM mediante test analítico y entrevista clínica. Los pacientes fueron comparados según la presencia o no de tóxicos.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 149 pacientes por un primer IAM. De estos, 114 pacientes eran de sexo masculino (76,5%) y el resto del sexo femenino (23,5%). La edad media fue de 40,6 ± 3,5 años. Además, el 20,8% eran hipertensos, 29,5% dislipémicos, 12% diabéticos y el 79,9% eran fumadores activos. En cuanto al consumo de tóxicos, 38 pacientes (25,5%) habían consumido tóxico en relación al evento coronario. Al estudiar el tipo de tóxicos encontramos que el más frecuente fue el consumo de cannabis, seguido por el de cocaína, consumo conjunto de cocaína y cannabis y finalmente alcohol (tabla 1). En el estudio comparativo de los pacientes que tuvieron un consumo de tóxicos con respecto a los que no se puede observar en la tabla 2.

Tabla 1: Consumo de tóxicos en pacientes con primer IAM y jóvenes.

	N	%
Cocaína	13	34,2
Cannabis	15	39,5
Cocaína + Cannabis	9	23,7
Alcohol	1	2,6

Conclusiones: Entre los pacientes jóvenes que ingresan por un primer IAM, el 25,5% había consumido algún tóxico. El consumo de cannabis fue el identificado con mayor frecuencia. Los pacientes con consumo de tóxicos con respecto a los que no fueron de menor edad, con mayor frecuencia de sexo masculino, presentaron con mayor frecuencia SCA-CEST y tuvieron mayor pico de troponina T al ingreso.

261. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES JÓVENES CON SHOCK CARDIOGÉNICO TRAS UN PRIMER INFARTO

Mula Martínez R, de Gea García JH, Moreno Flores MA, Mateos Llosa M, Rivera Sánchez P, Granados Madero M, López Hernández N, Martín Magán MdM, Asensio Rodríguez M y Vázquez Andrés G

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del shock cardiogénico entre los pacientes jóvenes que ingresan por un primer infarto agudo de miocardio (IAM) así como sus características clínicas y evolución.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo de los pacientes menores de 45 años que ingresaron por su primer IAM en la Unidad Coronaria del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). El periodo de estu-

Figura 2 Póster 260

	Sin consumo de tóxicos N = 111	Con consumo de tóxicos N = 38	p
EDAD (años, media ± DE)	41,13 ± 3,7	39,18 ± 4,33	0,009
SEXO MASCULINO (N, %)	79 (71,2)	35 (92,1)	0,009
HTA (N, %)	28 (25,2)	7 (18,4)	0,39
DM (N, %)	17 (15,3)	2 (5,26)	0,11
DLP (N, %)	39 (35,1)	11 (29)	0,486
IMC (N, %)	28,5 ± 4,88	27,86 ± 4,61	0,48
SCACEST (N, %)	75 (68,18)	27 (71,05)	0,11
LOCALIZACION (N, %)			0,87
- Anterior	49 (44,14)	15 (39,47)	
- Inferior	32 (28,83)	12 (31,58)	
- Lateral	22 (19,82)	11 (28,95)	
- Resto	8 (7,2)	0	
KILLIP (N, %)			0,910
- I	95 (86,36)	34 (89,47)	
- II	5 (4,55)	1 (2,63)	
- III	1 (0,91)	0	
- IV	9 (8,18)	3 (7,89)	
TAS (mmHG, media ± DE)	124,02 ± 24,6	126,73 ± 17,2	0,53
TROPONINA T INGRESO (media ± DE)	1236,9 ± 2008,2	2043,7 ± 3253,9	0,046
GLUCEMIA INGRESO (mg/dl, media ± DE)	135,7 ± 66,4	118,62 ± 38,76	0,14
SHOCK CARDIOGENICO (N, %)	11 (10)	3 (7,9)	0,70
INSUFICIENCIA CARDIACA (N, %)	16 (14,55)	2 (5,26)	0,13
FEVI DEPRIMIDA AL ALTA (N, %)	33 (30)	14 (36,84)	0,44
AFECTACION VASO UNICO (N, %)	77 (70)	29 (76,32)	0,46
EXITUS HOSPITALARIO (N, %)	4 (3,6)	0	0,23
REINGRESO CARDIOVASCULAR (N, %)	21 (20,2)	13 (34,21)	0,083

dio abarcó desde enero de 2015 hasta mayo de 2022. Al ingreso se recogieron variables demográficas, principales antecedentes personales, variables analíticas, de la coronariografía y de su evolución. Se registró en todos ellos cuales presentaron *shock* cardiogénico y se realizó un estudio comparativo para conocer sus características.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 149 pacientes por un primer IAM. De estos, 114 pacientes eran de sexo masculino (76,5%), con una edad media de 40,6 ± 3,5 años. Del total de pacientes, 15 (10,1%) desarrollaron *shock* cardiogénico durante su ingreso en UCI. En la siguiente tabla se pueden observar las diferencias encontradas entre los pacientes que desarrollaron *shock* con respecto a los que no.

Conclusiones: Entre los pacientes jóvenes que ingresan por un primer IAM, el 10% desarrolla *shock* cardiogénico durante el ingreso en la UCI. Los pacientes con *shock* cardiogénico presentan mayor mortalidad. En dichos pacientes, se asocia a presentar *shock* cardiogénico tener un IMC más alto, el infarto anterior, la afectación multivaso, una mayor troponina T y glucemia al ingreso y el desarrollo de disfunción renal y arritmias.

262. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LOS TIEMPOS DE ATENCIÓN Y MORBIMORTALIDAD DEL SCACEST EN UCI

López Arévalo P, de la Cruz Morales I, Antich Durán J, González de Vicente AI, Fernández García MI y Zaya Ganfornina JB
Hospital Costa del Sol, Málaga.

Objetivos: Evaluar en los dos periodos cuáles han sido los tiempos entre el inicio de síntomas hasta la realización de procedimientos de revascularización. Como segundo objetivo, analizar las complicaciones y comparar el efecto del retraso temporal, en la morbimortalidad de los pacientes con SCACEST.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico (Hospital Costa del Sol). Se incluyeron pacientes ingresados por SCACEST en UCI, durante dos periodos: previo al inicio de la pandemia, que abarca el primer semestre de 2019 (grupo 1); y durante las restricciones que se produjeron por el tercer pico de incidencia de casos por SARS-CoV-2 en el primer semestre de 2021 (grupo 2). Se analizó el

Tabla Póster 261

	Sin <i>shock</i> cardiogénico (N = 134)	Con <i>shock</i> cardiogénico (N = 15)	p
Edad (años, media ± DE)	40,44 ± 4	42,4 ± 3,2	0,06
Sexo femenino (N, %)	29 (21,6)	6 (40)	0,10
HTA (N, %)	27 (20,2)	4 (26,7)	0,68
DM (N, %)	15 (11,2)	3 (20)	0,38
DLP (N, %)	40 (29,8)	4 (26,7)	0,66
IMC (N, %)	28,66 ± 4,8	25,42 ± 3,43	0,01
SCACEST (N, %)	90 (67,16)	12 (85,71)	0,15
Localización anterior IAM (N, %)	53 (39,6)	11 (73,3)	0,01
Troponina T ingreso (media ± DE)	1.137,9 ± 1.802,5	4.353,7 ± 4.676,55	< 0,001
Glucemia ingreso (mg/dl, media ± DE)	126,9 ± 55,15	172,5 ± 92,97	0,007
afectación multivaso (N, %)	33 (24,6)	9 (64,3)	0,002
Arritmias (N, %)	13 (9,7)	4 (28,5)	0,04
Disfunción renal (N, %)	6 (4,48)	3 (21,43)	0,01
Ictus (N, %)	0	0	-
Exitus hospitalario (N, %)	1 (0,7)	3 (20)	< 0,001
Reingreso cardiovascular (N, %)	30 (23,1)	4 (33,3)	0,426

Figura Póster 262

Tabla 1. Características Sociodemográficas y clínicas de cohortes de estudio

Variables	Cohortes: 1er Sem. 2019 (n: 78)		1er Sem. 2021 (n: 89)		p
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	70	89,7	68	76,4	0,039
Mujer	8	10,3	23	23,6	
Edad					
Media - DE	61,1	12,2	63,0	12,2	0,156
Factor Riesgo: HTA					
Ausencia	40	51,3	53	59,6	0,359
Presencia	38	48,7	36	40,4	
Factor Riesgo: DM					
Ausencia	65	83,3	65	73	0,158
Presencia	13	16,7	24	27	
Factor Riesgo: Dislipemia					
Ausencia	37	47,4	55	61,8	0,088
Presencia	41	52,6	34	38,2	
Factor Riesgo: Obesidad					
Ausencia	63	80,8	70	78,7	0,884
Presencia	15	19,2	19	21,3	
Factor Riesgo: Tabaco					
Ausencia	24	30,8	30	33,7	0,326
Fumador	39	50,0	35	39,3	
Exfumador	15	19,2	24	27,0	
Historia Personal Isquemia Vascul Periférica					
Ausencia	77	98,7	86	96,6	0,709
Presencia	1	1,3	3	3,4	
Historia familiar					
Ausencia	63	80,8	77	86,5	0,426
Presencia	15	19,2	12	13,5	
Historia Personal EPOC					
Ausencia	77	98,7	86	96,6	0,709
Presencia	1	1,3	3	3,4	
Historia Personal IRC					
Ausencia	75	96,2	83	93,3	0,505
Presencia	3	3,8	6	6,7	
Primer Contacto - ICP					
Mediana - RIQ	120,0	114,0	131,5	85,5	0,258
Estado alta					
Vivo	76	97,4	82	92,1	0,242
Exitus (UCI o planta)	2	2,6	7	7,9	

DE: Desviación Estándar; RIQ: Rango Intercuartílico

retraso en los tiempos, desde el inicio de los síntomas al primer contacto sanitario, como a los tratamientos disponibles de revascularización (fibrinólisis o ICP). Se comparó las diferencias entre ambos periodos respecto a morbimortalidad. Se realizó análisis descriptivo y comparativo según grupo de estudio utilizando test de ji-cuadrado para variables cualitativas y test de U de Mann-Whitney para las cuantitativa, estableciendo el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se realizó coronariografía diagnóstica al 94,6% de los casos. Hubo un aumento en el número de ICP en el grupo 2 ($p 0,037$). Se registraron 9 defunciones, ocurriendo 7 en el grupo 2 ($p 0,242$). Las complicaciones fueron más frecuentes en el grupo 1 (42 vs. 35%). Aunque se evidenció, un aumento clínicamente significativo de PCR, EAP, shock, y fracaso renal, uso de fármacos vasoactivos y soporte respiratorio en el grupo 2, no existieron diferencias estadísticas. Respecto a los tiempos de retraso, se produjo un aumento de todos los tiempos de forma generalizada, aunque no se demostró significación estadística.

Conclusiones: El tiempo entre el inicio de síntomas y el tratamiento de revascularización fue mayor en el periodo pandémico; sin embargo, aunque estos pacientes, desde el punto de vista clínico, sufrieron un mayor número de complicaciones graves y se registró un aumento de la mortalidad; este retraso temporal no supuso una relación estadísticamente significativa en un incremento de la morbimortalidad en los pacientes ingresados por SCACEST.

263. FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UCI

Mula Martínez R¹, de Gea García JH¹, Victoria Ródenas MD², Mateos Llosa M¹, Rivera Sánchez P¹, Granados Madero M¹, López Hernández N¹, Martín Magán MM¹, Vázquez Andrés G¹ y Asensio Rodríguez M¹

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

Objetivos: Identificar las variables clínicas relacionadas con la mortalidad en UCI en la parada cardiorrespiratoria (PCR).

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo comparativo y unicéntrico en la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen del Arrixaca desde enero 2016 hasta diciembre de 2021, incluyendo un total de 99 pacientes con PCR reanimada. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes personales, características de la PCR, el desarrollo de complicaciones durante su ingreso y la Glasgow Outcome Scale (GOS) a las 48 horas y al alta de UCI.

Resultados: La mortalidad de los pacientes con PCR reanimada que ingresaron en UCI fue del 54,5%. Los pacientes con un IMC más alto ($27,55 \pm 4,48$ vs. $30,46 \pm 3,80$; $p = 0,001$) fallecieron más. Relacionado directamente con la PCR, tanto un mayor tiempo de bajo flujo ($19,51 \pm 9,85$ vs. $24,83 \pm 13,62$ minutos; $p = 0,044$) como la asistolia como primer

ritmo tuvieron mayor mortalidad (34 vs. 12 pacientes; $p = 0,002$). Del mismo modo, más días de ventilación mecánica ($5,9 \pm 7,1$ vs. $7,74 \pm 5,61$ días; $p = 0,006$) o el desarrollo de un *shock* se relacionaron con la mortalidad (46 vs. 21 pacientes; $p = 0,001$). Además, la insuficiencia renal se asoció a mayor fallecimiento (34 vs. 11 pacientes; $p = 0,001$). Analíticamente, se asoció a mayor mortalidad en la gasometría de ingreso el HCO_3 ($20,17 \pm 3,59$ vs. $17,8 \pm 4,43$ mmol/L; $p = 0,005$), el pH ($7,21 \pm 0,1$ vs. $7,13 \pm 0,1$; $p = 0,039$) y el lactato ($4,17 \pm 3,09$ vs. $6,88 \pm 4,87$ mmol/L; $p = 0,015$). La enolasa pico durante la estancia en UCI también se asoció a mayor mortalidad ($40,06 \pm 35,05$ vs. $216,71 \pm 197,74$ ng/mL; $p = 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad global en UCI por PCR fue elevada. Se relacionó con el IMC, el tiempo de bajo flujo, la asistolia como ritmo de PCR, los días de ventilación mecánica y el desarrollo de *shock* e insuficiencia renal. Analíticamente había mayor mortalidad en función del HCO_3 , el pH, el lactato y la enolasa.

264. CORONARIOGRAFÍA EN LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EN UCI

Mula Martínez R¹, de Gea García JH¹, Mateos Llosa M¹, Victoria Ródenas MD², Rivera Sánchez P¹, Granados Madero M¹, López Hernández N¹, Martín Magán MdM¹, Vázquez Andrés G¹ y Asensio Rodríguez M¹

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

Objetivos: Identificar las variables clínicas de los pacientes con parada cardiorrespiratoria (PCR) reanimada en UCI, la realización de coronariografía al ingreso o no y las arterias afectadas.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo comparativo y unicéntrico en la UCI del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde enero 2016 hasta diciembre de 2021, incluyendo un total de 99 pacientes con PCR reanimada. Se recogieron variables sociodemográficas, antecedentes personales, características de la PCR, la elevación del ST tras la misma, la realización coronariografía urgente.

Resultados: De los 99 pacientes, el 81,8% eran hombres, con una edad media de $58,72 \pm 15,64$ años. Los primeros ritmos registrados de la PCR fueron la actividad eléctrica sin pulso (5,1%), asistolia (46,5%) y la fibrilación ventricular (48,5%). El 91% de las PCR fueron presenciadas, y el 57% ocurrieron en un entorno no sanitario. El electrocardiograma tras la PCR era con ascenso del segmento ST (51,5%), descenso (13,1%) o normal (35,4%). Se realizó la coronariografía urgente en el 90% de quienes tenían ascenso del ST, el 70% de quienes tenían un descenso del ST y el 25% con ST normal. Las coronarias fueron normales en un 10% de quienes presentaron ascenso del ST, y un 70% si tenían descenso del ST. Globalmente, las coronarias más afectadas fueron la descendente anterior (DA; 41,4%), la circunfleja (Cx; 24%), y la coronaria derecha (14,2%). La mortalidad global fue del 54,5%.

Conclusiones: La mitad de los primeros ritmos registrados en la PCR reanimada son no desfibrilables. La mitad de los pacientes con PCR reanimada presentan ascenso del ST tras la PCR; en este grupo de pacientes tan solo el 10% de las coronarias fueron normales. La descendente anterior es la coronaria más frecuentemente afectada en este grupo de pacientes.

265. MEJORA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL SCACEST EN EL TIEMPO ENTRE CONTACTO DEL PACIENTE Y EL PASO DE GUÍA ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Marin Marin C, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Espinosa González MDC, Martín Rodríguez C y Portilla Botelho MC

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar la evolución del tiempo transcurrido desde el contacto con el sistema hasta el paso de guía como indicador de calidad en el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST) en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), comparando la etapa anterior a la pandemia, durante y posterior a la misma por COVID-19.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge los pacientes ingresados en la UCI del HGUCR con diagnóstico de síndrome coronario agudo. Seleccionamos del registro ARIAM los pacientes que ingresan por SCACEST en los meses de febrero, marzo y abril de los años 2019, 2020 y 2022. Realizamos un estudio descriptivo del tiempo “sistema-paso de guía” como indicador de calidad, describiéndose como óptimo el paso de guía en las primeras 3 horas de un 90% de los casos.

Resultados: Se analizan en el estudio los 3 periodos referidos: En 2019 se incluyen 49 pacientes con diagnóstico de SCACEST de los cuales en 32 (66,7%) se realiza el paso de guía en las 3 primeras horas de contacto con el sistema. Durante la pandemia (2020) se incluyen 27 pacientes, de ellos en 19 (70%) se realiza el paso de guía en las 3 primeras horas de contacto. El tercer periodo, en 2022, ingresan 30 pacientes por SCACEST, consiguiendo en 27 (90%) el paso de guía en las 3 primeras horas desde el contacto inicial.

Conclusiones: Se ha conseguido mejorar de manera paulatina el tiempo “sistema-paso de guía” hasta llegar a niveles óptimos, sin repercusión en los tiempos de atención durante el periodo de pandemia.

266. ATENCIÓN AL IAMCEST EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y PREDICTORES DE MORTALIDAD

Blanco Chapela J, Larrañaga Sigwald L, Suárez Fernández DE, González Santamaría M, Seoane Fernández ME, González Chana B, Fernández Ugidos P, López Ciudad VJ, de la Torre Fernández MJ y Vidal Cortés P

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Análisis descriptivo y de morbimortalidad de los pacientes ingresados en UCI por IAMCEST entre octubre/2018 y agosto/2022.

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI de H. de Ourense por IAMCEST. Analizamos comorbilidades, scores de gravedad, tratamiento y soporte recibido y su relación, mediante regresión logística, con el *outcome* compuesto de mortalidad o disfunción VI a los 6 meses. Mostramos variables cuantitativas como medianas (P25 - P75) y cualitativas como n%.

Resultados: 465 pacientes, 75,5% varones, edad 61 años (54,5 - 75,75), disfunción VI o muerte a los 6 meses 35%. Estancia media en UCI 2 días (1-2), mortalidad intra-UCI 2,8%, hospitalaria 6,2% Mortalidad a

Tabla Póster 266

	Univariante			Multivariante		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
> 65 años	2,286	1,549-3,375	< 0,001	1,928	1,213-3,964	0,005
HTA	1,952	1,325-2,877	0,001			
DM con afectación orgánica	4,495	1,810-11,164	0,001			
IAM previo	2,372	1,283-4,387	0,006			
Arteriopatía	4,460	1,981-10,041	< 0,001			
IAM anterior	1,892	1,251-2,860	0,002			
ICP CHUO	0,500	0,289-0,864	0,013	0,532	0,284-0,995	0,048
Parada cardiorrespiratoria	3,220	1,567-6,615	0,001			
IAM DA	2,648	1,788-3,920	< 0,001	3,660	2,315-5,786	< 0,001
K&K III/IV	9,473	4,268-21,026	< 0,001	5,816	2,017-16,777	0,001
Aminas	16,035	1,736-54,294	< 0,001	8,954	2,179-36,789	0,002
Vmecánica invasiva	9,630	3,218-28,823	< 0,001	2,519	0,483-13,146	0,273
Arritmias	2,350	1,313-4,208	0,004	1,211	0,546-2,687	0,638
Índ. Charlson	1,397	1,202-1,624	< 0,001	1,333	1,131-1,572	0,001

los 6 meses 7,5%. Comorbilidades: hábitos tóxicos (57,4%), HTA (51,2%), dislipemia (48,2%), DM (19,7%), IAM previo (9,9%), vasculopatía periférica (6,2%). GRACE 136 (105-163), Killip-Kimball I en 81,9%. Localización y ARI más frecuente: inferior (42,6%), CD (40,8%). ICP primaria en 97,6%, ICP realizada en nuestro centro 87,1%. Antiagregación con AAS (98,7%), clopidogrel (42,4%), ticagrelor (57,6%), cangrelor (12,3%). Indicadores de calidad en UCI; ETT 89,2%, inicio B-bloqueantes (94,4%), estatinas (97,4%).

Conclusiones: El paciente tipo es varón, de edad media y con factores de riesgo cardiovascular. Se identificaron como predictores independientes de mortalidad o disfunción VI la edad > 65 años, DA como arteria responsable, K&K II-IV, necesidad de aminos y el índice de Charlson. Menor incidencia de mortalidad o disfunción ventricular si ICP realizada en nuestro centro.

267. FACTORES INFLUYENTES EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS CON SHOCK CARDIOGÉNICO EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Rodríguez Vázquez PE, Aguirre Martínez S, Catalán Muñoz V, Azcariz Bertrán MJ, Gómez González Á y Ruiz Porras M

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

Objetivos: Estudiar el impacto de diferentes parámetros en la mortalidad (M) de pacientes ingresados con shock cardiogénico (SC) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo del impacto de diferentes variables en la evolución del SC en pacientes ingresados en una UCI de 28 camas desde enero de 2019 hasta septiembre de 2022. Los criterios de inclusión (CI) fueron: pacientes entre 18 y 90 años diagnosticados de SC (tensión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos; necesidad de catecolaminas para mantener dicha TAS y signos de congestión pulmonar o de bajo gasto cardiaco). Se excluyeron a los pacientes con shock mixto, reanimación cardiopulmonar durante más de 30 minutos, fallecimiento en las primeras 12 horas de ingreso o traslado a otro hospital. Se encontraron 92 historias clínicas de las cuales 43 cumplieron CI. Las variables cuantitativas (VC) se expresan como medias acompañadas de sus desviaciones estándar. Las cualitativas (VCL) se muestran mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Las (VC) se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las VCL con chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: Se analizaron 43 pacientes con diagnóstico de SC que presentaron una M del 50,94%. Se obtuvo una relación significativa entre la M y las siguientes características: edad media (años) (supervivientes (SV): 54,2 ± 13,9 y *exitus* (E): 68,9 ± 9,9, p = 0,009), oligoanuria al ingreso (SV: 29,6% y E: 66,7%, p = 0,02), APACHE II (SV: 16,1 y E: 21,8, p = 0,03) y láctico al ingreso (SV: 4,1 ± 3,1 y E: 8,1 ± 4,3; p = 0,03). Además, presentaron una tendencia a mayor acidosis (SV: pH 7,3 ± 0,3 vs. E: pH 7,1 ± 0,2; p = 0,06) y mayor taquicardia (lpm) (SV: 88 ± 32 y E: 104 ± 25, p = 0,07) al ingreso aquellos que fallecieron. Como antecedentes más relevantes presentaron una tendencia a mayor mortalidad los que estaban diagnosticados de diabetes *mellitus* (DM) previa (SV: 31,25% y E: 51,85%, p = 0,18).

Conclusiones: El SC en la UCI del Hospital Torrecárdenas presenta una alta mortalidad (50,94%), en la cual influyen factores como la edad, mayor APACHE II al ingreso o signos de mala perfusión tisular como: disminución de diuresis, lactacidemia elevada al ingreso y acidemia. En los pacientes con diabetes se observa una tendencia a mayor mortalidad, aunque no se observan diferencias estadísticamente significativas.

268. IAMCEST EN PACIENTES > 80 AÑOS. ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD

Suárez Fernández DE, Blanco Chapela J, Larrañaga Sigwald L, González Santamaría M, Vidal Cortes P, Priego Sanz J, Fernández Ferreira A, Sancho Muriel D, Tizón Varela Al y de la Torre Fernández MJ

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Analizar las características y el pronóstico de los pacientes > 80 años (a) ingresados por IAMCEST en la UCI del Complejo Hospitalario de Ourense.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo de cohortes. Analizamos datos demográficos, factores de riesgo, comorbilidades, scores de gravedad, soporte recibido y pronóstico a los 6 meses (m). Las variables cualitativas se expresan como n (%) y las cuantitativas como mediana (p25-75), empleamos chi² para comparar variables cualitativas y U-Mann Withney para comparar variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativo p < 0,05. Empleamos regresión logística (RL) para estudiar la relación entre > 80a y el *outcome* compuesto de mortalidad 6m y disfunción VI, que se ajustó por comorbilidades, gravedad, soporte de órganos y lugar de realización de ICP.

Resultados: Se incluyeron 465 pacientes con IAMCEST siendo hombres un 75,5%. 81 fueron > 80a. Resultados estadísticamente significativos con p < 0,05, donde se compararon > 80a y < 80a respectivamente. Mortalidad UCI 6,2% y 2,1%, mortalidad hospitalaria 12,3% y 5%, hábitos tóxicos 18,5% y 65,9%. HTA 76,5% y 45,4%, dislipemia 59,3% y 45,7%, EPOC 12,3% y 4,2%, Enf vascular periférica 13,6% y 4,7%, ERC 13,6% y 1,8%, tumor de órgano sólido sin metástasis 9,9% y 2,1%, Killip y Kimball I (KK) 69,1% y 84,8%, FEVI < 50% de 50,7% y 32,4%, mortalidad a los 6m pos-IAM 13,6% y 6,3%, disfunción de VI y/o mortalidad 6m 53,1% y 31,5%, NYHA 1 a los 6m pos-IAM 90,1% y 95,8%. IAM previo 12,3% y 9,4% con p > 0,429 no siendo estadísticamente significativo. En el análisis univariante, la edad > 80a multiplica el riesgo de muerte × 2,464 (1,512,4,005), p < 0,001.

Riesgo de muerte a 6 meses/FEVI < 50%. Análisis multivariante			
Variables	OR	IC95%	p
> 80a	1,850	1,067-3,206	0,028
Charlson	1,261	1,074-1,480	0,005
KK III, IV.	5,049	1,966-12,963	0,001
Aminas	4,636	1,131-18,994	0,033
SOFA	1,234	1,033-0,1,478	0,022
Primaria CHOU	0,434	0,238-0,791	0,006

Conclusiones: A pesar de que la edad > 80a es un factor de riesgo de morbimortalidad en el IAMCEST, independiente de la gravedad, las comorbilidades, la necesidad de soporte y el lugar de realización de la ICP, los pacientes ancianos se benefician de la reperusión precoz y la mortalidad global es baja.

269. MEDICIONES DE (TP-TEND) EN EL ELECTROCARDIOGRAMA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN EL SCAEST

Molina Díaz H, Adell García P, Sánchez Martín L, Olea Jiménez V y Curiel Balsera E

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

Objetivos: Ver si existe asociación del tiempo Tp-Tend o (Tp-Tend)/QTc con mala evolución clínica en pacientes con SCAEST, bien sea con el desarrollo de arritmias ventriculares graves o eventos cardiovasculares mayores durante un periodo de seguimiento a corto plazo.

Métodos: Recogemos ingresos en nuestra unidad por SCAEST desde octubre 22 hasta diciembre 22, se ha medido el segmento Tp-Tend (y la razón con el QTc) en el electro de ingreso y en el previo al cateterismo. Analizando variables clínicas durante su estancia en UCI o seguimiento posterior en planta y telefónicamente a lo largo de la primera quincena de enero 2023. Se ha definido el *end point* combinado MACE como muerte de causa cardiaca, durante el seguimiento, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. Se han recogido otros eventos como el fracaso cardiaco, la insuficiencia renal aguda y el desarrollo de arritmias ventriculares graves. Las variables se expresan como media y desviación estándar en el caso de numéricas o como porcentaje y número absoluto para las categóricas. Se han empleado los test de U-Mann Whitney para la comparación de medianas y el análisis de la curva ROC para valorar la sensibilidad y especificidad con un error alfa máximo del 5%.

Resultados: Se han analizado 18 pacientes, con una edad media de 62,8 ± 25,7 años. El 77,8% fueron varones. Los FRCV más frecuentes fueron la HTA, DL o tabaquismo en un 55,6% seguido de la diabetes en el 22,2%. El GRACE a su ingreso fue de 168,7 ± 25,7 puntos. Se registraron tratamientos previos que pudieran afectar al segmento QT, fundamentalmente amiodarona 5,6% y betabloqueantes en 16,7%. La localización del IAM más frecuente fue anterior en el 61,1%

de los casos. Un 22,2% desarrollaron FV/TVS durante su estancia en UCI. MACE 5,5%, FRA 5,6% y ICC 16,7%. En planta MACE 5,6% e ICC 16,6%. Seguimiento medio tras el alta fue 2,6 meses y un 11,1% desarrolló algún evento durante el mismo. El Tp-Tend fue de $125,56 \pm 30,52$ ms y (Tp-Te)/QTc de $0,42 \pm 0,11$. No encontramos relación de las medidas de Tp-Tend ni (Tp-Tend)/QTc con el desarrollo de arritmias malignas ($p = 0,54$) ni con el desarrollo de eventos en UCI o seguimiento ($p = 0,12$ y $p = 0,256$ respectivamente). La escala GRACE al ingreso si se relacionó con el desarrollo de arritmias ($p = 0,02$) o de eventos clínicos durante el seguimiento ($p = 0,005$). Los valores de Tp-Tend/QTc de 0,34 mostraron una sensibilidad del 66% y una especificidad del 28%. (AUC 0,32).

Conclusiones: El tiempo Tp-Ten o (Tp-Tend)/QTc no se relacionó con el desarrollo de arritmias ventriculares o eventos clínicos adversos en los pacientes ingresados por SCACEST durante su ingreso en UCI o en el seguimiento.

270. GRADIENTE VENOARTERIAL DE PRESIÓN PARCIAL DE CO2 Y LACTATO COMO MARCADORES DE HIPOPERFUSIÓN EN LA RESUCITACIÓN DE LOS PACIENTES QUEMADOS CRÍTICOS. ¿CUÁL ES MEJOR?

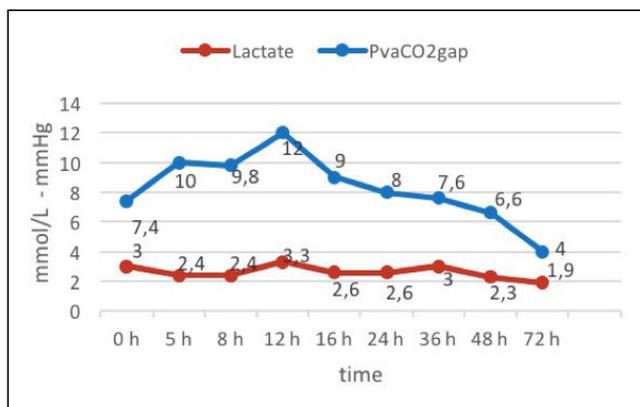
Vejo Gutiérrez J, Sánchez Sánchez SM, Seises García II, Yébenes Calvo R, Soto Gómez-Cambrero J, Rábano Alonso J, Graciani Cantisán E, Lavara Ruiz M y Guzmán Bernardo B

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

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la relación entre los parámetros de monitorización hemodinámica y los indicadores analíticos de hipoperfusión como el gap de CO2 y los niveles de lactato en la resucitación inicial de los pacientes quemados críticos.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional en todos los pacientes que ingresaron en una Unidad de Quemados Críticos con superficie corporal quemada de más de 30% desde junio de 2018 hasta mayo de 2021. En el periodo desde el ingreso hasta las 72 horas posteriores a la agresión se realizaron mediciones de los niveles de lactato, gap de CO2 y situación hemodinámica. Se realizó análisis estadístico con test de Spearman, regresión simple y curvas ROC, considerando significación estadística el valor $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo de estudio se reclutaron 27 pacientes, de los cuales 23 (83,2%) fueron hombres y 4 (14,8%) mujeres. La edad media fue de 51 ± 16 años y la superficie corporal quemada de $41,81\% \pm 18\%$. El principal mecanismo de lesión fue la quemadura por llama (85%). El gap de CO2 se correlacionó escasamente con los niveles de lactato ($r = 0,203$, $p = 0,001$). Durante el periodo de observación, el gap de CO2 mantuvo niveles altos más tiempo y elevándose antes en la hora 5. Ambos alcanzaron el nivel máximo en la hora 12, con un valor de 12 ± 10 mmHg para el gap de CO2 y $3,3 \pm 3$ mmol/l para el lactato. Además, a la hora 12 se observa la peor situación hemodinámica con el índice cardiaco más bajo ($2,2 \pm 0,8$ l/min/m²). El análisis de las curvas ROC para predecir índice cardiaco bajo ($< 2,2$ l/min/m²) a partir del gap de CO2 determinó un área bajo la curva (AUC) de 0,7 con S = 0,7 y E = 0,73 en niveles de gap de CO2 mayores de 8,5 mmol/l. En el análisis de curvas ROC utilizando los niveles de lactato para determinar índice cardiaco bajo ($< 2,2$ l/min/m²), el AUC = 0,76 con S = 0,66 y E = 0,72 con niveles de lactato superiores a 2,5 mmol/l.



Conclusiones: En los quemados críticos, la hipoperfusión tisular podría evaluarse indistintamente con los niveles de lactato por encima de 2,5 mmol/l o con el gap de CO2 mayor de 8,5 mmHg, siendo ambos buenos indicadores de la situación hemodinámica por su relación con bajo índice cardiaco ($< 2,2$ l/min/m²) en la resucitación inicial. Sin embargo, el gap de CO2 podría ser un marcador más precoz por su elevación más temprana.

271. DIFERENCIA VENOARTERIAL DE CO2: VALOR PRONÓSTICO Y SU PAPEL EN LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO

Vejo Gutiérrez J, Sánchez Sánchez SM, Seises García II, Yébenes Calvo R, Soto Gómez-Cambrero J, Rábano Alonso J, Graciani Cantisán E, Guzmán Bernardo B y Lavara Ruiz M

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

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la relación entre un indicador analítico de hipoperfusión, el gap de CO2, con las escalas de gravedad (APACHE II y SOFA score) y los parámetros hemodinámicos durante la resucitación temprana de los pacientes quemados críticos para determinar su valor pronóstico.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional de los pacientes que ingresaron en una Unidad de Quemados Críticos con una superficie quemada de más del 30% desde junio de 2018 a mayo de 2021. Se registraron los niveles del gap de CO2, lactato y valores hemodinámicos en el momento del ingreso y al menos durante las primeras 72 horas de resucitación inicial. Se registró el índice de Baux al ingreso, además del valor de APACHE II y SOFA score en el momento del ingreso y a las 24, 48 y 72 horas de la quemadura. Para el análisis estadístico, se utilizó test de Spearman, regresión simple y test de Kruskal-Wallis, según correspondiera, considerando estadísticamente significativo un nivel de $p < 0,05$.

Resultados: En el periodo de estudio se reclutaron 27 pacientes, 23 hombres (83,2%) y 4 (14,8%) mujeres. La edad media fue de 51 ± 16 años y la superficie corporal quemada $41,81 \pm 18\%$. El principal mecanismo de quemadura fue por llama (85%) y el índice de Baux medio fue de 92 ± 20 . El valor medio de gap de CO2 a las 12 y 16 horas fue de 12 ± 10 y 9 ± 5 respectivamente, disminuyendo de forma significativa a la hora 36 (gap de CO2 de $7,6 \pm 12$). La correlación entre el índice cardiaco y el gap de CO2 fue $r = -0,32$ ($p \leq 0,001$). La correlación entre el gap de CO2 y el índice de Baux, APACHE II y SOFA score a las 24, 48 y 72 horas desde la quemadura no fueron significativos. Sí se objetivó una correlación entre el gap de CO2 y el SOFA score en el momento del ingreso en la Unidad de Quemados Críticos ($r = 0,44$, $p = 0,1$).

Conclusiones: El gap de CO2 se modifica en la resucitación inicial de los pacientes quemados críticos. Sin embargo, no es un buen indicador de gravedad al ingreso y no puede utilizarse como valor pronóstico por la falta de correlación con las escalas de gravedad estandarizadas. Dado que su valor inicial muestra alguna correlación con la escala SOFA inicial y con el índice cardiaco, puede ser útil para estimar la gravedad inicial y en caso de gap de CO2 inicial aumentado, valorar la necesidad de una monitorización más avanzada.

272. IMPACTO DEL LUGAR DE REALIZACIÓN DE LA ICP EN LA MORBIMORTALIDAD DEL IAMCEST

Larrañaga Sigwald L

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Comparar la morbimortalidad del IAMCEST en función de la realización de la ICP en Vigo u Ourense

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo 2018-2022. Comparamos pacientes IAMCEST con ICP en Vigo (HAC) vs. Ourense (CHUO). Variables cuantitativas expresadas como mediana y RIC (p25-p75), comparadas con U de Mann-Whitney. Variables cualitativas expresadas como n y %, comparadas con chi². Análisis de regresión logística en relación con el outcome compuesto de mortalidad a los 6 meses y/o disfunción VI.

Resultados: Se presentan en las tablas.

Conclusiones: Excepto por la puntuación GRACE, no hay diferencias entre los pacientes a los que se realiza ICP en HAC Vs. CHUO. La realización de ICP en el CHUO reduce el riesgo de muerte a los 6 meses y/o

disfunción VI a la mitad, independientemente de la edad, la arteria responsable, la gravedad y las comorbilidades.

Relación cate CHUO y mortalidad 6 meses y/o disfunción VI (univariante): OR 0,500 (IC95% 0,289, 0,864), p = 0,013.

Lugar primaria	HAC	CHUO	p
N	60	405	
Edad	61,07 (54,72, 75,71)	62,82 (54,42, 75,79)	0,820
Mujer	13 (21,7)	101 (24,9)	0,582
Estancia UCI	2 (2, 3)	2 (1, 2)	0,109
Estancia hospital	7 (5, 11)	6 (4, 8)	< 0,001
Mortalidad UCI	2 (3, 3)	11 (2,7)	0,787
Mortalidad hospital	4 (6, 7)	25 (6,2)	0,883
IAM previo	5 (8,3)	41 (10,1)	0,665
EPOC	4 (6,7)	22 (5,4)	0,698
ICC	0	5 (1,2)	0,387
Vasculopatía periférica	3 (5,0)	26 (6,4)	0,671
ERC	2 (3,3)	16 (4,0)	0,817
GRACE	143 (127,25, 166,00)	136 (105, 162,5)	0,044
SOFA	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0,686
Charlson	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0,804
PCR previa cate	4 (6,7)	30 (7,4)	0,837
K&K I	49 (81,7)	332 (82,0)	0,990
K&K II	6 (10,0)	36 (8,9)	
K&K III	2 (3,3)	14 (3,5)	
K&K IV	3 (5,0)	23 (5,7)	
Aminas	4 (6,7)	22 (5,4)	0,698
VM	4 (6,7)	19 (4,7)	0,510
Reperusión fallida	3 (5,0)	7 (1,7)	0,103
Complicac mecánica	1 (1,7)	3 (0,7)	0,469
Complicac eléctrica	8 (13,3)	44 (10,9)	0,571
BIACP	1 (1,7)	1 (0,2)	0,117
Traslado Vigo ECMO	2 (3,3)	2 (0,5)	0,026
Alt segmentarias	54 (94,7)	368 (94,8)	0,972
FEVI > 50%	30 (51,7)	266 (68,4)	0,006
FEVI 35-49%	25 (43,1)	91 (23,4)	
FEVI < 35%	3 (5,2)	32 (8,2)	
Mortalidad 6 meses	7 (11,7)	28 (6,9)	0,193
ReIAM 6 meses	0	4 (1,0)	0,439
Muerte a los 6 meses y/o disfunción VI	30 (50%)	135 (33,3%)	0,012

Factores de riesgo de mortalidad a 6 meses y/o disfunción VI (multivariante)

Cate CHUO	0,532	0,284, 0,995	0,048
Edad	1,928	1,123, 3,964	0,005
ARI DA	3,660	2,315, 5,786	< 0,001
K&K III-IV	5,816	1,017, 16,777	0,001
Aminas	8,954	2,179, 36,789	0,002
Charlson	1,333	1,131, 1,572	0,001

273. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE UN VALOR ELEVADO DE TROPONINA I ULTRASENSIBLE EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE IAMSEST Y UNA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA?

Sarmiento Pita JM, Villegas del Ojo J, Martín Ávila H, Díez del Corral Fernández B y Carrizosa Carmona F

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar perfil clínico y evolución de los pacientes que ingresaron en Unidad de Medicina Intensiva con diagnóstico de IAMSEST, en un hospital con ACTP primaria, sin Servicio de Cirugía Cardíaca. - Estudiar si existe asociación entre valores elevados de troponina I US y una evolución desfavorable durante la estancia hospitalaria. Estudiar la relación entre 2 biomarcadores de daño miocárdico: proBNP y Tpl US.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo enero-octubre 2022. Se analizaron variables clínicas, analíticas y morbimortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS V 25. Las variables cualitativas se expresaron en porcentaje (%) y las cuantitativas como media ± DE y/o mediana (rango).

Resultados: 84 pacientes, 71,4% hombres, edad media 67,24 ± 11,2 años. Mortalidad global 10,8%. Estancia media UCI 3,64 (3,87) días. Estancia hospitalaria 7,57 (5,48) días. El 16,7% de los pacientes desarrollaron complicaciones: shock cardiogénico 4,8% (mortalidad 50%); insu-

ficiencia cardíaca 2,4%; derrame pericárdico 1,2%, PCR 8,3%. Presentaron un TP I US > 10.000 hasta el 45% de los pacientes y TPI US > 50.000 en el 36,7%. Tiempo hasta el cateterismo < 24 horas excepto en 2 pacientes. Revascularización completa 62% pacientes. Número vasos enfermos: 0: 9,2%; 1: 28,9%; 2: 22,4%; 3: 30,3%; 4: 7,9%; 5: 1,3%. Con respecto a la asociación entre TPI US > 10.000 y TPI US > 50.000 los resultados se muestran en la tabla.

	TP I US > 10.000	TP I US < 10.000	p
Mortalidad	44,4%	55,6%	1
ProBNP > 10.000	71,4%	28,6%	0,004
Complicaciones	57,1%	42,9%	0,280
Shock cardiogénico	100%	0%	0,006
MINOCA	33,3%	66,7%	1
Revascularización completa	43,2	56,8	0,84

Conclusiones: En nuestra población encontramos asociación entre valores elevados de troponina I US y valores de proBNP elevados. En los pacientes con IAMSEST analizados, los valores de troponina I US > 10.000 no se asociaron con el desarrollo de complicaciones de forma general, ni con la evolución al *exitus*, pero si con la evolución a *shock* cardiogénico. Los pacientes que fueron diagnosticados de MINOCA presentaron en mayor porcentaje valores más bajos de Tpl us.

274. ¿SON LOS VALORES DE PROBNP ELEVADO UN PREDICTOR DE EVOLUCIÓN DESFAVORABLE EN LOS PACIENTES CON IAMSTE?

Jaén Franco M, Villegas del Ojo J, Blanco Saez I, Giménez Beltran B y Breal Flores A

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico y evolución de los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de IAMSTE en un hospital con Unidad Coronaria en el Servicio Medicina Intensiva. Estudiar si existe asociación entre valores elevados de BNP y una evolución desfavorable.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo enero-octubre 2022. Se analizaron variables clínicas, analíticas y morbimortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó programa SPSS V 25. Las variables cualitativas en porcentaje (%) y las cuantitativas media ± DE y/o mediana (rango). Para el análisis bivariado se utilizó la prueba chi cuadrado, definiendo significación estadística p < 0,05. Se exportaron datos del registro ARIAM.

Resultados: 98 pacientes, 75,5% hombres, edad media 63,43 ± 10,2 años. Mortalidad global 9,2%. Estancia media UCI 3 (1,25) días. Estancia hospitalaria 6 (1-58) días. 3,2% fueron Minocas. Tasa de reperusión 95,56%: ACTP primaria 79,1%; fibrinólisis 20,90% (fibrinólisis eficaz 39,29%). Fibrinólisis 1ª h 21,43%; 2 h: 39,29%; 3 h 57,14%. ACTP primaria 2 h: 7,69%; 3 h: 33,85%; > 3 h: 41,54%. El 21,4% desarrollaron complicaciones, hasta un 11,2% evolucionaron a *shock* cardiogénico. FEVI estimada del 55% (24-71). Valores de BNP: < 1.000: 40,4%; 1.000-5.000: 43,5; 5.000-10.000: 5,3% y > 10.000: 9,6%. Revascularización completa 73,5% pacientes. Número vasos enfermos: 0: 8,3%; 1: 48%; 2: 26,5%; 3: 17,3%. Con respecto a la asociación entre proBNP > 10,000 los resultados se muestran en la tabla.

	proBNP > 10.000	proBNP < 10.000	p
Mortalidad	50%	50%	0,194
TP I Us > 10.000	70%	30%	0,013
Revascularización completa	15,9%	84,1%	0,006
Complicaciones	53,8%	46,2%	0,010
Shock cardiogénico	83,3%	16,1%	< 0,011
MINOCA	0%	100%	0,566

Conclusiones: Recibieron en un elevado porcentaje fibrinólisis como estrategia de reperusión, la cual fue administrada de forma tardía. Los pacientes que eran sometidos a ACTP primaria solo cumplían criterios de calidad del Código Infarto en un bajo porcentaje. Valores de proBNP > 10.000 no se asociaron al desarrollo de complicaciones, ni a la evolución a *shock* cardiogénico ni a mortalidad, ni con valores de TPI Us. Los pacientes que fueron diagnosticados de MINOCA no presentaron valores de proBNP elevados. Los pacientes a los que se les realizaba una revascularización completa presentaban en mayor porcentaje valores no elevados de proBNP.

Pósteres orales

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD III 08:30-10:00 h. SALA CONFERENCIAS 2.2

275. AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES Y FAMILIARES

Iglesias Franco J¹, Martín Torres J², González de Marcos B¹, Magaña Bru I¹, Alvargonzález Riera C¹, González Laprea SE¹, Muñoz Molina B¹, Puente Fernández C², Canabal Berlanga A¹ y Vega González G³

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

Objetivos: Identificar las alteraciones psicológicas de los pacientes y sus familiares generadas por el impacto del ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

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. Medidas de afectación psicológica: ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y Hospital Anxiety and Depression scale (HADs), depresión mediante Beck Depression Inventory (BDI-II) y HADs, y estrés postraumático mediante Impact of Event Scale Revisited (IESr). Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares. Durante el ingreso en UCI, el 70% de los pacientes y el 72% de los familiares sufrieron ansiedad, y el 75% de los pacientes y el 45% de los familiares depresión. Tras el paso de la UCI a la planta, el 44% de los pacientes y el 34% siguieron sufriendo ansiedad, y el 33% de los pacientes y el 23% de los

Figura 1 Póster 275

Tabla 1

Impacto psicológico de la estancia en la UCI en pacientes			En la UCI		Al alta de la UCI	
			Medida	IC95%	Medida	IC95%
Ansiedad	HADs-A	X (DE)	10,1 (4,9)	7,8-12,3	7,7 (5,1)	5,2-10,2
	Caso (≥8 puntos)	%	70	48-85	44,4	25-66
	Caso dudoso (8-10 puntos)	%	25	11-47	22,2	9-45
	Caso probable (≥11 puntos)	%	45	26-66	22,2	9-45
Depresión	HADs-D	X (DE)	8,9 (4,5)	6,8-10,9	7,4 (5,5)	4,7-10,1
	Caso (≥8 puntos)	%	75	53-89	33,3	16-56
	Caso dudoso (8-10 puntos)	%	30	15-52	5,5	1-26
	Caso probable (≥11 puntos)	%	45	26-66	27,7	13-51
Malestar psíquico	HADs-T	X (DE)	18,9 (8,6)	14,9-22,9	15,1 (9,9)	10,2-20

NOTA. Abreviaturas: UCI: Unidad de cuidados intensivos; HADs-A: Hospital Anxiety and Depression Scale subescala Ansiedad; HADs-D: Hospital Anxiety and Depression Scale subescala Depresión; HADs-T: Hospital Anxiety and Depression Scale total; IC95%: intervalo de confianza del 95%; X: media; DE: desviación estándar; %: proporción.

Tabla 2

Impacto psicológico de la estancia en la UCI en familiares			En la UCI		Al alta de la UCI	
			Medida	IC95%	Medida	IC95%
Ansiedad	Puntuación STAI	x (R-IC)	11 (9-14)		29 (18-37)	
	Caso (≥P75)	%	72,1	63-80	49,3	38-61
	P75	%	16,3	10-25	15,9	9-26
	P85	%	38,5	30-48	31,9	22-44
Depresión	P99	%	17,3	11-26	0	
	Puntuación BDI-II	x (R-IC)	13 (8-18)		10 (4-16)	
	Caso (≥14 puntos)	%	45,2	36-55	33,3	23-45
	Leve (14-19 puntos)	%	27	19-36	20,3	12-31
Malestar psíquico	Moderada (20-28 puntos)	%	13,5	8-21	11,6	6-21
	Grave (≥29 puntos)	%	4,8	2-11	1,5	0-3,8
	Ansiedad caso & Depresión caso	%	42,3	33-52	30,4	21-42

NOTA. Abreviaturas: UCI: Unidad de cuidados intensivos; STAI: State Trait Anxiety Inventory; BDI II: Beck Depression Inventory II; IC95%: intervalo de confianza del 95%; x: mediana; R-IC: rango intercuartílico; %: proporción.

Figura 2 Póster 275

Tabla 3

Síndrome de estrés postraumático en pacientes		3 meses		6 meses	
		Medida	IC95%	Medida	IC95%
IES-r	x (R-IC)	15 (3, 8-25,3)		5 (2-15)	
Caso (≥25 puntos)	%	20	6-51	14,3	3-51
Intrusión	x (R-IC)	3,5 (2,3-13)		2 (0-12)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	30	11-60	28,6	8-64
Hiperexcitación	x (R-IC)	1 (0-9)		1 (0-6)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	20	6-51	14,3	3-51
Evitación	x (R-IC)	3,5 (1-13)		1 (1-3)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	20	6-51	14,3	3-51

NOTA. Abreviaturas: IES-r: Impact of event scale revisited; IC95%: intervalo de confianza del 95%; x: mediana; R-IC: rango intercuartílico; %: proporción.

Tabla 4

Síndrome de estrés postraumático en familiares		3 meses		6 meses	
		Medida	IC95%	Medida	IC95%
IES-r	x (R-IC)	18 (5-37)		23 (7-41,7)	
Caso (≥25 puntos)	%	38,2	27-51	45,8	33-60
Intrusión	x (R-IC)	5 (2-12)		7 (2-14,5)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	29,1	19-42	35,4	23-50
Hiperexcitación	x (R-IC)	5 (1-10)		4,5 (1,2-11)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	23,6	14-36	31,3	20-45
Evitación	x (R-IC)	6 (2-13)		6,5 (4-17,8)	
Caso (≥1,5 puntos)	%	36,4	25-50	37,5	25-52

NOTA. Abreviaturas: IES-r: Impact of event scale revisited; IC95%: intervalo de confianza del 95%; x: mediana; R-IC: rango intercuartílico; %: proporción.

Figura 3 Póster 275

Tabla 5

Relación entre el impacto psicológico durante el ingreso hospitalario y el estrés postraumático en familiares		IES-r Caso (≥25 puntos)		
		RR	IC95%	p
A los 3 meses tras el alta hospitalaria				
En la UCI	Ansiedad (STAI Caso P≥75)	3,4	1,1-13	0,03
	Depresión (BDI-II Caso ≥14 puntos)	2,3	1,1-5	0,02
	Malestar psíquico (STAI Caso + BDI-II Caso)	2,5	1,2-5	0,01
Al alta de la UCI	Ansiedad (STAI Caso P≥75)	3,3	1,3-8,6	0,004
	Depresión (BDI-II Caso ≥14 puntos)	2,7	1,4-5	0,009
	Malestar psíquico (STAI Caso + BDI-II Caso)	2,4	1,3-4,6	0,04
A los 6 meses tras el alta hospitalaria				
En la UCI	Ansiedad (STAI Caso P≥75)			NS
	Depresión (BDI-II Caso ≥14 puntos)			NS
	Malestar psíquico (STAI Caso + BDI-II Caso)			NS
Al alta de la UCI	Ansiedad (STAI Caso P≥75)	5,4	1,9-16	<0,0001
	Depresión (BDI-II Caso ≥14 puntos)	2,7	1,4-5	0,03
	Malestar psíquico (STAI Caso + BDI-II Caso)	2,7	1,4-5	0,03

NOTA: Abreviaturas: IES-r: Impact of event scale revised; STAI: State Trait Anxiety Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory II; RR: riesgo relativo; IC95%: intervalo de confianza del 95%; p: valor p de significación estadística; NS no significativo.

familiares depresión (tablas 1 y 2). El estrés postraumático estuvo en el 20% de los pacientes y el 38% de los familiares a los 3 meses y en el 14% de los pacientes y el 46% de los familiares a los 6 meses del alta hospitalaria (tablas 3 y 4). El impacto psicológico durante el ingreso hospitalario se relacionó con el estrés postraumático tras el alta hospitalaria (tabla 5). Las puntuaciones de las pruebas de cribado de ansiedad y depresión al alta de UCI se correlacionaron de forma lineal positiva con las obtenidas en el IES-r tanto a los 3 (STAI: $p < 0,0001$, $r = +0,6$ /BDI-II: $p < 0,0001$, $r = +0,6$) como a los 6 meses (STAI: $p < 0,0001$, $r = +0,8$ /BDI-II: $p < 0,0001$, $r = +0,7$). Las puntuaciones del IES-r entre los pacientes y sus familiares mostraron una correlación lineal positiva casi exacta ($p < 0,001$, $r = +0,95$).

Conclusiones: El impacto psicológico generado por el ingreso en UCI es elevado. Durante la estancia hospitalaria, la afectación psicológica es ligeramente mayor en pacientes que en familiares, siendo máxima en los primeros días y disminuyendo con el transcurso de la hospitalización. Tras el alta hospitalaria, continúa disminuyendo en pacientes, pero aumenta en sus familiares. El desarrollo de psicopatología intrahospitalaria es un factor de riesgo para el impacto psicológico tras el alta hospitalaria en ambos grupos.

laría es un factor de riesgo para el impacto psicológico tras el alta hospitalaria en ambos grupos.

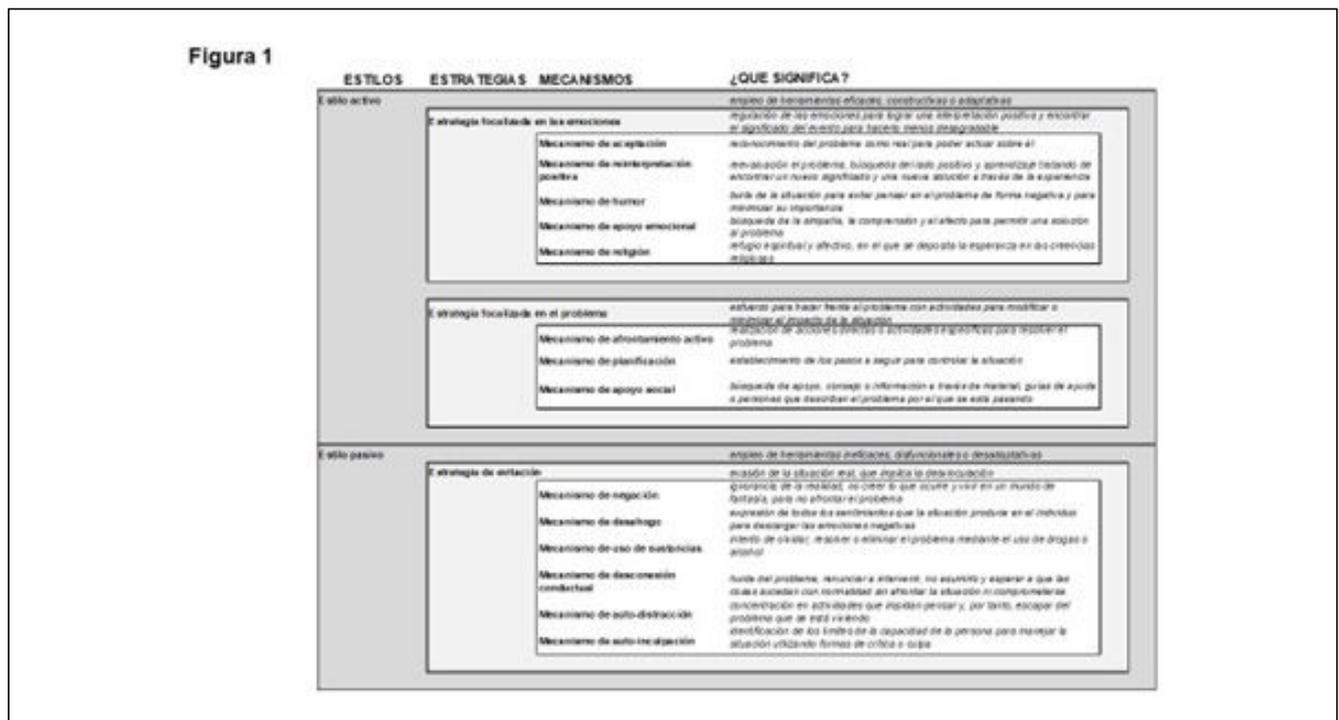
276. AFRONTAMIENTO ANTE EL ESTRÉS GENERADO POR EL INGRESO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES Y FAMILIARES

Iglesias Franco J¹, Martín Torres J², González de Marcos B¹, Magaña Bru I¹, Delgado Arroyo A¹, Izquierdo Sánchez L¹, González Laprea SE¹, Sánchez Galindo M¹, Canabal Berlanga A¹ y Vega González G³

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

Objetivos: Conocer las herramientas de afrontamiento de pacientes y familiares e identificar cuáles están relacionadas con el desarrollo de

Figura 1 Póster 276



malestar psíquico derivado del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

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. Las herramientas de medida empleadas fueron: afrontamiento mediante Brief Coping Orientations to Problems Experienced Inventory (COPE 28), ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory y Hospital Anxiety and Depression scale y estrés postraumático mediante Impact of Event Scale Revisited. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos (fig. 1).

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares. Se empleó mayoritariamente un estilo de afrontamiento activo mediante estrategias focalizadas en las emociones y en el problema, usando mecanismos de aceptación, afrontamiento activo, planificación y

apoyo emocional (tabla 1). Una puntuación baja en la estrategia focalizada en las emociones (COPE 28 < 11 puntos) supuso mayor riesgo para la ansiedad durante el ingreso hospitalario (RR = 6,1 IC95%: 1,3-52; p = 0,01). Una puntuación elevada en la estrategia de evitación (COPE 28 > 6 puntos) supuso mayor riesgo para el estrés postraumático tras el alta hospitalaria (RR = 5,3 IC95%: 1,1-20; p = 0,04). Las personas con mayor riesgo de sufrir una mala adaptación fueron las mujeres mayores de 50 años sin estudios universitarios que no tenían experiencia previa como cuidadoras de un familiar enfermo (tabla 2 y fig. 2).

Conclusiones: El tipo de afrontamiento puede actuar como factor de riesgo (estrategia de evitación) o como factor protector (estrategia centrada en las emociones) para el desarrollo de psicopatología secundaria al ingreso en la UCI. Es posible identificar a las personas que utilizan estrategias de afrontamiento ineficaces sobre quienes se podrían plani-

Figura 2 Póster 276

Tabla 1

Afrontamiento al estrés (COPE-28)		Rango (puntos)	Pacientes x (R-IC)		Familiares x (R-IC)	
Mecanismos	Aceptación	0 - 6	5 (4-6)	5 (4-6)	5 (4-6)	5 (4-6)
	Negación		0 (0-2)	0,5 (0-2)	0,5 (0-2)	
	Afrontamiento activo		5 (4-6)	5 (4-6)	5 (4-6)	
	Planificación		4 (2,3-5,8)	4 (3-5)	4 (3-5)	
	Reinterpretación positiva		3 (3-4,8)	3 (2-5)	3 (2-5)	
	Humor		2 (0-3,8)	0 (0-2,8)	0 (0-2,8)	
	Apoyo social		4 (2-5,8)	3 (2-3,4)	3 (2-3,4)	
	Apoyo emocional		5 (3,3-6)	4 (3-5,8)	4 (3-5,8)	
	Desahogo		3 (2-4)	2 (1-3)	2 (1-3)	
	Religión		1,5 (0,3-4,8)	2 (1-4,8)	2 (1-4,8)	
	Sustancias		0 (0-0)	0 (0-0)	0 (0-0)	
	Desconexión conductual		0 (0-2)	0 (0-1)	0 (0-1)	
	Auto-distracción		3 (2-3)	3 (2-4)	3 (2-4)	
Auto-inculpación	2 (0-3)	1 (0-2)	1 (0-2)			
			X (DE)	IC95%	X (DE)	IC95%
Estrategias	Focalizada en las emociones	0 - 30	17,3 (3,9)	15,5-19,1	16,1 (4,8)	15-17
	Focalizada en el problema	0 - 18	13 (2,9)	11,6-14,4	12,2 (3,3)	11,6-13
	Por evitación	0 - 36	9,8 (4,1)	7,9-11,7	8,7 (4,3)	8-9,5
Estilo	Activo / Adaptativo	0 - 48	30,4 (5,8)	27,7-33,1	28,3 (7,1)	27-30
	Pasivo / Desadaptativo	0 - 36	9,8 (4,1)	7,9-11,7	8,7 (4,3)	8-9,5

NOTA: Abreviaturas: COPE-28: Brief coping orientations to problems experienced; x: mediana; R-IC: rango intercuartílico; X: media; DE: desviación estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Figura 3 Póster 276

Tabla 2

	Focalizada en las emociones				Estrategias de afrontamiento al estrés				Por evitación			
	X (DE)	Dif. X	IC95%	p	X (DE)	Dif. X	IC95%	p	X (DE)	Dif. X	IC95%	p
Edad >50 años	17 (4,5)	2	0,1-3,9	0,04	13,4 (3)	2,8	1,6-4	<0,0001	7,5 (3,6)	1,7	0,1-3,5	0,04
>50 años	15 (5)				19,6 (3)							
Sexo Hombre												
Mujer												
Estudios Universitarios					13 (3)	1,6	0,3-2,9	0,03	7,5 (3,6)	1,7	0,1-3,5	0,04
No universitarios					11 (3,7)							
Rol previo Cuidador					13,6 (4)	2,8	0,2-3,3	0,01	7,5 (3,6)	1,7	0,1-3,5	0,04
No cuidador					12 (3)							

	Estilos de afrontamiento al estrés			
	Activo / Adaptativo		Pasivo / Desadaptativo	
	X (DE)	Dif. X	IC95%	p
Edad >50 años	30,4 (7)	5,4	2,7-8,1	0,001
>50 años	25 (7)			
Sexo Hombre				
Mujer				
Estudios Universitarios	29,5 (7)	2,8	0,1-5,5	0,02
No universitarios	27 (7,3)			
Rol previo Cuidador				
No cuidador				

NOTA: Abreviaturas: COPE-28: Brief coping orientations to problems experienced; X: media; DE: desviación estándar; Dif. X: diferencia de medias; IC95%: intervalo de confianza del 95%; p: valor p de significación estadística.

278. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE COVID-19 TRAS EL ALTA DE UCI

Carrasco González E, Ruiz Rodríguez A, Higón Cañigral Á, Martínez Quintana ME, López Gómez L, Bayoumy Delis P, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández A, Torrano Ferrández M y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Análisis de los pacientes atendidos en consulta poscuidados intensivos durante la epidemia COVID-19, con seguimiento a los 2-3 meses (primera consulta), 6 meses (segunda consulta) y al año del alta hospitalaria (tercera consulta).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizan los casos de pacientes supervivientes de neumonía COVID-19 ingresados en UCI, que acuden a las consultas poscuidados intensivos entre el 19/05/2022 y el 22/12/2022. Se estudian factores demográficos, clínicos, resultados funcionales para analizar aparición de PICS, con escalas para valoración física (Barthel), psicológica (HAD y TEPT) y cognitiva (MoCA); y si precisan alguna intervención (derivación a consulta de otros especialistas). Los resultados se expresan como número y porcentaje y como mediana (rango intercuartílico).

Resultados: En la primera consulta se analizan un total de 301 pacientes. La edad media fue de 57,6 ± 12,3 años y el 70,4% (212) eran hombres. La presencia de PICS, sus diferentes esferas y el valor de las pruebas HAD, TEPT y Barthel se muestran en la tabla. Tras la primera visita se realizaron 85 derivaciones a neumología (45%), 42 derivaciones a rehabilitación (14%) y 33 derivaciones a psiquiatría (11%).

	1ª visita (n = 301)	2ª visita (n = 110)	3ª visita (n = 39)
PICS, n (%)	188 (62,5)	71 (64,5)	30 (76,9)
PICS emocional	76 (25,2)	37 (33,6)	20 (51,3)
PICS respiratorio	137 (45,5)	57 (51,8)	21 (55,3)
PICS cognitivo	35 (11,6)	14 (12,7)	4 (10,3)
PICS físico	107 (35,5)	43 (39,1)	19 (4,2)
HAD ansiedad	5 (2-8)	6 (3-10)	7 (2-12)
HAD depresión	2 (1-5)	4 (1-8)	4 (1-12)
TEPT	3 (0-12)	5 (2-12)	6 (2-24)
Barthel	100 (100-100)	100 (100-100)	100 (95-100)

Conclusiones: El síndrome poscuidados intensivos en pacientes afectados de neumonía COVID19 es frecuente en nuestra población, por lo que es importante una adecuada detección y seguimiento para poder realizar un abordaje multidisciplinar precoz.

279. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Ruiz Rodríguez A, Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Martínez Quintana ME, López Gómez L, Bayoumy Delis P, Torrano Ferrández A, Torrano Ferrández M, Maiquez Sánchez L y Carrillo Alcaraz A

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

Objetivos: Analizar los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de síndrome poscuidados intensivos (PICS) en pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes supervivientes de neumonía grave COVID-19 ingresados en UCI del 19/05/2022 a 22/12/2022, que acuden a consulta de seguimiento a los 2-3 meses del alta hospitalaria. Se registran datos sociodemográficos, clínicos y evolutivos. La presencia de PICS se determina mediante escalas validadas, así como valoración física (Barthel), psicológica (HAD y TEPT) y cognitiva (MoCA). Los resultados se expresan como porcentaje, media ± desviación estándar, mediana (rango intercuartílico) y las comparaciones mediante las pruebas t de Student o Mann Whitney, ji² de Pearson y exacto de Fisher.

Resultados: Se analizan un total de 301 pacientes. La edad media fue 57,6 ± 12,3 años y el 70,4% eran hombres. En 188 pacientes (62,5%) se objetiva presencia de PICS, predominando la esfera respiratoria (45,5%), seguido de la esfera física (35,5%), emocional (25,2%) y cognitiva (11,6%). La relación entre presencia de PICS y diferentes variables se muestran en la tabla.

	Presencia de PICS	No PICS	Valor p
Edad	59,1 ± 11,1	55,2 ± 13,9	0,013
SAPS II	30,2 ± 8,4	27,5 ± 7,1	0,005
SOFA máximo	5,1 ± 2,7	3,9 ± 1,6	< 0,001
Género masculino	131 (69,7%)	81 (71,7%)	0,713
Enf. psiquiátrica previa	21 (11,2%)	12 (10,6%)	0,882
VNI al ingreso	178 (94,7%)	105 (92,9%)	0,818
Necesidad de VMI	39 (20,7%)	10 (8,8%)	0,007
Peor PO2/FiO2	105 ± 24	108 ± 22	0,223
Delirio	39 (20,7%)	14 (12,4%)	0,065
Estancia en UCI	10 (7-17)	8 (6-11)	0,001
LDH peor	791 (604-1.037)	752 (528-971)	0,134
Ferritina	989 (576-1.657)	1.096 (603-1.746)	0,426
Dímero D	2.073 (1.100-6.351)	1.348 (899-3.478)	0,005
PCR	14,7 (8,3-24,1)	12,6 (7,4-24)	0,426

Conclusiones: En nuestra serie, los factores de riesgo para desarrollar PICS son la gravedad del paciente, la necesidad de ventilación invasiva durante su estancia en UCI y las cifras de dímero D elevadas.

280. IDENTIFICACIÓN DE SÍNDROME POST-UCI (PICS) E INCIDENCIA EN NUESTRA UNIDAD

Antón Juarros S, Castrillo Guiral S, Herrero García S, Mayordomo García C, Montes Aranguren M, Isern de Val I, Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Lorenzo Álvarez R y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la incidencia de síndrome Post-UCI en nuestra unidad. Describir las alteraciones a nivel físico, psíquico y cognitivo que sufren nuestros pacientes una vez se encuentran de alta.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de 54 pacientes atendidos en la Consulta Pos-UCI desde febrero a noviembre de 2022. Los pacientes debían cumplir al menos dos de los siguientes criterios de inclusión para ser citados en la consulta Pos-UCI: Estancia superior a 10 días. Duración de la ventilación mecánica superior a 7 días. APACHE II > 14. Fragilidad al ingreso en UCI (escala CSHA). Pacientes que no logran deambular con asistencia o presentan debilidad marcada al alta. Criterio médico de indicación de seguimiento. Excluir pacientes con deterioro cognitivo previo o cualquier condición que impida la rehabilitación.

Resultados: Según nuestro estudio el 72% presentaba al menos una alteración del síndrome Pos-UCI (PICS), el 30% tenían dos problemas concurrentes y el 9% sufría afectación a los tres niveles. En la valoración del estado funcional, el 53,7% (29 pacientes) obtuvo un test de TUG alterado, aunque solo un paciente tardó más de 20 segundos en realizar la prueba. En la evaluación del estado muscular según el test SACRC-F el 27,8% (15 pacientes) desarrollaron sarcopenia. En la evaluación del dolor, utilizando la escala EVA se obtuvo una puntuación media de 2 (DE 3). Respecto a la nutrición, el 48,1% (26 pacientes) presentaban un riesgo intermedio de malnutrición valorado según el test MUST- modificado, y un 16,6% (9 pacientes) un riesgo alto. Los pacientes sufrieron de media una pérdida de peso al alta 9,2 kg (DE 4,6). Presentaron alteración del estado cognitivo el 38,9% (21 pacientes con un test MoCA < 26 puntos). Respecto a estado de salud mental sufrieron trastorno de estrés postraumático (TEPT) el 14,8% (8 pacientes), ansiedad el 7,4% (4 pacientes) y depresión el 3,7% (2 pacientes). A los 3 meses tras el alta hospitalaria, únicamente el 31,5% consiguieron un nivel de actividad habitual. De los pacientes que se encontraban en activo laboralmente al ingreso, requirieron baja laboral en el 59,3% de los casos, el 19% se encontraba en paro y tan solo el 22% habían regresado a su puesto de trabajo.

Conclusiones: Las alteraciones a nivel físico son las más frecuentes. Destaca el síndrome de estrés postraumático frente a la ansiedad y/o depresión. Las estancias prolongadas en UCI tienen una repercusión elevada de cara a la vuelta a la vida normal de los pacientes.

281. PACIENTES CON SÍNDROME POS-UCI. SEGUIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DE DOS AÑOS

Murcia Saez IM, Pérez Villena M, Barrios Arnau M, Gallego Lujan C, Ruiz Cambra NA, García Martínez de los Reyes L y Matas Rubio E

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

Objetivos: Conocer la persistencia de síndrome pos-UCI (SPUCI), fallecimiento y calidad de vida después de dos años de pacientes evaluados en una consulta de SPUCI.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes de pacientes con seguimiento en una consulta de SPUCI. Se evaluó la persistencia de SPUCI después de 2 años, características demográficas del ingreso en UCI, fallecimiento en periodo 1ª-2ª consulta y calidad de vida (EUROQUOL y FS-12). Se realizó estudio descriptivo y comparativo, obteniendo significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: Se realizó seguimiento de dos años a un total de 45 pacientes. Fallecieron 11 (24%), estos fueron de mayor edad 63 años, DE: 7; IC95% (56-69) vs. 58 años, DE: 11; IC95% (53-62); $p: 0,029$ y tuvieron mayor APACHE al ingreso en UCI, 18; DE: 4; IC95% (14-23) vs. 13; DE: 5; IC95% (11-15); $p: 0,004$. Vimos que los pacientes que fallecieron mostraron un mayor deterioro cognitivo por MOCA 16; DE: 8; IC95% (10-22) vs. 22; DE: 3; IC95% (21-23) en la primera evaluación de la consulta. La mediana de días desde el alta a domicilio hasta el fallecimiento fue de 241 días. De los 34 pacientes supervivientes y con una segunda evaluación en consulta, vimos que en 15 (44%) persistía SPUCI, en estos se diagnosticó más debilidad adquirida en UCI (DAUCI), 13 (65%) vs. 7 (35%); $p: 0,003$ y más delirio 9 (64%) vs. 5 (36%); $p: 0,048$ mientras estuvieron ingresados en UCI. A los dos años hubo una mejora de percepción de calidad de vida por FS12-PCS primera consulta 39/segunda consulta 48; $p: 0,022$ y por EUROQUOL primera consulta 63/segunda consulta 75; $p: 0,028$.

Conclusiones: Después de dos años de seguimiento a pacientes con diagnóstico de SPUCI, vimos persistencia del síndrome en 15 (44%) de pacientes evaluados, ello se relacionó con mayor delirio y DAUCI durante el ingreso en UCI. Fallecieron 11 (24%) pacientes que tuvieron mayor gravedad al ingreso en UCI y en el seguimiento mayor deterioro cognitivo. En general en los supervivientes se observó una mejor percepción de calidad de vida a los dos años.

282. RESULTADOS DE LA CONSULTA POS-COVID: VALORACIÓN E INCIDENCIA DEL SÍNDROME POS-UCI EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Mateu Campos ML, Altaba Tena S, Camañez Fortanet J, Viana Marco C, González Núñez AB, Boscá Martínez B, Villanova Landete A y Navarro Alcaraz R
Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Objetivos: Determinar la incidencia y características de síndrome pos-UCI en los pacientes dados de alta de UCI a los 12 y 18 meses tras ingreso por infección por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes vistos en la consulta pos-COVID de un hospital de tercer nivel: pacientes dados de alta de UCI tras ingreso por neumonía por SARS-CoV-2 y alto riesgo de desarrollar síndrome pos-UCI entre agosto de 2020 y marzo de 2021. Los pacientes fueron citados en la consulta a los 12 y 18 meses de su alta de UCI. Se obtuvieron datos de variables demográficas, antecedentes, fecha de ingreso en UCI y hospital, lugar de procedencia. Se les realizó un cuestionario para valorar la situación funcional, síntomas de COVID persistente, Inventario de ansiedad de Beck, Escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y entrevista al cuidador principal (Escala de Zarit). 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: Se valoraron a 72 pacientes con riesgo de desarrollar síndrome pos-UCI. La mediana de edad fue de 60,3 [55,3-69,2], el 70,1% eran varones, con un IMC de 30,1 [27-34,7]. La estancia media en UCI fue de 5 [2-9] días y hospitalaria de 15 [9-24] días. La escala de SAPS3 fue de 22,1 [17,3-29,5] con un SOFA al ingreso de 3 [3-3]. Un alto porcentaje presentaban alteraciones musculoesqueléticas: artralgias (48,6%) y mialgias (41,6%). Las alteraciones cognitivas fue la alteración más frecuente (64,1%), seguida de la del sueño (52,8%), astenia (50%) y ansiedad (46,4%). La puntuación global del cuestionario de Beck fue de 3 (1-13). Entre el 12-20% de los pacientes sentían miedo que ocurriera lo peor y se sentían incapaces de relajarse (7,7% de forma leve, y un 16% de los pacientes de forma moderada/severa), el 35% tenía algún grado de recuerdos desagradables o recurrentes de su ingreso en UCI. Al realizar la entrevista al cuidador principal, el 53,7% sentían cierto grado de miedo por su familiar, en un 31,6% el familiar consideraba que era la única persona que podía hacerse cargo del paciente y en un 22,2% consideraban una carga importante el cuidado de su familiar.

Conclusiones: La valoración de pacientes en la consulta pos-UCI de pacientes dados de alta de UCI tras la infección por SARS-CoV-2 detectó una alta incidencia de síntomas pos-COVID y un importante grado de afectación de los cuidadores.

283. UTILIDAD DEL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN LA CONSULTA POS-UCI DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DR. BALMIS DE ALICANTE

Zazo Sanchidrián MC, Diaz Barranco M y González Moyano AB
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas de los pacientes con síndrome pos-UCI que reciben seguimiento en la consulta tras ser dados de alta de nuestra unidad así como su evolución y situación clínica después de haber sufrido una enfermedad grave con estancia prolongada en nuestra unidad. Se revisan las complicaciones más frecuentes, el porcentaje de reingresos y la calidad de vida.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes que reciben seguimiento en la consulta pos-UCI del Hospital General Universitario Dr. Balmis desde mayo de 2021 hasta diciembre de 2022. Se obtienen datos demográficos, situación clínica previa al ingreso en UCI, estancia media en UCI, factores de riesgo para síndrome post-UCI (PICS) más frecuentes, situación clínica al alta (física, psíquica y cognitiva), a los 3, 6 m y al año. Tasa de reingresos y calidad de vida al alta del seguimiento en nuestra consulta. Se realiza un análisis estadístico mediante tabla dinámica para obtención de resultados.

Resultados: Se incluyen 33 pacientes (69% varones y 31% mujeres) con una edad media de 46,8 años. El 56,5% ingresan en UCI por enfermedad respiratoria (COVID, EPOC reagudizado y neumonía) y 24% son pacientes neurocríticos siendo la hemorragia subaracnoidea la causa de ingreso principal en este subgrupo. La estancia media en UCI fue de 12 días. Más de la mitad de los pacientes presentaban algún factor de riesgo para desarrollar PIC siendo los más frecuente el delirium, la hipoxemia con necesidad de ventilación mecánica durante más de 7 días y las dosis altas de sedoanalgesia con benzodiacepinas y opiáceos. El 100% de los pacientes seguidos en la consulta presentaban secuelas físicas, 64% presentaban secuelas psíquicas, 51% secuelas cognitivas y el 54% presentaban secuelas en las tres esferas. Precisaron rehabilitación el total de los pacientes en seguimiento, derivación y ayuda psicológica 3 pacientes (11%) y 4 pacientes precisan derivación a otras especialidades (12,12%). La mayoría de los pacientes en seguimiento (73%) tienen un Barthel favorable y mejoría de sus secuelas psíquicas y cognitivas al año de seguimiento. Solamente precisa reingreso en UCI 1 paciente (3%).

Conclusiones: El seguimiento de los pacientes en una consulta pos-UCI es necesario para evidenciar las frecuentes secuelas que padecen al alta de la unidad. Debido al elevado número de secuelas en las tres esferas se requiere de un protocolo multidisciplinar que incluya servicios como psiquiatría y rehabilitación. El seguimiento de estos pacientes en planta favorece la disminución de la tasa de reingresos (3%).

284. UTILIZACIÓN DE AASTRE 2.0 PARA LA CREACIÓN DE UNA PLATAFORMA DE INDICADORES DE PROCESO: ¿TRATAMOS IGUAL A PACIENTES COVID Y NO-COVID?

Bodí M, Samper M, Ruiz-Botella M, Cañellas J, Victoria I, Esteban F, Rodríguez A, Gómez J y Sirgo G

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: 1) Comparar medidas AASTRE en pacientes con y sin COVID-19. 2) Desarrollar una plataforma interactiva que permita disponer de indicadores de proceso.

Métodos: Estudio prospectivo en dos unidades de un SMI. Se realizó AASTRE ≥ 1 vez por semana en cada Unidad. Se aleatorizaron el 30% pacientes y el 50% de bloques de variables (medidas de obligado cumplimiento) en cada ronda. Fue evaluado el porcentaje de mejora relacionado con AASTRE (PMR-AASTRE-G, global; PMR-AASTRE-B, por bloque. Esta variable significa un cambio asistencial motivado por la ronda) durante 9 meses (enero-septiembre 2022). El análisis estadístico se realiza con Python, módulo Tableone, test chi cuadrado para cada variable. Se crea una aplicación web con software libre (Python, Django, HTML, CSS, JavaScript) para acceso a los resultados de AASTRE en tiempo real.

Resultados: Se analizaron 390 pacientes día (102 en pacientes COVID). Fue construida una plataforma de evaluación de resultados de AASTRE 2.0 (con filtros múltiples de análisis, p.e. gravedad) que permitió un seguimiento de los indicadores (figura). El PMR-G fue 11,8%. Los PMR-AASTRE-B mayores a 20% se objetivan en los bloques de ventilación mecánica (VM), 22,4% (a expensas de las variables "Límite de presión alveolar", 24,6%; "Alarmas de la VM", 50,4%; y "Evaluación de la movilización y evaluación de la debilidad muscular adquirida en la

UCI”, 20,4%), y de Nutrición, 31,7% (tanto en la “Monitorización de la nutrición enteral”, 30,4% como en la “monitorización de la nutrición parenteral”, 37,5%) (tabla). No se objetivan diferencias significativas del PMR-AASTRE-G entre pacientes con y sin COVID-19. Se objetiva PMR-AASTRE significativamente mayor en los pacientes COVID en el

bloque de Nutrición (48,7 vs. 25,0%), a expensas de la medida “Monitorización de la nutrición enteral” (45,5 vs. 24,4%), y en la medida “Alarmas de la VM” (66,7 vs. 43,0%); y menor en la “Evaluación de la movilización y evaluación de la debilidad muscular adquirida en la UCI” (7,0 vs. 26,0%).

Figura 1 Póster 284

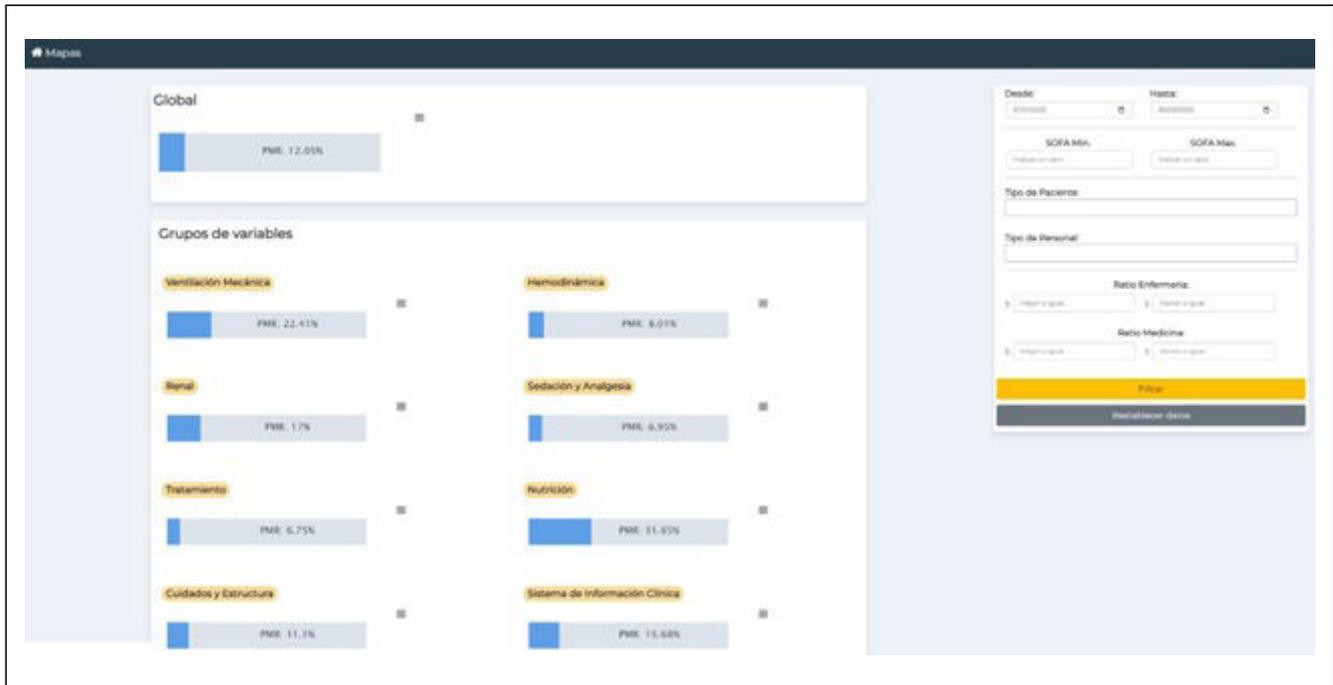


Figura 2 Póster 284

BLOQUES y MEDIDAS	TOTAL PACIENTES	PACIENTES DE COVID	PACIENTES COVID	P-Valor
	390	298	102	
BLOQUE VENTILACIÓN MECÁNICA	108 (22.4)	78 (23.6)	30 (19.9)	0.432
Límite de presión alveolar, n (%)	16 (24.6)	14 (23.3)	2 (8.7)	0.057
Alarmas de la Ventilación Mecánica, n (%)	58 (50.4)	34 (43.0)	24 (66.7)	0.032
Realización de la prueba de ventilación espontánea, n (%)	2 (4.7)	2 (6.5)	0	1.000
Volumen corriente adecuado, n (%)	2 (1.8)	1 (1.3)	1 (2.7)	1.000
Evaluación de la movilización, y evaluación de la debilidad mc.	30 (20.4)	27 (26.0)	3 (7.0)	0.018
BLOQUE HEMODINÁMICA	33 (8.0)	25 (8.3)	8 (7.3)	0.824
Alarmas del monitor, n (%)	30 (17.0)	22 (16.8)	8 (17.8)	0.938
Administración de fluidoterapia en fase inicial del shock, n (%)	0	0	0	1.000
Administración de fluidoterapia la fase de estabilidad clínica,	1 (0.7)	1 (0.3)	0	1.000
Monitorización hemodinámica adecuada, n (%)	2 (3.4)	2 (4.7)	0	1.000
BLOQUE RENAL	34 (17.0)	21 (14.2)	13 (25.0)	0.116
Valoración de la disfunción renal aguda (DRA), n (%)	32 (16.9)	20 (14.5)	12 (23.5)	0.211
Prescripción diaria y monitorización adecuada de la técnica c	2 (16.2)	1 (10.0)	1 (100.0)	0.182
BLOQUE SEDACIÓN Y ANALGESIA	29 (7.0)	24 (7.4)	5 (5.4)	0.677
Control del dolor, n (%)	3 (1.7)	3 (2.2)	0	1.000
Control de la agitación y prevención de la sobresedación, n (%)	8 (8.2)	5 (6.8)	3 (12.5)	0.401
Prevención y manejo del delirium, n (%)	18 (12.5)	16 (14.0)	2 (6.7)	0.365
BLOQUE TRATAMIENTO	89 (6.7)	66 (6.9)	23 (6.4)	0.845
Comprobación de alergias e intolerancias medicamentosas,	18 (9.0)	13 (9.0)	5 (9.1)	1.000
Prescripción correcta de los órdenes de tratamiento diarios,	7 (3.5)	5 (3.4)	2 (3.6)	1.000
Adecuada indicación y dosificación de la medicación prescri	15 (7.6)	10 (6.9)	5 (9.3)	0.958
Tratamiento prescrito, administrado correctamente. Órdenes	22 (11.1)	16 (11.2)	6 (10.9)	0.844
Prevención de la enfermedad tromboembólica, n (%)	13 (6.6)	10 (7.0)	3 (5.5)	1.000
Mantenimiento adecuado los de niveles de glucemia, n (%)	9 (4.5)	8 (5.6)	1 (1.8)	0.449
Evaluación del tratamiento antibiótico, n (%)	5 (3.9)	4 (4.2)	1 (3.2)	1.000
NUTRICIÓN	44 (31.7)	25 (25.0)	19 (48.7)	0.012
Monitorización de la Nutrición Enteral (NE), n (%)	35 (30.4)	20 (24.4)	15 (45.5)	0.046
Monitorización de la Nutrición Parenteral (NPT), n (%)	9 (27.5)	5 (27.8)	4 (66.7)	0.159
BLOQUE CUIDADOS Y ESTRUCTURA	122 (11.1)	91 (11.1)	31 (11.0)	0.966
Realización de higiene bucal con clorexidina (0,12%), n (%)	0	0	0	1.000
Evaluación diaria del riesgo de desarrollar úlceras por presión	2 (0.3)	0	2 (3.4)	0.066
Posición semincorporada, n (%)	57 (38.8)	40 (38.1)	17 (40.5)	0.936
Identificación inequívoca del paciente, n (%)	4 (1.7)	4 (2.3)	0	0.575
Hoja de limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) act	51 (22.3)	42 (24.6)	9 (16.5)	0.212
Evaluación diaria de la necesidad de catéteres, n (%)	8 (4.2)	5 (3.7)	3 (5.2)	0.700
BLOQUE SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA	90 (16.7)	55 (13.8)	35 (20.1)	0.071
Validación de información obtenida de los dispositivos, n (%)	8 (17.4)	5 (13.2)	3 (37.5)	0.129
Correcto cumplimiento de la información médica, n (%)	18 (9.5)	10 (7.6)	8 (13.8)	0.281
Integración correcta con otros departamentos del Hospital,	64 (33.3)	40 (29.9)	24 (41.4)	0.165

Conclusiones: AASTRE, como herramienta para la evaluación de indicadores de proceso, permite identificar áreas que requieren acciones de mejora. No ha mostrado diferencias entre los pacientes con y sin COVID-19 en la mayoría de medidas evaluadas. El desarrollo de una plataforma para la visualización de resultados favorece la evaluación del impacto de AASTRE y la difusión de resultados.

285. ACOMPAÑAMIENTO SOCIOSANITARIO A LOS SOBREVIVIENTES DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA POR CORONAVIRUS

Márquez Doblas M, Morales Varas G, Alonso G, Rodríguez Villamizar ÁP, Cuadra A, Vecino Montoya M, Carneiro P, Alonso Ciria E y País Sánchez-Malingre MV

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

Objetivos: Evaluar los cuidados sociosanitarios y el acompañamiento del Sistema Nacional de Salud al año de supervivencia de enfermos críticos por COVID-19.

Métodos: Entrevista telefónica al año del alta a pacientes que necesitaron ingreso en UCI por enfermedad crítica por SARS-CoV-2 en el periodo comprendido entre marzo 2020 y diciembre 2021. La cohorte se categorizó y por grupo de edad. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de χ^2 ; las variables continuas se expresan en medianas y rango intercuartílico (RIQ) y se compararon con la prueba de U de Mann Whitney Kruskal Wallis si la variable dependiente es de 3 o más categorías). Se utilizó un nivel de significancia del 5 (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA versión 13® (StataCorp LCC).

Resultados: Del total de 99 pacientes incluidos en el estudio, 7 fallecieron, y 86 respondieron la encuesta. Las características demográficas y evolución en UCI se resumen en la tabla 1. La reincorporación a su actividad habitual fue menor en mujeres que en hombres a los 6 meses (42 vs. 72%; $p = 0,005$) y al año (47 vs. 86%; $p = 0,000$). La autovaloración del estado de salud con el termómetro EuroQOL (siendo 100 el mejor estado de salud posible, y 0 el peor) fue menor en mujeres que en hombres (50 (50-82,5) vs. 80 (60-100); $p = 0,002$). No hubo diferencias en las visitas a urgencias (38% de los pacientes), hospitalizaciones (20%), intervenciones quirúrgicas (16%), ni necesidad de rehabilitación (47%). En la comparación de grupos de edades no se observaron diferencias estadísticamente significativas, salvo que, los pacientes más jóvenes, se sentían menos acompañados por el Sistema de Salud (30,77% [menores de 40 años] vs. 75% [41 a 65 años] vs. 80% [mayores de 65 años]; $p = 0,004$) (tabla 2).

Conclusiones: La reincorporación a las actividades habituales al año de seguimiento de los pacientes con enfermedad crítica por COVID-19

TABLA 1. Características y evolución de los pacientes en UCI.

	Total n= 99
DEMOGRAFÍA:	
Mujer, %	38
Hombre, %	62
Edad, mediana (RIQ), años	59,5 (49-67)
IMC, mediana (RIQ), pts	29,41 (26,45-33,95)
Charlson, mediana (RIQ), pts	2 (1-3)
CFS, mediana (RIQ), pts	3 (2-3)
Psicofármacos previo a ingreso en UCI, %	23 (26,74)
GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN:	
SOFA al ingreso, mediana (RIQ), pts	3 (3-4)
APACHE II, mediana (RIQ), pts	9 (7-12)
IOT / VMI	71 (71,72)
Días de VM, mediana (RIQ), días	11 (7-20)
Prono, %	45 (45,45)
Traqueostomía, %	31 (31,31)
Estancia en UCI, mediana (RIQ), días	12 (4-18)
Estancia hospitalaria, mediana (RIQ), días	24 (16-42)
COMPLICACIONES:	
TEP, %	4
Hemorragia, %	8
Sepsis, %	25
FRA, %	10
Delirio, %	49
Necesidad de cirugía, %	9

fue menor en mujeres que hombre, al igual que la percepción del estado de salud. Una parte importante de los pacientes precisan una gran utilización de recursos sociosanitarios. En su mayoría, se sintieron acompañados por el sistema de salud.

Figura 2 Póster 285

Tabla 2. Comparativa entre grupos de edades

	Menor de 40 n=13	41 a 65 n=48	Mayor de 65 n=25	Total n=66	p
¿Se ha reincorporado a la actividad habitual? al año. Si (%)	69	69	72	70	0,958
¿Ha ido a urgencias después del alta? Si (%)	42	36	36	38	0,915
¿Ha estado hospitalizado después del alta? Si (%)	23	19	24	21	0,906
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente después del alta? Si (%)	23	13	20	16	0,572
¿Ha recibido rehabilitación después del alta? Si (%)	23	52	48	47	0,175
¿Se ha sentido acompañado por el Sistema de Salud? Si (%)	31	75	80	70	0,004
¿Ha recibido ayudas sociales después del alta? Si (%)	0	8	4	6	0,470
¿Consume psicofármacos que previamente no consumía? Si	8	44	33	36	0,079
Termómetro EuroQOL	70 (40-100)	77,5 (50-90)	70 (50-100)	72,5 (50-95)	0,905

286. GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR LIMITACIÓN DEL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (LTSV). DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS

Jiménez Medina D, Pérez Piñero S, Campos Albert J, Quintana Burgos G, Zarza Márquez MDM, Nomdedeu Fernández M, Sánchez Argente del Castillo S y Quintanilla G

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

Objetivos: El objetivo del estudio es conocer el grado de cumplimiento del indicador de calidad “LTSV” en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, valorar la frecuencia de LTSV, tipo de limitación indicada y características de los pacientes seleccionados.

Métodos: Nuestro Servicio de UCI pertenece a un Hospital General Universitario y está dotado de 27 camas. Desde el año 2018 tiene implantado un Sistema de Gestión de Calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 y dispone de un protocolo de limitación de la terapia de soporte vital (LTSV). Los requisitos para llevar a cabo la indicación de LTSV fueron: 1. Fundarse en la mejor evidencia científica disponible. 2. Tener en cuenta la voluntad del enfermo, así como la existencia de “instrucciones previas”. 3. Tomarse por consenso del equipo asistencial. 4. Informar y consultar a los familiares. Debiendo constar en la historia clínica electrónica. Siendo el estándar propuesto por la SEMICYUC del 100%. Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo incluyendo a todos los pacientes ingresados en UCI desde mayo hasta agosto del año 2022, que recibieron algún tipo de LTSV, recogiendo los datos referentes a la LTSV realizada, edad, sexo y cumplimiento del indicador.

Resultados: El cumplimiento del indicador de calidad “LTSV” se alcanzó en 33 pacientes (94,28%) de un total de 35, ya que en los 2 pacientes restantes no se completó en la historia clínica la documentación de todos los requisitos de la LTSV. De un total de 368 pacientes ingresados en UCI durante el periodo de estudio, 35 de ellos recibieron algún tipo de LTSV (9,51%). Su rango de edad osciló entre los 43 a 90 años (M = 72,08 años; s = 11,43) y el 65,71% fueron hombres. Un 3% (N = 1) de los pacientes contaba con documento de voluntades anticipadas. No fue necesaria la consulta con el Comité de Ética Asistencial del hospital. En relación al tipo de LTSV: un 3% fue orden de no RCP, un 3% limitación

para terapia sustitutiva renal, un 26% para ventilación invasiva y un 69% limitación para cualquier medida invasiva (fig.).

Conclusiones: Aunque lo deseable es alcanzar un 100%, un grado de cumplimiento del 95% puede ser óptimo teniendo en cuenta que los casos en los que no se ha cumplido el protocolo, se deben a la no cumplimentación en la historia clínica de los requisitos propuestos, no por errores en la indicación y justificación de la LTSV. La LTSV es una de las decisiones con mayor trascendencia que se puede tomar durante el proceso asistencial. Disponer de un protocolo de LTSV nos ayuda a homogeneizar su indicación y aplicación, así como a ser más exigentes en el registro de su documentación.

287. UCI VERDE Y SOSTENIBLE: ¿ES POSIBLE?

Cachafeiro Fuciños L¹, Dijkstra P¹, Agrifoglio Rotaeche A¹, Fernández Sánchez G¹, Estébanez Montiel B¹, Soto J¹, Guzmán B², Yébenes R¹, Lavara M¹ y Quintana M¹

¹Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. ²Hospital Universitario la Moraleja, Madrid.

Objetivos: El desarrollo sostenible es uno de los principales desafíos a nivel mundial. En este sentido, las UCI son un área con una importante contribución a la generación de residuos y consumo de recursos, con equipamientos especializados y empleo de dispositivos y materiales médicos de un solo uso. El objetivo que nos proponemos es analizar el ciclo de vida de una UCI basado en la medición de residuos y el estudio de consumos, lo que nos permitirá analizar nuestro margen de mejora para lograr el camino hacia una UCI Verde.

Métodos: Se desarrolló un estudio piloto, prospectivo, entre septiembre del 2022 y febrero del 2023 en la Uci de Quemados/Politrauma del Hospital La Paz. La unidad consta de 10 camas. Los datos se han obtenido mediante entrevistas, observaciones y mediciones de la cantidad de residuos en los tres turnos diarios durante los 7 días de la semana. Los datos que aquí se presentan son preliminares.

Resultados: Se obtuvieron los consumos anuales de agua, electricidad y climatización partiendo del estudio de 2021, similar al de 2022. Se

Figura Póster 286

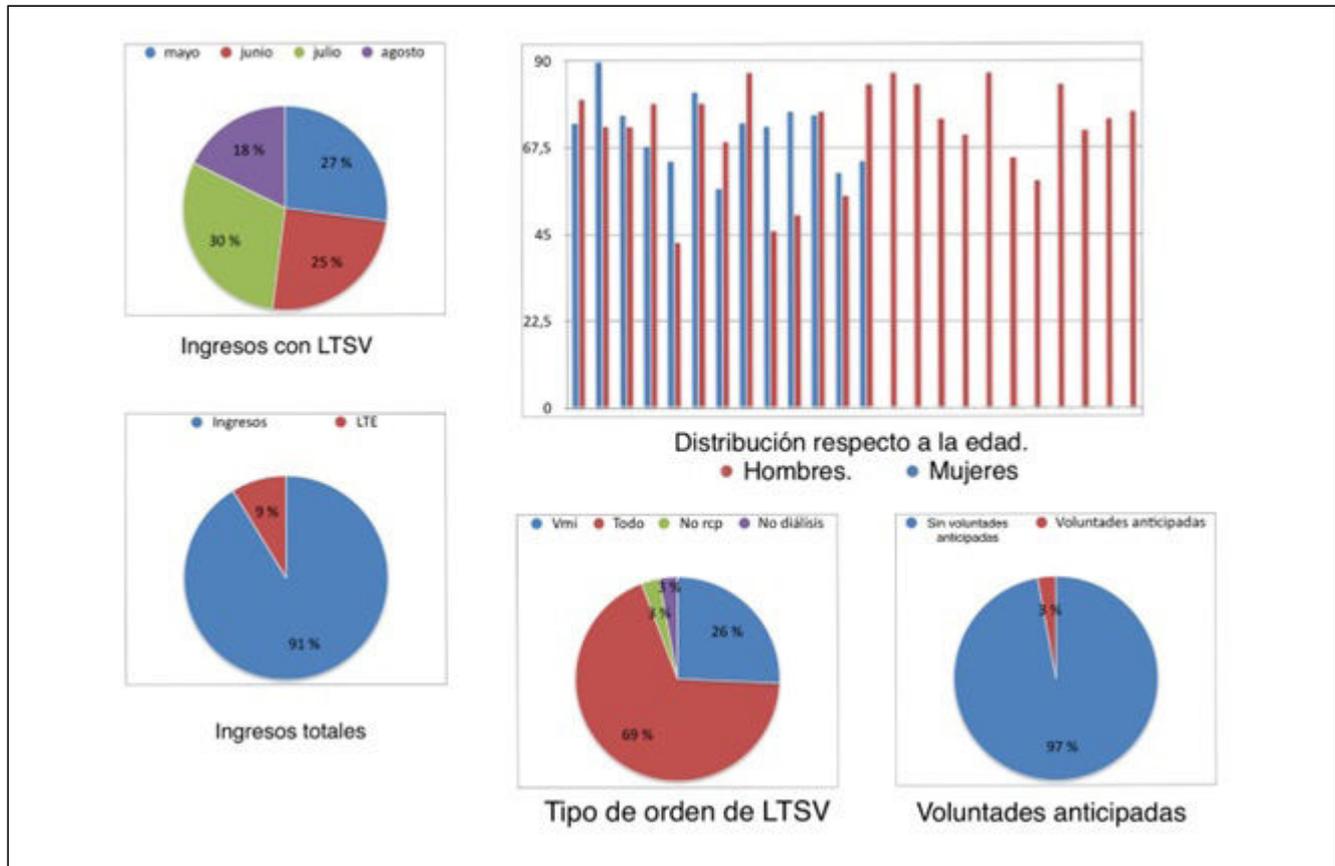


Figura Póster 287

Semana 1	Turno de mañana (8:00-15:00)	Turno de tarde (15:00-22:00)	Turno de noche (22:00-8:00)	TOTAL
POLITRAUMA	3.65 kg	1.20 kg	1.40 kg	6.25 kg
QUEMADO	5.50 kg	7.65 kg	2.15 kg	15.70 kg
PACIENTE MÉDICO	3.30 kg	2.25 kg	1.70 kg	7.25kg

Semana 2	Turno de mañana (8:00-15:00)	Turno de tarde (15:00-22:00)	Turno de noche (22:00-8:00)	TOTAL
POLITRAUMA	1.9 kg	1.55 kg	0.75 kg	4.20 kg
QUEMADO	9.45 kg	0.95 kg	1.60 kg	12.00 kg
PACIENTE MÉDICO	3.00 kg	1.25 kg	0.90 kg	5.15 kg

aprecia la capacidad de mejora en materia de eficiencia energética por la antigüedad del edificio, aunque la mejora en la eficiencia y ahorro no solo se circunscribe a la actualización del equipamiento y aislamiento del edificio, sino también a los hábitos de los propios profesionales. Se mapeó el proceso de gestión material, dispositivos y residuos generados. Por último, se realizaron entrevistas y encuestas al personal para analizar si conocían el proceso de reciclado. En las mediciones iniciales, la cantidad de residuos generados por paciente quemado fue entre 12-15 kg al día por paciente lo que supone el doble de los generados por los pacientes médicos, similares a los pacientes politraumatizados (tabla).

Conclusiones: De las primeras observaciones y mediciones, se puede considerar que con la concienciación se puede mejorar y optimizar el consumo de agua y energía, así como el uso de materiales médicos. Pero también su reducción, reciclado y reutilización. Medir el consumo y los residuos generados hace que se tengan por primera vez valores que permiten compararse y tomar decisiones que tengan impacto directo en la sostenibilidad de la UCI. Lo que no se mide no se puede cambiar.

tenensiva encargado de realizar la valoración de pacientes críticos fuera de la UCI. La función de este equipo consiste: triaje de la llamada, atención inicial, decisión de ingreso o seguimiento en planta optimizando así camas de UCI. Además, se encarga del seguimiento de los pacientes con diagnóstico de síndrome PICS (*Post-Intensive Care Syndrome*) tras su pase a planta, "seguimiento POST-UCI". La activación se realiza por el médico responsable del paciente mediante aviso telefónico (Busca 52142-52141) y consulta telemática en historia clínica (interconsulta).

Resultados: En figura se observan los resultados.

Conclusiones: El aumento progresivo de las valoraciones por parte de la UCI extendida, pone en evidencia la necesidad de un equipo encargado del triaje y manejo inicial del paciente fuera de la UCI en un hospital terciario.

288. EVOLUCIÓN DE LAS LLAMADAS QUE RECIBE LA UCI EXTENDIDA. OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA

Díaz de Antoñana Saenz V¹, Aldunate Calvo S², Zabalza Goya A¹, Mayayo Peralta S³, Llorente Sánchez A¹, Erice Azparren E³, Sanz Granada E¹, Regidor Sanz E¹ y García Parra M¹

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Hospital García Orcoyen, Navarra. ³Clinica Universidad de Navarra, Navarra.

Objetivos: Describir la progresión de las valoraciones realizadas por el equipo de UCI Extendida en el Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se recogió número de atenciones anuales a través de historia clínica informatizada. Periodo de recogida de datos: 01/01/2015 a 31/12/2022. UCI Extendida: equipo de facultativos especialistas de Área de Medicina In-

Pósteres orales

TRAUMATISMOS II

08:30-10:00 h. SALA EXPOSICIONES

289. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA CON EL DIAGNÓSTICO DE POLITRAUMATISMO. REGISTRO RETRAUCI

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Zamora Bazo Á¹, Rivero Darías A¹, Secaduras Arbelo TM¹, Simón Paniello A¹, Domínguez González A¹, Ruíz García MC¹, Ayala Durán R¹ y Conde Déniz PL¹

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

Figura Póster 288



Objetivos: Realizar análisis descriptivo retrospectivo de las características clínicas y demográficas de 806 pacientes registrados en la base de datos RETRAUCI, ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

Métodos: Realizamos recogida de datos retrospectivos de pacientes ingresados con el diagnóstico de politraumatismo y posterior análisis descriptivo de las variables demográficas: sexo, edad, intención del traumatismo, estancia en el Servicio, mecanismo y evolución clínica; así como de las clínicas: RTS e ISS. Estudio realizado con IBM®SPSS®Statistics. Versión 24.

Resultados: Se incluyeron en el período comprendido entre el 30/08/2016 y el 30/11/2022, un total de 806 pacientes, 650 hombres (80,6%) y 156 mujeres (19,4%), con una edad media de 46 (DE 16,35), RTS de 7 (DE 1,19) e ISS de 18 (DE 10,33), con una estancia media en el servicio de 6 días (DE 8,38). El 18,1% de los pacientes presentaron un ISS mayor o igual a 25 puntos. El 92,4% de los pacientes fueron dados de alta a planta, un 3,5% fueron dados de alta a otra UVI, 0,7% de los pacientes dados de alta a domicilio y un 3,4% de *exitus letalis*. Supervivencia de la serie de pacientes de un 96,6% y la supervivencia estimada fue del 91,83% de los pacientes.

Intención	
Tráfico	49.5%
Caída	25.6%
Deportivo	7.1%
Autolisis	5.3%
Agresión	4.2%
Otros no intencional	3.8%
Laboral	2.9%
No determinados	1.6%

Tabla 1. Intención del trauma.

Mecanismo	
Moto	23.7%
Coche	19.4%
Caída accidental	18.6%
Precipitación	17.7%
Atropello	7.3%
Bicicleta	5.7%
Arma blanca	2.7%
Otro Vehículo	1.9%
Golpe con objeto	1%
Otros	2%

Tabla 2. Mecanismo del trauma.

Conclusiones: Destacamos del análisis descriptivo la alta incidencia en hombres respecto a mujeres y de jóvenes. Con un mecanismo del 49,5% debido a vehículos de motor (coche y moto), a la que se está sumando con alta incidencia el patinete eléctrico. Así mismo destacamos la supervivencia de los pacientes ingresados en un 96,6%, superior a la estimada para esta serie de pacientes.

290. CONTROL DE CALIDAD DE LA ASISTENCIA INICIAL DEL TRAUMA GRAVE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Fernández Caro M, Rincón Ferrari MD, Quirós Aguirre C, García Marín M, Amaya Villar R y Ferrete Araujo AM

Hospital de Rehabilitación y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar la calidad de la asistencia inicial de los pacientes traumatizados graves ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital de referencia traumatológico, con el fin de identificar posibles áreas de mejoras.

Métodos: Estudio descriptivo incluyendo todos los pacientes ingresados en UCI durante un año que cumplían criterios de trauma grave [Trauma Score Revisado (TSR) < 12 y/o Injury Severity Score (ISS) > 15]. Se recogía en una hoja de severidad del trauma grave, variables demográficas, mecanismo lesional, escalas de gravedad, estancia en UCI, mortalidad y variables relacionadas con la adecuada atención inicial.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes. El 84% fueron hombres. La edad media fue de 53 años en mujeres y 39 en hombres. El Glasgow Coma Score medio fue de 9, el TSR 10 y el ISS 33. El 51% fueron accidentes de tráfico. La mortalidad intra-UCI fue del 7,7%. Datos de la atención extrahospitalaria: en el 59% se activó el código trauma. En el 98% con sospecha de lesión cervical se colocó collarín rígido. El 54% precisó intubación orotraqueal prehospitalaria. El 12% presentó shock hemorrágico inicial. El 17% precisó activación del protocolo de transfusión masiva. En el 88% de los pacientes con sospecha de sangrado (55%) se administró ácido tranexámico. El 4% precisó reversión de anticoagulación. Con respecto a la atención hospitalaria en urgencias, en el 100% se realizó body TC en las primeras horas. El 18% presentaban fractura de pelvis inestable, colocándose el cinturón pélvico en el 85% de ellos. Con respecto a las primeras 24h en UCI, se neuromonitoreó el 88% de los que tenían indicación. El 27% precisó cirugía ortopédica urgente, 21% neurocirugía y 7% cirugía general por traumatismo abdominal. El 21% presentó fracturas abiertas, recibiendo correctamente antibioterapia profiláctica el 77% y el 100% se trató con reducción de las fracturas en las primeras 24 horas. El 58% de estas fueron de diáfisis femoral.

Conclusiones: La hoja de gravedad del trauma grave es una buena herramienta de control de la calidad asistencial de nuestros pacientes traumatizados graves. En general, la realización del TC y la cirugía precoz se realiza en casi todos los pacientes correctamente. Sin embargo, existen áreas de mejoras en la asistencia inicial, como la adecuada activación del código trauma por los equipos de emergencias extrahospitalaria, el uso adecuado de ácido tranexámico, la administración de antibioterapia en fracturas abiertas o el uso de cinturón pélvico en trauma pélvico.

291. COMPARATIVA DE LOS ACCIDENTES CON VEHÍCULO DE DOS RUEDAS EN MEDIO URBANO

Vallejo de la Cueva A, Urroz Zabalegui M, Rodríguez Trujillo I, García Domelo P, Carrión Esteban M, López Pagoaga RA, Vizcay Iriarte I, Tajadura Alonso J, Legaristi Martínez N y López Llorente E

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

Objetivos: Comparar características demográficas, mecanismo lesional y comorbilidades de los accidentes ocurridos en medio urbano con vehículos de dos ruedas (bici vs. patinete eléctrico vs. moto), prestando atención a su manejo y gravedad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en Urgencias de Hospital de 3º nivel, referencia para 4 × 10⁵ habitantes con equipo multidisciplinar de trauma del 01/01/2021 al 11/09/22. Descripción: Variables categóricas: N/%. Continuas: media ± DE (normal) mediana y rango (no normal). Comparación: categóricas: χ^2 o Fisher. Continuas: ANOVA. IC95%

Resultados: N = 76. Tipo de accidente (N/%) Bici 47/61,8; Patinete 12/15,8; Moto 17/22,4.

Conclusiones: Los varones son más susceptibles a tener accidentes con vehículo de dos ruedas. Los accidentes que predominan en nuestra serie son con bicicleta. Los accidentes con patinete son una nueva entidad como accidente con vehículo de dos ruedas. La población no está concienciada con el uso de casco cuando utiliza patinete eléctrico. Aun cumpliendo con criterio de activación de alta energía, no se identifican

Tabla Póster 291				
Mediana y IQR	Bici	Patinete	Moto	p
Edad	51 (41-65)	39,5 (26-47,25)	50 (36,5-58)	0,17
ISS	12,5 (6,0-17,7)	7,0 (4,0-14,7)	10 (9,0-17,0)	0,40
APACHE II (si ingreso UCI)	8 (5-14)	-	6 (6-8)	-
N/% tipo de accidente				
Comorbilidades				0,43
Ninguna	28 (59,6)	10 (83,3)	14 (82,4)	
AAS/ACO	4 (8,5)	0 (0)	1 (5,9)	
Depresores SNC (OH, opiáceos, BZD)	2 (4,3)	1 (8,3)	0 (0)	
> 60a	10 (21,3)	0 (0)	2 (11,8)	
Dos o más de las siguientes (HTA, DM, EPOC, IRC)	3 (6,4)	1 (8,3)	0 (0)	
Casco sí	21 (44,7)	2 (16,7)	17 (100)	< 0,05
Mecanismo lesional				0,18
Caída	27 (35,5)	8 (10,5)	10 (13,2)	
Atropello	11 (14,5)	3 (3,9)	1 (1,3)	
Colisión	1 (2,6)	1 (1,3)	3 (3,9)	
Exceso de velocidad	7 (9,2)	0	3 (3,9)	
Llegada a Urgencias				0,58
Por sus propios medios	11 (23,4)	1 (8,3)	1 (6,3)	
SVB	23 (59)	7 (17,9)	9 (23,1)	
SVA	13 (27,7)	4 (33,3)	6 (37,5)	
Muerte	1 (1,3)	0	1 (1,3)	0,62
Activación código trauma (atropello de usuario de vehículo de 2 ruedas)				0,45
No	8 (72,7)	2 (66,6)	1 (100)	
Sí, SVA	2 (18,1)	1 (33,3)	0	
Sí, Urgencias	1 (9,0)	0	0	

y no se activa el código trauma. Los accidentes con patinete tienen la misma gravedad que los de moto y bicicleta.

292. COMPARATIVA DE LESIONES Y MANEJO DE ACCIDENTES CON VEHÍCULO DE DOS RUEDAS EN MEDIO URBANO

Vallejo de la Cueva A, Urroz Zabalegui M, Rodríguez Trujillo I, García Domelo P, Carrión Esteban M, López Pagoaga RA, Vizcay Iriarte I, Tajadura Alonso J, Legaristi Martínez N y Elosegui Ruiz de Larrea I

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

Objetivos: Comparar las lesiones principales y manejo terciario de los accidentes en medio urbano con vehículo de 2 ruedas (bici vs. patinete eléctrico vs. moto).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en hospital de 3^{er} nivel, referencia de 4×10^5 habitantes con equipo multidisciplinar de trauma (01/01/2021-11/09/22). Descripción: categóricas: N/%. Continuas: mediana y rango (no normal). Comparación: categóricas: χ^2 o Fisher. Continuas: ANOVA. IC95%.

Resultados: N = 76. Accidente (N/%) : Bici 47/61,8; Patinete 12/15,8; Moto 73/22,4.

Conclusiones: Los accidentes en bicicleta presentaron lesiones predominantemente torácicas. Los de patinete presentaron mayor tendencia a lesiones intracraneales. Los accidentes de vehículos de 2 ruedas requirieron ingreso sin cirugía.

293. ANÁLISIS DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE EN LA ERA POSTPANDEMIA COVID-19

Fernández Caro M¹, Ferrete Araujo AM¹, García Marín M¹, Rincón Ferrari MD¹, El Haddad H¹ y Amaya Villar R²

¹Hospital de Rehabilitación y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla. ²Hospital de Emergencia COVID-19 (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Describir la incidencia, gravedad y evolución clínica de pacientes con traumatismo grave ingresados en una unidad de referencia de cuidados críticos neurotraumatológicos tras la pandemia COVID-19.

Métodos: Estudio observacional descriptivo durante dos años (enero 2021-diciembre 2022) en el que se incluyeron todos los pacientes con criterios de traumatismo grave. Se recogieron variables demográficas, mecanismo lesional, factores precipitantes, severidad del trauma mediante escalas de gravedad, resultados funcionales y mortalidad en UCI y hospitalaria.

Resultados: Entre los 220 pacientes incluidos, 20% fueron mujeres y 80% hombres con una edad media de 52 y 45 años respectivamente. Con

respecto a factores precipitantes: en el 10% de los casos se encontró una relación directa con consumo y abuso de tóxicos. El 21% de mujeres y el 18% de hombres presentaban patología psiquiátrica. La ideación autolítica se objetivó en el 14% y 5% respectivamente. Con respecto al mecanismo lesional, el accidente de tráfico estuvo presente en 46% de los hombres y el 30% de mujeres. Solo hubo 3 accidentes con patinete eléctrico (1,4%). El atropello estuvo presente en el 23% de las mujeres y 5% en hombres. El 3,6% sufrieron agresiones, siendo el 90% hombres. Las precipitaciones supusieron el 25%, la mayoría en ancianos y/o alcohólicos. En el 9% hombres la lesión se produjo en entorno laboral. Con respecto a las escalas de gravedad, el Trauma Score Revisado (TSR) medio fue de 9, el (ISS) medio fue de 31 y el Glasgow Coma Scale (GCS) de 9. El APACHE II medio fue de 15 puntos. El tipo de trauma más frecuente fue el TCE (82%), con una puntuación media según la Traumatic Coma Data Bank de 3. El 23% sufrieron traumatismo raquímedular, de los cuales el 20% sufrieron lesión medular aguda completa (ASIA A). La mortalidad en UCI fue del 14% y la hospitalaria del 20%. Para evaluar los resultados funcionales se utilizó la escala Glasgow Outside Scale (GOSE). Solo el 8% de los pacientes que sobrevivieron quedaron con discapacidad severa (GOSE 3) o estado vegetativo (GOSE 2).

Conclusiones: En nuestra serie, los traumatizados siguen siendo hombres, de edad mediana. Parece observarse un incremento de consumo y abuso de tóxicos, así como de patología psiquiátrica. Sigue siendo el accidente de tráfico el mecanismo más frecuente, tras la pandemia, destacando los atropellos en las mujeres. A pesar de la elevada gravedad de nuestros pacientes, los resultados funcionales y de mortalidad son buenos, posiblemente en relación con la asistencia en centro con UCI neurotraumatológica de referencia.

294. REGISTRO DEL TCE GRAVE EN LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Moreno Quintana J, Macías Guarasa I, Guidetti G, Banderas Bravo ME y Barraso González RM

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

Objetivos: Analizar los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) que ingresan en nuestra Unidad, el manejo inicial de los mismos, su evolución y las posibles complicaciones que tienen durante su estancia en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes con TCE ingresados en UCI desde junio de 2018 a enero de 2022. Analizamos variables epidemiológicas, características generales, manejo inicial y durante su estancia en UCI, así como complicaciones surgidas en su evolución y alta. Expresamos los resultados como porcentajes y media o mediana \pm desviación típica y rango intercuartílico según el caso.

Tabla Póster 292

N/% tipo accidente	Bici	Patinete	Moto	p
Estigma alta energía				0,316
No	11 (23,4)	0 (0)	4 (23,5)	
Amnesia	12 (25,5)	8 (66,7)	3 (17,6)	
Cervicalgia	3 (6,4)	2 (16,7)	0 (0)	
Dolor costal	9 (19,1)	1 (8,3)	4 (23,5)	
FR > 35	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	
Disnea	1 (2,1)	0 (0)	0 (0)	
Enfisema	4 (8,5)	0 (0)	1 (5,9)	
D abdominal	2 (4,3)	1 (8,3)	1 (5,9)	
Estigma dorsal	1 (2,1)	0 (0)	1 (5,9)	
Otros	3 (6,4)	0 (0)	2 (11,8)	
Mediana, IQ				
TAS	126,5 (112,0-150,0)	129,3 (117,7-133,7)	143,5 (130,0-159,5)	0,05
TAD	79,0 (66,0-87,7)	81,0 (78,2-90,0)	90,0 (80,0-98,0)	0,161
FC	79,5 (67,7-95,0)	75,0 (68,0-95)	75,0 (67,7-99,7)	0,428
TAS < 90 + FC > 120 o < 45 + relleno capilar > 3''	1 (1,3)			1
GCS ≤ 14	3 (6,4)	2 (33,3)	1 (16,7)	0,687
Hb	14,6 (13,7-15,0)	14,5 (13,8-15,0)	15,1 (14,7-15,9)	0,181
Rx tórax				0,594
No	36 (47,4)	10 (13,2)		
Fx/enfisema/contusión pulmonar	6 (7,8)	2 (2,6)		
Rx pelvis				0,584
No	40 (52,6)	11 (14,5)	17 (22,4)	
Fx	1 (1,3)	0	0	
BodyTC				0,025
No	11 (14,5)	2 (2,6)	2 (2,6)	
Anormal	33 (43,4)	5 (6,6)	14 (18,4)	
HSA/contusión/hematoma/Fx	11 (17,2)	7 (10,9)	5 (7,8)	0,204
Fx cervical/contusión medular	0	0	1 (1,7)	0,417
Fx costal/neumotórax	24 (42,1)	1 (1,8)	10 (17,6)	< 0,05
Fx columna	9 (16,1)	0	3 (5,4)	0,191
Contusión/laceración/rotura hepática	1 (1,6)	0	2 (3,6)	
Contusión/laceración esplénica	1 (1,6)	0	0	0,336
Contusión/rotura renal	0	0	1 (1,6)	0,632
Fx pelvis	4 (7,0)	1 (1,6)	1 (1,6)	
Hematoma retroperitoneal	4 (7,1)	0	2 (4,3)	
Otras Rx				0,354
Fx EESS	18 (26,5)	3 (4,4)	6 (8,8)	
Fx EEII	3 (4,4)	1 (1,5)	4 (5,9)	
Evaluación 3ª				0,058
Alta	3 (4)	1 (1,3)	0	
UCI	14 (18,7)	0	7 (9,3)	
Planta	29 (38,7)	11 (14,6)	10 (13,7)	
Qx				0,160
Urgente	5 (6,8)	0	0	
Preferente	6 (8,1)	0	6 (8,1)	

Resultados: De un total de 503 politraumatizados que ingresaron en UCI en ese periodo, presentaron TCE un 68,1% (341). 79,1% fueron varones. La media de edad fue de 49,02 ± 18,80. El GSC medio de recogida fue 9,78 ± 4,44. De todos ellos, evolucionaron a muerte encefálica un 10,9%. La lesión encefálica principal fueron focos contusivos 32,2%, hematoma subdural 31,3% y HSA 13%. Los 3 mecanismos lesionales más habituales: caída accidental 37,2%, precipitación 16,7% y accidente de moto 14,7%. Recibieron atención prehospitalaria el 88,9%, siendo intubados en el lugar del accidente el 43,1%. Presentaron PCR extrahospitalaria un 3,2%. Requirieron cirugía urgente el 27%. Craniectomía descompresiva el 12,4%, siendo precoz (en primeras 24 horas) en 76,3%. Requirieron DVE solo un 2,1%. Se colocó sensor de PIC en el 45,5%. La terapia osmolar se usó en el 60,5%, siendo la más frecuente el salino hipertónico, en el 37,6%. Se indujo coma barbitúrico en el 3,8%, con una duración media de 2,82 ± 2,48 días. Precizaron DVA un 51,3% y TCRR un 2,6%. Necesitaron VM un 84,5%, con una media de 9,15 ± 7,30 días conectados. Se realizó traqueostomía en el 31,5%. Durante su evolución presentaron infección nosocomial un 46,9% siendo la más frecuente la NAVM (71,1%). La mediana de estancia en UCI fue de 9 (4-19) y la hospitalaria de 23,5 (10,75-44) días. El GCS medio al alta de UCI 12,76 ± 3,76, presentando daño cerebral severo (GCS < 8) un 23,6%. La mortalidad en nuestra serie fue del 24,7% de la cual, un 20,6% fue en UCI. El GOS score a los 6 meses fue de 2,43 ± 1,42.

Conclusiones: Un registro pormenorizado de todos los TCE que ingresan en una UCI de un Hospital Regional como el nuestro, que es referencia en la provincia, es de vital importancia: ayuda en la toma de decisiones, sirve para evaluar nuestro trabajo comparándolo con el de otros grupos o las guías internacionales, y permite consensuar el tratamiento en los casos más complicados.

295. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE PACIENTES POLITRAUMATIZADOS DE LA UCI DEL HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA

Banderas Bravo ME, Macías Guarasa I, Barraso González RM, Moreno Quintana J y Guidetti G

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

Objetivos: Analizar los pacientes traumatizados que ingresan en nuestra Unidad, el manejo inicial de los mismos y las posibles complicaciones que tienen durante su estancia en UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes traumatizados ingresados en UCI desde junio de 2018 a enero de 2022. Analizamos variables epidemiológicas, características generales, manejo inicial y durante su estancia en UCI, así como complicaciones surgidas en su evolución y alta. Expresamos los resultados como porcentajes y media o mediana ± desviación típica y rango intercuartílico según el caso.

Resultados: Se recogieron 503 enfermos de los cuales un 79,9% fueron varones. La media de edad fue de 47,23 ± 18,40. Presentaron TCE un 68,1%. El GSC de recogida fue ≤ 8 en un 26,04%. De todos ellos, evolucionaron a muerte encefálica un 7,8%. Del total de politraumatizados, presentaron traumatismo maxilofacial un 31,6%, torácico un 43,3%, abdominal un 19,7%, pélvico un 12,1%, raquimedular un 31,9% y de extremidades un 29,4%. Presentaron PCR extrahospitalaria un 3% y se aisló la vía aérea en el lugar del accidente en un 37,6%. Requirieron intervención urgente: de Neurocirugía el 19,5%, Cirugía de tórax 3,4%, Cirugía General 5,8%, CMF 1,8%, fijación columna 2,6%, fijación extremidades 6,8%, fijación de pelvis 2%, embolización en traumas pélvicos

sangrantes 5,6%. Precizaron drogas vasoactivas un 48,7% y técnica de reemplazo renal un 2,8%. Necesitaron VM un 81,1%, con una media de 9,57 ± 8,9 días conectados. Se realizó traqueostomía en el 30%. Durante su evolución presentaron infección nosocomial un 42,5% siendo la más frecuente la NAVM (69,6%). La mediana de estancia en UCI fue de 8 (3-19) y la hospitalaria de 22 (10-40,75) días. La mortalidad en nuestra serie fue del 20% de la cual, un 16,2% fue en UCI.

Conclusiones: Tener una base de datos con todos los politraumatizados que ingresan en una UCI de un Hospital Regional como el nuestro, y que es de referencia para el manejo de este tipo de pacientes en la provincia, es de vital importancia ya que ayuda en la toma de decisiones, sirve para evaluar nuestro trabajo y consensuar el tratamiento en los casos más complicados.

296. INTENCIONALIDAD DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE DURANTE EL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA COVID-19

Fernández Hervás H¹, Barea Mendoza JA¹, Chico Fernández M¹, González Robledo J², Carbayo Górriz C³, Jiménez Moragas JM⁴, Bringas Bollada M⁵, Toboso Casado JM⁶, Monserrat Ortiz N⁷ y Llopart Pou JA⁸

¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca. ³Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería. ⁴Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz. ⁵Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ⁶Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ⁷Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁸Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar las diferencias en la intencionalidad de los pacientes con enfermedad traumática grave durante el período de confinamiento en la pandemia COVID-19.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico de trauma grave. Para este análisis se analizó la intencionalidad del mecanismo traumático en todos los pacientes ingresados por enfermedad traumática grave en las 52 UCI participantes en el período del 15 marzo hasta el 2 mayo de 2020, comparándolo por con el mismo período de los años 2017-2019. Variables cuantitativas como media (DE), mediana (IQR) y variables cualitativas como número (porcentaje). Las comparaciones entre variables categóricas se realizaron con el test de chi-cuadrado o Fisher. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Durante los periodos de estudio ingresaron 327 pacientes (2017), 255 pacientes (2018), 280 pacientes (2019) y se produjo un descenso hasta 50 pacientes en el periodo de confinamiento en 2020. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, consumo de alcohol ni empleo de fármacos antiagregantes y/o anticoagulantes entre los periodos 2017-2019 y 2020. Los pacientes ingresados durante el periodo de confinamiento fueron más graves (Injury Severity Score mediana (IQR) 24 (16-29) vs. 18 (13-25), p = 0,03). En cuanto a la intencionalidad, durante el periodo de confinamiento hubo un mayor porcentaje de intentos autolíticos y menor número de accidentes de tráfico (tabla). Tomamos como confinamiento a nivel estatal desde el 15 de marzo hasta el 2 de mayo, fecha en que se inició la desescalada progresiva.

	2017-2019 (N = 862)	2020 (N = 50)	Valor p
Tráfico	372 (43,2%)	14 (28%)	0,05
Caída accidental	233 (27,0%)	14 (28%)	1,0
Deportivo	56 (6,5%)	3 (6%)	1,0
Agresión	46 (5,3%)	4 (8%)	0,34
Autolisis	47 (5,4%)	7 (14%)	0,02
Laboral	64 (7,4%)	6 (12%)	0,26
Otros	20 (2,3%)	2 (4%)	0,34
Desconocido	23 (2,7%)	0 (0%)	0,63

Conclusiones: Durante el periodo de confinamiento se produjo un mayor porcentaje de intentos autolíticos y menos accidentes de tráfico. Sin embargo, el reducido número de pacientes ingresados en el periodo de confinamiento hace que nuestros resultados deban interpretarse con cautela.

297. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE EN RELACIÓN A LA EDAD Y GÉNERO

Fernández Hervás H¹, Barea Mendoza JA¹, Chico Fernández M¹, García Sáez I², Ballesteros Sanz MÁ³, Pino Sánchez F⁴, Quintana Díaz M⁵, Molina Díaz I⁶, Serviá Goixart L⁷ y Llopart Pou JA⁸

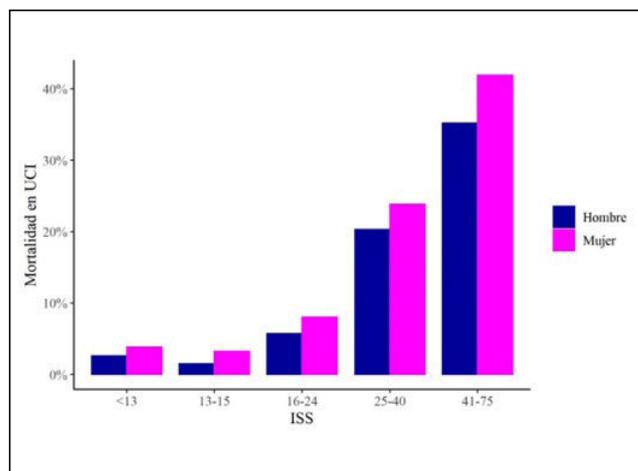
¹Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de las Nieves), Granada. ⁵Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. ⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. ⁷Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁸Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

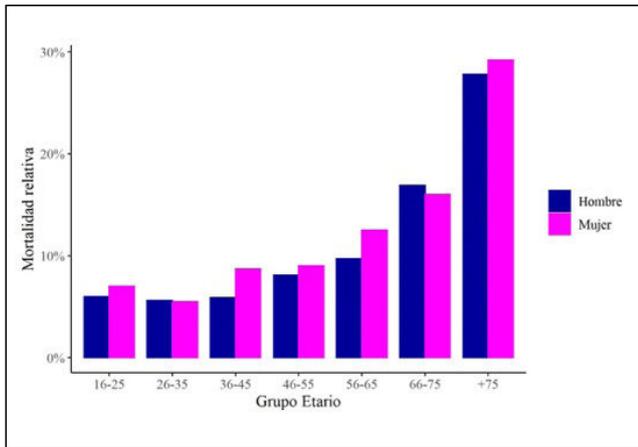
Objetivos: Analizar las diferencias clínico-epidemiológicas de la enfermedad traumática grave en pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en relación a la edad y género.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes de un registro multicéntrico de trauma grave junio 2015-diciembre 2021. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por traumatismo en las 52 UCI participantes durante el periodo reseñado. Variables cuantitativas como media (DE), mediana (IQR) y variables cualitativas como número (porcentaje). Comparaciones variables categóricas con el test de chi-cuadrado o Fisher. Comparaciones variables cuantitativas con el test ANOVA o Kruskal-Wallis. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 12.215 pacientes en las UCI participantes por enfermedad traumática grave. Un total de 9.601 (78,6%) fueron hombres y 2.614 mujeres (21,4%). La mortalidad presentó un patrón ascendente con la edad y gravedad anatómica (evaluada por el Injury Severity Score) en hombres y mujeres (figs. 1 y 2). La mortalidad global en mujeres fue del 14,4% y en hombres del 10,6%, p < 0,001. Las mujeres fueron mayores (edad media 53,5 vs. 47,7 años, p < 0,001), más frecuentemente víctimas de trauma cerrado (95,9 vs. 92,9%, p < 0,001) y tuvieron mayor ISS (mediana (IQR) 17 (10-25) hombres vs. 17 (12-25) en mujeres, p = 0,001). Existen además diferencias en la intencionalidad del traumatismo, con un mayor porcentaje de caídas accidentales e intentos autolíticos en mujeres y de accidentes deportivos, agresiones y accidentes laborales en hombres (tabla).

	Hombre (N = 9.601)	Mujer (N = 2.614)	Valor p
Tráfico	4.056 (42,2%)	1.149 (44,0%)	0,122
Caída accidental	2431 (25,3%)	860 (32,9%)	< 0,001
Deportivo	628 (6,5%)	82 (3,1%)	< 0,001
Agresión	575 (6,0%)	74 (2,8%)	< 0,001
Autolisis	479 (5,0%)	303 (11,6%)	< 0,001
Laboral	929 (9,7%)	33 (1,3%)	< 0,001
Otros	307 (3,2%)	79 (3,0%)	0,695
Desconocido	183 (1,9%)	29 (1,1%)	0,007





Conclusiones: La mortalidad global fue mayor en mujeres, probablemente en relación a la superior edad, al mecanismo lesional cerrado y a una mayor gravedad del traumatismo. Se detectaron diferencias significativas en cuanto a la intencionalidad del mecanismo causal entre hombres y mujeres.

298. INSTAURACIÓN DEL CÓDIGO TRAUMA MEDIANTE LA HERRAMIENTA LEAN HEALTHCARE

Ballesteros Sanz MÁ¹, López Sánchez M¹, Ruiz Ruiz A¹, Andrés Gómez M¹, Flor Morales V¹, Pérez Aguilar MD¹, Fernández Santiago R¹, Martín Merino L², Iglesias Oliva L¹ y Fariñas Álvarez MC¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ²Gerencia de Atención Primaria, Cantabria.

Objetivos: Rediseñar el proceso de atención a los pacientes con enfermedad traumática grave incorporando la cultura Lean Health Care y orientándolo hacia la mejora continua

Métodos: Ámbito: hospital universitario de tercer nivel. Alcance: preaviso 061 hasta alta hospitalaria. Duración proyecto: octubre 2021-mayo 2022. Se creó un grupo de trabajo con los servicios implicados, Unidad de calidad y dirección hospitalaria. Se usó la metodología DMAIC (Define, Measure, Analyze, Improve, Control) y herramientas Lean: Value Stream Mapping, 5 Whys, A3, Patient Journey Map y matriz de priorización. Se realizaron 10 workshops de 90 min con 43 participantes. Los “wastes” identificados se priorizaron mediante matriz de riesgos. Se seleccionaron las oportunidades de mejora (OM) y se construyó un A3 de seguimiento con cada una de ellas. Se elaboró el nuevo proceso del Código Trauma, cuadro de mando y registro específico en historia clínica electrónica. Se implantó el 1 de abril. Se monitorizaron incidencias y análisis de casos, realizándose cambios tras reevaluación.

Resultados: Se analizaron 3 subprocesos: preaviso 061-recepción, atención diagnóstica-terapéutica y evolución. Se identificaron 138 “wastes”, se priorizaron y se seleccionaron 12 OM destacando formación, criterios activación, sistema de preaviso-aviso, ubicación inicial, transferencia de información, variabilidad clínica y coordinación UCI-S^o quirúrgicos-planta. Se presentan las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión (desviación estándar DE) y las categorías mediante valor absoluto y porcentaje. Desde julio-diciembre 2022: 60 activaciones; edad 51,4 años (DE 5). 43,3% prioridad rojo (recibidos directos UCI). En el 4% de los casos no cumplía criterios de activación. Las incidencias detectadas se focalizan en transferencia de información no adecuada, seguimiento en planta no coordinado y propuesta de activación del código en otras áreas sanitarias de la comunidad autónoma (hubo otros 40 casos de trauma grave trasladados tras valoración en hospital comarcal). Mortalidad global 8,7%. Mortalidad 16% en los casos priorizados rojos, aconteciendo el *exitus* en las primeras 48 horas, en la mitad de ellos.

Conclusiones: La cultura Lean Healthcare resultó clave en la comunicación y trabajo en equipo de todos los profesionales implicados, permitiendo rediseñar el proceso de asistencia a la enfermedad traumática grave, en la que Medicina intensiva participa de modo activo. La reevaluación y revisión periódica acorde al enfoque de la mejora continua, es la fase en la que nos encontramos en el momento actual.

299. REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (CMI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA (HUD)

Duran Suquia M

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

Objetivos: Conocer y visualizar la repercusión que ha tenido la pandemia desde el 2017 hasta el 2021 en el manejo del paciente politraumatizado.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo mediante la realización de una base de datos con los pacientes politraumatizados ingresados en CMI del HUD. La base de datos se ha fundamentado en el “Registro de Trauma en UCI” (RETRAUCI) que consta de 6 ítems principales: datos generales y epidemiológicos, codificación de lesiones, índices de gravedad, recursos, complicaciones y evolución.

Resultados: Durante los años 2017-2021 han ingresado 881 pacientes politraumatizados en CMI del HUD, siendo el 80,6% varones con una edad media de 51 años. Los años previos a la pandemia (2017-2020) se ha mantenido un número de ingreso estable con una media de 184 ingresos al año, siendo el 2021 el año con menor ingreso (142). En lo que a la gravedad de los pacientes se refiere, el “Injury Severity Score” (ISS) se ha mantenido estable, con una media 19,31 durante los años 2017-2020 y 19,51 el 2021. Por último, la media de la mortalidad en los años 2017-2020 ha sido 10,72% y 14,08% el 2021.

Conclusiones: La pandemia ha tenido un impacto claro en el número de ingresos de los pacientes politraumatizados en el servicio de CMI del HUD, sin provocar un aumento en la gravedad ni mortalidad, por la sobrecarga asistencial que ha supuesto atender a los pacientes con infección por coronavirus.

300. TRAUMA POTENCIALMENTE GRAVE: PERFIL DEL PACIENTE

García Godes M, Muñoz Mingarro Molina D, de Abreu Ramírez A, Marín Raez R, González Fernández O, Pozuelo Etchegaray I, Fernández Tajuelo R, Fernández Rodrigue L y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El trauma potencialmente grave es el que no presenta alteración en constantes, pero con impacto de alta energía, lesiones sugerentes, o factores de riesgo que puedan provocar respuesta anómala al trauma. Cuando hay lesiones graves asociadas la rápida detección es vital en la resolución. Nuestro objetivo es recordar la importancia de la atención inicial en el trauma potencialmente grave, describiendo las características de los pacientes recibidos en el Hospital Ramón y Cajal como trauma potencialmente grave en 2021.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional descriptivo. Todos los pacientes que acudieron al Hospital Ramón y Cajal durante el 2021 clasificados en triaje como traumatismo potencialmente grave, atendidos en la Sala de Emergencias de Urgencias por Medicina Intensiva. Datos demográficos, comorbilidades, mecanismos lesionales, necesidad de ingreso hospitalario o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), lesiones detectadas, y actuaciones urgentes en primeras horas.

Resultados: 289 pacientes durante el periodo, 73% hombres, edad media 53,2. El 3,8% anticoagulados, el 3,8% antiagregados, y el 2,1% trastornos de coagulación. 101 pacientes requirieron ingreso hospitalario (34,9%), de los cuales 77 requirieron ingreso en UCI (26,6%). Los mecanismos lesionales fueron precipitación (16,7%), accidente coche (28,1%), accidente moto (29,9%), accidente bicicleta (8,1%), accidente monopatin o patinete (1,4%), atropello (9,6%), accidente caballo (1,1%), agresión (1,5%), arma de fuego (0,4%), arma blanca (3,2%). 30 pacientes no presentaron lesiones. Las lesiones detectadas fueron en 54 pacientes craneales (hemorragia subaracnoidea (28), hematoma subdural (22), epidural (7), intraparenquimatoso (15), fracturas craneales (24), faciales 14), 81 ortopédicas (fracturas miembros cerradas (52), abiertas (6), luxaciones miembros (9), fracturas vertebrales no cervicales (23)), torácicas 62 (fracturas (30), neumotórax (20), hemotórax (10), contusión pulmonar (14)), abdominopélvicas (lesión órgano sólido (17), lesión urinaria (2), fractura pélvica (2), sangrado arterial (5), hemoperitoneo (6)) y cervicales 23 (lesión medular (3), vertebral (21)). 22 presentaron inestabilidad hemodinámica en la atención inicial, 26 requirieron cirugía urgente, 7 embolización, 13 transfusión (3 masivas). 2 fallecimientos. 11% requirió intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones: La atención inicial minuciosa a politraumatizados potencialmente graves supone la detección de alto porcentaje de pacientes subsidiarios de UCI, o necesidad de intervención urgente.

301. VALORACIÓN DE LA MORTALIDAD TRAUMÁTICA PRECOZ MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA POSTMORTEM

Orejón García L, Ibáñez Sanz L, Valiente Fernández M, Delgado Moya FDP, Gutiérrez Gutiérrez J, Barea Mendoza JA, Martínez Chamorro ME, Borrrel Nacenta S, Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Determinar las causas de mortalidad precoz por trauma mediante tomografía computarizada *postmortem* (TCP). Como objetivos secundarios: analizar mortalidad evitable así como la malposición de dispositivos médicos y su posible contribución al *exitus*.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y prospectivo, realizado en pacientes fallecidos de forma consecutiva por trauma desde 2022 a 2023. Se incluyen pacientes que fallecen durante la atención inicial a los que se les realizó una TCP de cuerpo completo, basal sin administración de contraste intravenoso y sin retirada de dispositivos médicos. Se requirió consentimiento familiar para la inclusión. Se excluyeron: tiempo desde el *exitus* hasta la realización de TCP superior a 4 horas y aquellos pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos donde se evidencia la causa de la muerte. Se recogieron variables demográficas así como escalas de gravedad y supervivencia. La causa de la muerte se estableció en sesión conjunta tras la revisión de las imágenes y de la historia clínica. La mortalidad evitable se definió como un Injury Severity Score < 20 o Trauma Related Injury Severity Score (TRISS) > 50%.

Resultados: Se incluyen 5 pacientes, 100% varones, edad media 45 años (DE = 18) El mecanismo lesional fue: moto (40%), precipitación (40%) y arma de fuego (20%). La mediana de ISS fue 50 (25-65). Se identificó la causa probable del fallecimiento en el 80% de los casos. No se observó malposición de dispositivos. Hubo un caso de mortalidad evitable. Los resultados se muestran en la tabla.

	ISS	TRISS	Causa de la muerte
Caso 1	50	0,1%	Fractura distracción D1-D2: Sospecha sección medular completa Trauma torácico complejo: hemo/neumotórax Pelvis inestable bilateral
Caso 2	75	0,6%	Rotura aorta descendente
Caso 3	38	40%	Laceración hepática con afectación hiliar
Caso 4	54	35%	Trauma torácico complejo: hemo/neumotórax Pelvis inestable
Caso 5	12	98%	Sin hallazgos que justifiquen el <i>exitus</i>

Conclusiones: La TCP puede servir para determinar la causa de la muerte en pacientes traumáticos siendo útil en el estudio epidemiológico de la mortalidad traumática precoz. Su aplicación puede ser una herramienta que permita mejorar los registros de trauma e implementar mejoras en los protocolos de atención de dichos pacientes.

302. EPIDEMIOLOGIA DEL PACIENTE TRAUMATIZADO GRAVE EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

García Gómez IG, Moratalla Cecilia G, Giraldez Vázquez E y Gordillo Resina MM

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

Objetivos: Análisis del paciente crítico ingresado en la unidad de cuidados críticos del HUVV.

Métodos: Estudio de diferentes variables registradas en la base del Trauma Grave en la última década, desde 2011 que se implanta el protocolo del paciente politraumatizado grave en nuestro centro hasta diciembre 2021. Incluye variables demográficas: género y edad; relacionadas con el accidente: tipo, lesión principal, TSR, derivación a hospital útil; y sobre manejo: trasfusión de hemoderivados, destino intrahospitalario y situación al alta entre otros. Con ellas realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos.

Resultados: Tenemos un total de 361 casos registrados (n: 361). En cuanto a las variables demográficas el 78% de los pacientes son varones, frente al 22% mujeres. La media de edad de la muestra es de 46 ± 17,88 años. El tipo de accidente más frecuente es el de tráfico (55%), seguido de precipitación (20%). En el 49,7% de los casos la atención inicial del paciente fue brindada por el 061, seguido con un 41% de DCUU. Pese a tratarse de pacientes politraumatizados graves, 6,7% acudieron al centro hospitalario por medios propios. En el 34% la lesión principal es torácica, seguida de abdominal 18% y TCE 16%. Destacar que no disponemos de servicio de Cirugía torácica ni Neurocirugía, pero los traumatismos de esta índole que permanecieron en nuestro hospital no precisaron de cirugía y los TCE eran leves. El 71% presentaban TSR inicial 12, solo 3% presentaba TSR < 7. El valor de TSR a su llegada al hospital es mayoritariamente 12, coincide con el TSR inicial. Se produjo la activación del código trauma en un 58%. El 81% fueron trasladados por los servicios de emergencia extrahospitalaria a hospital útil. Solo el 22% llegó en situación de *shock* a Críticos. El 42% precisó de trasfusión de hemoderivados a lo largo de su ingreso hospitalario. Tras valoración en Críticos el 54% ingresó en UCI, el 19% fue a quirófano y un 27% permaneció en área de observación por menor gravedad y/o a la espera de cama en UCI. De todos los pacientes un 42% precisó cirugía durante ingreso. Falleció a lo largo de la estancia un 12% de los pacientes.

Conclusiones: El paciente politraumatizado grave sigue siendo varón menor de 50 años y secundario a accidente de tráfico, con lesión principal torácica o abdominal. Nuestros pacientes presentan baja gravedad a su llegada al centro hospitalario. Un porcentaje bajo de ellos ingresan en situación de *shock* y/o con necesidad de cirugía emergente/urgente. La implantación del protocolo del trauma grave ha permitido mayor activación del código trauma año tras año.

303. CRISIS MIGRATORIA ENTRE OLAS DE CORONAVIRUS

Padrón Espinosa P, Argüeso García M, Blanco López JJ, Ortega Cámara JE y Ramos Díaz M

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Durante los dos últimos años ha aumentado el número de inmigrantes africanos que llegan a las costas canarias en situación crítica. Las condiciones extremas del viaje, la mala evolución clínica y la elevada mortalidad, los han convertido en un reto para las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Estos pacientes presentan signos de hipotermia severa, deshidratación, hipernatremia y *shock* con fracaso multiorgánico, todos ellos condicionando un mal pronóstico y una alta mortalidad. El objetivo de este estudio es determinar parámetros predictores de mala evolución clínica y de mortalidad de los inmigrantes africanos.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde octubre de 2020 hasta diciembre de 2021 donde se incluyeron a todos los inmigrantes africanos ingresados en UCI. Se compararon dos grupos, fallecidos (Grupo 1) y supervivientes (Grupo 2). Se compararon diferentes variables en las primeras 24 horas de ingreso: datos epidemiológicos, analíticas, complicaciones y escalas de gravedad. La mala evolución clínica se determinó por los días de ventilación mecánica, días de estancia hospitalaria y en UCI y la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron un total de 30 inmigrantes africanos. La mortalidad se relacionó con una baja puntuación en la Escala de Coma de Glasgow (p < 0,015) y la necesidad de intubación y ventilación mecánica invasiva (VMI) (p < 0,03) en la primera asistencia médica. A su llegada a puerto, una temperatura corporal baja se relacionó con una mayor mortalidad (p < 0,018), al igual que la aparición de complicaciones como el edema cerebral (p < 0,007) y el uso de terapia de reemplazo renal continua (p < 0,05), así como los niveles de lactato, dímero D e INR en las primeras 24 horas. Se objetivaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la natremia al alta de UCI y la osmolaridad. Además, existieron peores resultados clínicos en pacientes con mayor puntuación en las escalas de gravedad al ingreso (SOFA y APACHE II).

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra el estado crítico en el que los inmigrantes arriban a las costas canarias, y el importante desafío que esto supone para la asistencia sanitaria. El tratamiento y vigilancia estrecha de la hipotermia severa, la alteración del nivel de consciencia, la coagulopatía y la necesidad de VMI son esenciales para mejorar la supervivencia de los inmigrantes africanos.

Figura Póster 303

	Grupo 1 (Fallecidos)	Grupo 2 (Supervivientes)	P
Asistencia inicial			
Glasgow	5 ± 3	9.6 ± 4.4	0.015
IOT+VM	100%	56.5%	0.038
Primera temperatura	31 ± 2.63	34 ± 2.67	0.018
Ingreso UCI			
Lactato	4.5 ± 2.5	2.5 ± 1.5	0.015
Dímero D	46870 ± 58628	7825 ± 8430	0.004
INR	2 ± 0.6	1.54 ± 0.3	0.022
Alta UCI			
Osmolaridad	386.6 ± 39	341.6 ± 33.6	0.006
Niveles de sodio	161 ± 16.6	147.6 ± 13.1	0.001
Complicaciones			
TRRC	55.6%	44.4%	0.050
Edema cerebral	100%	0%	0.007
SCORES			
APACHE	25.86 ± 6.5	17 ± 8.2	0.014
SOFA	12.57 ± 2.2	6.57 ± 3.6	0.00

Pósteres orales

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS IV 08:30-10:00 h. SALA POLIVALENTE

304. INFECCIONES INTRAABDOMINALES: CONOCER LA EPIDEMIOLOGÍA Y PERFILES DE RESISTENCIA MÁS HABITUALES DE NUESTRA ZONA PARA TRATAMIENTOS EMPÍRICOS MÁS APROPIADOS. PUNTOS DE MEJORA EN NUESTRO HOSPITAL

Brito Piris JA, Garrido Benedicto P, Rovira Anglés C, Vallverdú Perapoch I, García Mañosa E, Barahona I, Pinos A, Malpica K, Urgelés Puy S y Viviani A

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: La elección de un tratamiento antibiótico empírico adecuado depende de varios factores interrelacionados, como la epidemiología de la zona, las colonizaciones más frecuentes, la situación clínica, factores de riesgo de multiresistencia y comorbilidades. Analizamos los resultados de los cultivos microbiológicos de vigilancia de la UCI y los aislamientos de gérmenes obtenidos en las muestras analizadas.

Métodos: Estudio retrospectivo y analítico de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de 20 camas desde enero de 2018 hasta octubre de 2022 con infección intraabdominal de diferentes etiologías. Se obtiene una muestra de 173 pacientes. Analizamos los resultados de los cultivos de colonización (frotis faríngeo y rectal según protocolo) agrupándolos en comunitarios o nosocomial (> 48 horas de ingreso). Se describen los mecanismos de resistencia aislados en las muestras de líquido intraabdominal durante la cirugía. Analizamos los antibióticos empíricos y los puntos de mejora tras analizar los resultados. Se presentan las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas con media y desviación estándar.

Resultados: Sobre nuestra población de 173 pacientes se analizan los mecanismos de resistencia en: 1. Colonizaciones 18/173 (10,4%): nosocomiales 15/18 (8,7%) (6/22 *E. coli* BLEE, 2/22 SAMR, 2/22 *Pseudomonas* spp. MR, 5/22 (%) enterobacterias AmpC); comunitarias 3/18 (1,7%) (2/22 *E. coli* BLEE, 1/22 SAMR). Infecciones por gérmenes resistentes 8/173 (4,6%): nosocomiales 6/8 (3/8 *E. coli* BLEE, 1/8 *E. cloacae* AmpC, 2/8 *Pseudomonas* spp. resistentes a PIP-TZ); comunitarias 2/8 (1/8 *E. cloacae* resistentes a cefalosporinas y ertapenem, 1/8 *Pseudomonas* spp. resistentes a ceftazidima). En cuanto a la correlación entre las colonizaciones y los hallazgos de los cultivos se obtuvo 2/18 (11,1%) en

el ámbito nosocomial. Los tratamientos antibióticos más utilizados, expresados como media de días de tratamiento por episodio: PIP-TZ 5,1 (± 2,9), fluconazol 6,3 (± 4), meropenem 4,77 (± 3), linezolid 4,4 (± 3) e imipenem 5,1 (± 2). Los de menor espectro, ciprofloxacino 5,5 (± 2) y ceftriaxona 3,4 (± 2).

Conclusiones: Obtenemos un 1,73% de resistencia en colonizaciones comunitarias y un 8,7% para el ámbito nosocomial. Las infecciones por gérmenes resistentes suponen 4,6%. Con estos resultados podríamos plantear coberturas antibióticas empíricas de menor espectro especialmente, en pacientes procedentes de la comunidad. Otro motivo de mejora supondría la vigilancia activa de portadores de GMR en las plantas de hospitalización.

305. INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS SANITARIOS EN PACIENTES CRÍTICOS CON Y SIN COVID-19

Valverde Montoro A¹, Sainz Rodríguez R², Sánchez Morón G¹, Barrueco Franconi JE¹ y Herrera Gutiérrez ME¹

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Comparar las características y evolución de las infecciones asociadas a cuidados sanitarios adquiridas en la UCI en pacientes con COVID-19 y no COVID.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo que incluye 538 pacientes no COVID de abril a junio de 2019 y 44 pacientes COVID de abril a junio de 2020, 2021 y 2022. Evaluamos las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y el resultado de los pacientes con bacteriemia relacionada con catéter (BRC) e infección del tracto urinario asociada a sonda vesical (ITU-SV). Los datos se presentan como media y desviación estándar (DE) o como porcentajes (%) según corresponda. Las variables se compararon mediante la prueba t de Student o chi-cuadrado según procediera.

Resultados: 434 (80,66%) pacientes no COVID y 44 (100%) COVID portaban catéter vascular. 467 (86,8%) pacientes no COVID y 44 (100%) COVID llevaron sonda vesical. Las características demográficas y clínicas se muestran en la tabla 1. Los pacientes con COVID eran significativamente más jóvenes, más inmunocomprometidos y estaban hospitalizados más días en la UCI. Las BRC e ITU-SV se diagnosticaron más en pacientes COVID que en los no COVID (4,5 vs. 0,46%; p 0,009 y 11,4 vs. 0,43%, p < 0,001). La densidad bruta de incidencia en pacientes COVID-19 con BRC fue de 3,75/1.000 días con catéter venoso y para aquellos con ITU-

Figura 1 Póster 305

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

Parámetros	No-COVID (n=538)	COVID (n=44)	Valor de p
Demográficas			
Edad media (DE)	60,83 ± 15,35	55,91 ± 15,92	0,023
Sexo (n (%) femenino)	220 (40,89%)	16 (36,4%)	0,275
Comorbilidades			
APACHE II (DE)	12,90 ± 8	14,11 ± 6,57	0,114
Diabetes	134 (24,9%)	13 (29,5%)	0,237
Enfermedad renal crónica	60 (11,15%)	5 (11,4%)	0,459
Inmunosupresión	42 (7,81%)	10 (22,7%)	<0,001
Neoplasia maligna	91 (16,91%)	11 (25%)	0,076
Trasplantados	5 (0,93%)	6 (13%)	<0,001
Cirrosis	17 (3,15%)	2 (4,5%)	0,298
Características en UCI			
Ventilación mecánica	268 (49,81%)	23 (52,3%)	0,372
Catéter venoso central	434 (80,66%)	44 (100%)	0,193
BRC	2 (0,46%)	2 (4,5%)	0,009
Sonda vesical	467 (86,8%)	44 (100%)	0,132
ITU-SV	2 (0,43%)	5 (11,4%)	<0,001
Estancia en UCI (DE)	6,1 ± 6,48	12,23 ± 9,85	<0,001
Mortalidad en UCI	61 (11,34%)	20 (45,5%)	0,371

SV fue de 9,39/1.000 días con sonda vesical. Por otro lado, en aquellos pacientes no COVID-19 fueron 0,87/1.000 y 0,83/1.000 días de catéter venoso y urinario respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las densidades de incidencia. Los pacientes con COVID-19 tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar BRC (OR 10,28, IC95%: 1,41 a 74,90; p 0,0214) e ITU-SV (OR 31,41, IC del 95%: 5,89 a 167,51; p 0,0001) que los no COVID. La distribución de microorganismos se muestra en la tabla 2. La mortalidad en COVID con BRC fue mayor (2 (100%) vs. 0 (0%); p 0,201) que sin BRC y para ITU-SV también fue mayor (3 (60%) vs. 2 (40%); p 0,411) que sin ITU-SV.

Tabla 2. Distribución de los microorganismos aislados.

Microorganismos	COVID/no-COVID	BRC	ITU-SV
Cocos gram positivos			
<i>Staphylococcus aureus</i>	3/0	1/0	3/0
<i>Enterococcus faecalis</i>	3/0		3/0
Bacilos gram negativos			
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1/0	1/0	
<i>Escherichia coli</i>	1/0		1/0
<i>Polyporus mikabiti</i>	1/0		1/0
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0/2		0/2

Conclusiones: La COVID-19 es un riesgo para desarrollar BRC e ITU-SV aunque esto no ha mostrado diferencias significativas en la mortalidad. Se necesitan más estudios para identificar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de estas infecciones entre pacientes con COVID-19.

306. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL ANTÍGENO DE *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN LCR PARA EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS NEUMOCÓCICA GRAVE EN ADULTOS

Lorencio Cárdenas C¹, González Londoño J², Horta Puig AM¹, Morales Pedrosa M², Clapés Sánchez E¹, Torralba Calero M¹, Sánchez Ginés A¹, Taché Sala A¹ y Murcia Gubianas C¹

¹Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²Hospital de Santa Caterina, Girona.

Objetivos: La meningitis aguda, a pesar de no ser muy prevalente en adultos, presenta una elevada morbimortalidad, constituyendo en muchos casos una emergencia neurológica que puede requerir ingreso en UCI. Una de las etiologías más frecuentes es el *Streptococcus pneumoniae* (neumococo). Es importante realizar el diagnóstico etiológico precoz para administrar un tratamiento dirigido y establecer el pronóstico. Nuestro objetivo es determinar la sensibilidad y especificidad de la detección de antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en LCR en el diagnóstico de la meningitis neumocócica grave en adultos ingresados en UCI.

Métodos: Se recogen muestras de LCR de pacientes críticos ingresados en una UCI de 18 camas polivalentes de un hospital universitario de 3r nivel. La punción lumbar y el análisis del LCR se realizó para el estudio de diversas patologías relacionadas con el sistema nervioso central, infecciosas o no. En todos los casos se solicitó antígeno de neumococo en LCR por inmunocromatografía (test de Binax NOW®). Se analizaron los resultados de esta prueba, el cultivo del LCR, la tinción de Gram y la detección de PCR de neumococo en LCR. Se consideraron meningitis neumocócicas aquellos casos compatibles clínicamente y con cultivo del LCR positivo para neumococo y/o PCR de *Streptococcus pneumoniae* positiva en LCR.

Resultados: Se recogieron un total de 269 muestras de LCR. 38 presentaron antígeno de neumococo +. De estos 38, en 37 se confirmó el diagnóstico de meningitis neumocócica y en 1 de meningitis meningocócica. De las 231 determinaciones de antígeno de neumococo-en LCR, en 45 casos fueron diagnosticados de meningitis infecciosa y en 186 de no

meningitis. De los negativos, no hubo ningún caso de meningitis neumocócica. La sensibilidad del Ag de neumococo en LCR para el diagnóstico de meningitis neumocócica fue del 100%. La especificidad del Ag de neumococo en LCR para el diagnóstico de meningitis neumocócica fue del 99,5%. El valor predictivo negativo (VPN) del Ag de neumococo en LCR para descartar la meningitis neumocócica fue del 100%. El valor predictivo positivo (VPP) del Ag de neumococo en LCR para el diagnóstico de meningitis neumocócica fue del 97,4%.

Conclusiones: En nuestra serie de análisis de 269 LCR en adultos críticos, la sensibilidad y especificidad de la prueba de detección de antígeno de *Streptococcus pneumoniae* en LCR por inmunocromatografía fue muy elevada, al igual que el VPP y el VPN. La fiabilidad de este test rápido, sencillo y económico, permitiría retirar aislamientos innecesarios, dirigir más específicamente el tratamiento y establecer un valor pronóstico de la enfermedad.

307. ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON VORICONAZOL EN LA ASPERGILOSIS PULMONAR ASOCIADA AL SARS-CoV-2 (CAPA)

Serra Sánchez C, Cortés Díaz S, Sanmartino González C, Beltrán Bernáldez R, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Ochoa Sangrador C, Monge Donaire D, Tejero Pedregosa A y Tarancón Maján C

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

Objetivos: Principal: valorar la adecuación del voriconazol en críticos con CAPA en base a parámetros farmacodinámicos (pD). Secundarios: valorar el seguimiento de niveles en sangre de voriconazol. Describir la adecuación del fármaco en base a su dosificación estándar recomendada.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, se incluyeron todos los pacientes con CAPA tratados con voriconazol en los que se realizaron determinaciones de los niveles sanguíneos con el fin de adecuar el tratamiento en base a parámetros pD en UCI del HVC. Periodo de estudio entre el 1 de enero 2020 y el 31 de diciembre 2022. Los datos se obtuvieron de las bases de: UCI, Análisis Clínicos y Microbiología del CAZA. El análisis estadístico se realizó con Excel y SPSS 24.0.

Resultados: Se analizaron un total de 156 determinaciones de niveles de voriconazol. De los casos analizados, 136 (89,1%) presentaron determinaciones sanguíneas de voriconazol y en el 10,1% restantes fueron indetectables. El rango terapéutico se estableció entre 3 y 6 mg/L. En el análisis global encontramos: 69% en rango, 21% en rango tóxico y 10% indetectables. En el análisis secuencial realizado semanalmente encontramos: En la primera determinación, realizada el tercer día de tratamiento con voriconazol un 43,2% (IC95%: 28,5-57,8) estaban en rango terapéutico, el 38,6% presentaba niveles bajos, y el 18,2% restante estaban en rango tóxico. En la segunda determinación, tras las variaciones de dosificación en base a criterios pD, el 33,3% (IC95%: 16,5-50,2%) se encontraban en rango, el 43% presentaban niveles bajos y 23,3% restante estaban en rango tóxico. De forma conjunta a partir de la tercera determinación, el 33,3% (IC95% 16,5-50,2%) se encontraban en rango, el 43% presentaban niveles bajos y 23,3% restante estaban en rango tóxico.

Conclusiones: La biodisponibilidad del voriconazol en el paciente crítico resulta impredecible. Un 10% presentan concentraciones séricas indetectables (resultados similares a los publicados). Solo un 43,2% consiguen niveles terapéuticos óptimos en sangre en la primera determinación. Tras los ajustes oportunos, disminuye de forma progresiva la posibilidad de dosificar de forma adecuada el voriconazol permaneciendo la mayoría de los pacientes con dosis infra terapéuticas. Este retraso o imposibilidad de conseguir la dosis terapéutica adecuada supone un alto riesgo para los pacientes por la alta mortalidad del CAPA. La mejor opción es la doble terapia hasta la obtención de datos farmacodinámicos óptimos y valorar el uso de isavuconazol cuando no se consiga la dosis adecuada.

308. CORTE DE PREVALENCIA DE GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES Y ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SU ADQUISICIÓN A PROPÓSITO DE BROTES INTRAHOSPITALARIOS DE CANDIDA PARAPSILOSIS MULTIRRESISTENTE EN EL ÁREA SANITARIA

Albis Guimet A, Rodríguez López M, Clivellé Abad R, Horvath Ruíz L, Popoviciu Koborzan MR y Mas Serra A

Hospital de Sant Joan Despi Moisès Broggi, Barcelona.

Objetivos: Dado el aumento de incidencia de gérmenes MR en las UCI del territorio y la reciente alarma por aislamientos de *Candida parapsilosis* MR, se realizaron cortes de prevalencia para determinar tasa de pacientes que podrían ser potencialmente portadores de SARM, BGN MR y *Candida* MR y así poder determinar en qué grado la población de nuestra área es susceptible de ser portadora de dichos microorganismos para revisar el protocolo de control y portadores de nuestra unidad. También se analizaron variables para determinar posibles factores de riesgo que se relacionaran con la colonización por dichos microorganismos tanto antes como durante el ingreso en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Inclusión: pacientes ingresados en UCI polivalente de 18 camas entre el 01-30/11/2021 y del 14/03-10/04/2022. Se realizaron frotis (axilar, rectal, faríngeo y nasal) en el ingreso a todos los pacientes que ingresaron en estos dos periodos y cortes semanales durante todo el periodo de estudio. En los FF y FAX se estudió presencia de *Candida* MR, en los F. rectales BGNs MR y en los F. nasales presencia de SAMR. Se recogieron edad, sexo, procedencia (casa/CSS), hospitalización en los últimos 30d, DM, COVID-19, APACHE II, ITU recurrentes, CVC-SV, VM, infección sistémica por el mismo germen, mortalidad y estancia en UCI.

Resultados: 139 pacientes, 19 (13,7%) colonizados por al menos 1 GMR. 7 (5,1%) en el ingreso. 12 (8,6%) durante la estancia en UCI. Edad media de 67 ± 16,2 años, hombres (61,2 vs. 38,8%), APACHE II al ingreso de 14 ± 8,4, con una estancia en UCI de 9 ± 14,8 días. 20 (87%) fueron BGN (prev. 13,7%), 2 (8,6%) *C. parapsilosis* MR (p 1,4%) y 1 (4,3%) SARM (p 0,7%). Análisis bivariante para FR para colonización previa al ingreso en UCI, destacaron mayor edad, hospitalización en los 30 d. previos, tto previo con β-lactámicos, fluoroquinolonas, lipopéptidos y fosfomicina. En el análisis de regresión logística, administración de ATB en los 30 d. previos al ingreso como riesgo independiente de colonización en el momento de ingreso (OR 18,80; IC95% 2,92-121,00, p = 0,002). Análisis bivariante para FR para adquisición de GMR en UCI, estancia más larga en UCI, portadores CVC o SV y tratamiento con macrólidos y fluoroquinolonas. En el modelo de análisis de regresión logística, tiempo de estancia en UCI como factor de riesgo independiente de adquirir un GMR durante la estancia en UCI (OR 1,06; IC95% 1,03-1,09, p < 0,0005).

Conclusiones: En conclusión, se tendría que valorar la posibilidad de añadir al aislamiento preventivo a los pacientes que hayan recibido tratamiento ATB en los 30 días previos al ingreso en la UCI.

309. RELACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD Y EL AUMENTO DE LA PROCALCITONINA DURANTE EL INGRESO EN UCI DE PACIENTES CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Yaguez Mateos L¹, Romero Granados E¹, Sánchez de Toro Hernández P¹, López-Cuervo Ramírez R¹, Pontes Moreno A² y Amat Serna T¹

¹Hospital Universitario de Jaén (C. H. U. de Jaén), Jaén. ²Hospital San Agustín, Jaén.

Objetivos: Analizar la elevación de procalcitonina durante el ingreso en UCI y su relación con la mortalidad en pacientes ingresados en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio multicéntrico de cohortes prospectivo que incluye a todos los pacientes ingresados en UCI con insuficiencia respiratoria aguda por Neumonía SARS-CoV-2 en diferentes periodos de tiempo entre marzo de 2020 y agosto de 2021. La infección por COVID-19 se confirmó con PCR o serología en todos los pacientes y se consideró elevación de procalcitonina (PCT) un valor mayor de 0,5 mg/dl. Las variables continuas se expresaron como mediana (cuartil 1-cuartil 3) y las cualitativas con frecuencias absolutas y relativas. Se utilizó la U de Mann Whitney para comparación de variables continuas, la χ^2 para variables cualitativas y regresión logística para el análisis multivariable. Se consideró estadísticamente significativo una p < .05.

Resultados: Se incluyeron un total de 201 pacientes ingresados en UCI por Neumonía por SARS-CoV-2, el 70,6% eran hombres la edad de 63 (56-72) años, el APACHE-II 13 (10-16) puntos y el SOFA en el día de ingreso de 5 (3-7) puntos. La estancia en UCI fue de 12 (7-26) días. La mortalidad en UCI fue del 35,5% y la intrahospitalaria del 36,8% (N = 74). El último día de estancia en UCI, la PCT estuvo elevada en el 59,2% de los fallecidos y solo en el 3,2% de los vivos (p < 0,001). Los fallecidos también presentaron ese día mayor puntuación SOFA y mayor frecuencia de fracaso renal que los supervivientes. El análisis multivariante por regresión logística mostró que la mortalidad se relacionaba con la puntuación de SOFA en el último día (OR 2,95 (1,93-4,54)), fallo renal (OR 53,41

(7,28-392) y la PCT elevada en el último día (OR 38,83 (4,27-352,91)). De los fallecidos, 42 pacientes tenían la PCT elevada en el último día, se extrajeron en 36 pacientes cultivos, fueron positivos 23 de ellos. También se evaluó la relación entre mortalidad y elevación de PCT en los dos días previos al alta de UCI y si se observó relación estadísticamente significativa entre ambas y al igual en el análisis multivariante (OR 7,99 (1,32-48,24)).

Conclusiones: En los pacientes ingresados en UCI por neumonía SARS-CoV-2 la elevación de procalcitonina en los días previos al fallecimiento ocurre en un porcentaje elevado de pacientes. Nuestro estudio muestra que la elevación de Procalcitonina en estos enfermos alerta de un riesgo elevado de fallecer a corto plazo.

310. RIESGO DE COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS EN LA UTILIZACIÓN DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN LA ENFERMEDAD POR COVID-19

Pérez Fernández P, Álvarez Méndez A, Dos Santos Alvernia F, Castro Bournissen L, del Caño García A, Mas Lodo M y Franco Garrobo N

Hospital Universitario de Móstoles, Madrid.

Objetivos: Durante nuestro primer contacto con la enfermedad COVID-19, el estado de hipercoagulabilidad generó dudas sobre las evaluaciones e intervenciones adecuadas para tratar el componente trombotico de la enfermedad. La anticoagulación cobró un papel fundamental en el tratamiento dada la elevada incidencia de tromboembolismo pulmonar (TEP). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar la repercusión que tuvo la anticoagulación empírica frente a la profiláctica (dosis intermedias) en los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de COVID-19 que precisaron ventilación mecánica (VM).

Métodos: Estudio de cohortes observacional descriptivo retrospectivo, en pacientes que ingresaron en la UCI del Hospital Universitario de Móstoles, de marzo 2020 a febrero 2021 con neumonía SARS-CoV-2, que requirieron VM.

Resultados: Se analizaron un total de 152 pacientes que ingresaron en UCI por neumonía secundaria a COVID-19, habiendo excluido aquellos pacientes que recibían anticoagulación previa al ingreso en UCI y los que no precisaron VM. La mediana de edad fue 66 años, hombres 74,3%, IMC 28,9. Mediana de estancia en UCI de 18,5 días, SAPS III 56 y conexión a VM 14 días. Se anticoagularon 94 pacientes de los cuales el 9,57% presentaron complicaciones hemorrágicas (3 hemoptisis, 3 hematurias, 2 hemorragias digestivas y 1 hematoma subcutáneo). El resto de pacientes, 38,9% (60), recibieron tromboprolifaxis, presentando complicaciones un 6,8% (2 hemorragias digestivas, 1 hematuria y 1 hematoma subcutáneo). Durante el ingreso fue necesario suspender la heparina de bajo peso molecular (HBPM) a 23 pacientes, 10 de ellos por complicaciones hemorrágicas.

Conclusiones: No obtuvimos diferencia significativa en complicaciones hemorrágicas entre el uso de HBPM profiláctica frente a dosis terapéutica. Sin embargo, fue preciso suspender HBPM más frecuentemente en el grupo de anticoagulados. Las complicaciones más frecuentes que obligaron suspender la terapia antitrombótica fueron la hematuria y la hemoptisis.

311. REACTIVACIÓN DE CMV EN PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2. ¿LAVADO BRONCOALVEOLAR A TODOS?

Ruiz de Santaquiteria Torres V, Copa Morales JP, Estrella Alonso A, Arriero Fernández N, Fernández Tobar R, Rubio Arroyo MM, Castiñeiras Amor B, González Wagner GA, Benito Puncel C 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 se debe incluir en el diagnóstico diferencial, especialmente en el paciente COVID-19 grave. Los métodos diagnósticos habitualmente empleados son la PCR en plasma o en lavado broncoalveolar (LBA). Sin embargo, ¿realmente es necesario obtener muestra en LBA en todos los pacientes con sospecha de neumonitis por CMV?

Métodos: Estudio descriptivo (febrero-2020 a diciembre-2022) en pacientes ingresados por COVID-19 grave en UCI. Se evaluaron datos

sociodemográficos, 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 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, en el 42,4% (125) se sospechó una infección/reactivación de CMV. De ellos, en 49 (29,2%) se obtuvieron, simultáneamente, muestras de LBA y de plasma, obteniendo un resultado positivo en ambas muestras en un 34,7% (17) de los casos. Únicamente en 2 casos (9,1%) la PCR fue positiva en LBA y negativa en plasma, de lo que obtenemos que la PCR en plasma tiene una sensibilidad del 89,4% y un valor predictivo negativo del 90,9% para la valoración de la neumonitis por CMV.

Variables	N = 125
Sociodemográficos y gravedad	
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)
Muestras	
Muestras LBA (%)	77 (61,6)
Muestras LBA positivas (%); (n=77)	22 (28,6)
Muestra LBA positiva si plasma positivo (n=27)	17 (63,0)
Muestra LBA positivo si plasma negativo (n=22)	2 (9,1)
Muestra sólo en LBA (%)	28 (22,4)
Muestra sólo en LBA positiva (%); (n=28)	3 (10,7)
Muestras en plasma (%)	97 (77,6)
Muestra en plasma positiva (%); (n=97)	45 (46,4)
Muestra plasma positiva si LBA positivo (n=19)	17 (89,5)
Muestra plasma positiva si LBA negativo (n=30)	10 (33,3)
Muestra sólo en plasma (%)	48 (38,4)
Muestra sólo en plasma positiva (%); (n=78)	18 (37,5)
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. LBA, lavado broncoalveolar.	

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

	PCR en LBA positiva	PCR en LBA negativa	TOTAL
PCR en plasma positiva	17 (34,7%)	10 (33,3%)	27
PCR en plasma negativa	2 (9,1%)	20 (40,8%)	22
TOTAL	19	30	49
PCR: (del inglés) Reacción en Cadena de la Polimerasa. LBA: Lavado BroncoAlveolar			

Figura 2.- Tabla de contingencia 2x2 evaluando la PCR de CMV en plasma (filas) y la PCR de CMV en LBA (columnas) como pruebas diagnósticas de reactivación de CMV.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 con deterioro respiratorio persistente y/o de novo, y con sospecha de CMV, la realización de una PCR en plasma podría evitar la necesidad de realizar un LBA para el diagnóstico de neumonitis por CMV.

312. INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE INFECCIÓN FÚNGICA EN PACIENTES CON SDRA POR SARS-CoV-2 EN UCI

Noblejas Drouot S, Giménez Lecina J, Sampedro Calavia E, Ruiz de Gopegui Miguélena P, Sampedro Martín I, García Escarda M, Mata Martínez M, Barrera Sánchez M, García Fuertes P y Blanco Santoro M

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Determinar la incidencia y los factores asociados al desarrollo de infecciones fúngicas en el paciente con SDRA por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo de la población de pacientes atendidos en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet desde marzo de 2020 a julio de 2022 por SDRA secundario a SARS-CoV-2.

Resultados: Se ha obtenido una muestra total de 381 pacientes, de los cuales se han diagnosticado 39 casos de sobreinfecciones fúngicas (10,2%) siendo la más frecuente la aspergilosis pulmonar (5,7%) seguida de la candidiasis invasiva (3,9%). Las principales comorbilidades asociadas a IFI han sido la HTA, el asma y la ERC. Se ha correlacionado el uso de NPT, de TRRC, de VM así como el tiempo de VM y el tiempo de ingreso en UCI con el desarrollo de infecciones fúngicas. Los pacientes que desarrollaron IFI presentaron una mayor tasa de complicaciones como shock séptico (48,7 vs. 19%), NAVM (87,2 vs. 49,7%), bacteriemia (51,3 vs. 28,4%), IRA (61,5 vs. 29,9%) y una mayor mortalidad (62 vs. 41%). Se ha identificado el uso de antibioterapia previa al ingreso en UCI como factor de riesgo independiente para el desarrollo de IFI (OR 2,34 [IC95% 1,04-5,26] $p = 0,04$) pero no se ha podido demostrar la asociación con el uso de corticoterapia y/o tocilizumab.

Conclusiones: Este estudio muestra la elevada incidencia de IFI en los pacientes con SDRA y SARS-CoV-2 con la consecuente mayor morbimortalidad. Estos hallazgos recalcan la necesidad de establecer una subpoblación de pacientes que se beneficie de profilaxis antifúngica. Para ello, todavía son necesarios más estudios que definan con mayor claridad los factores asociados al desarrollo de sobreinfecciones fúngicas.

313. ¿INCIDEN LAS PATOLOGÍAS PREVIAS EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2?

Quesada Díaz MDM, Ázcariz Bertrán MJ, Aguirre Martínez S, Rodríguez Vásquez PE, Navarro Palma E y Rodríguez Higuera M

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

Objetivos: Valorar la supervivencia en pacientes ingresados en UCI por neumonía grave secundaria a COVID-19 en relación a enfermedades prevalentes en la población general.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se han incluido 263 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Torrecárdenas con SDRA secundario a neumonía por SARS-CoV-2 entre marzo de 2020 y septiembre de 2021. Se ha valorado la supervivencia en función de enfermedades cardíaca, pulmonar, renal y oncológica previas. Para las variables categóricas se ha utilizado el test de χ^2 . Para valorar diferencias en la supervivencia se han utilizado el análisis de Kaplan-Meier y el test de log-rank.

Resultados: Hipotiroidismo: han fallecido un 29,4% de hipotiroides (5 de un total de 17 pacientes) frente a un 33,9% de no hipotiroides. No ha habido diferencias significativas en estas proporciones ($p = 0,706$) ni en las funciones de supervivencia ($p = 0,227$). Enfermedad cardíaca: en pacientes con patología cardíaca la mortalidad fue de un 51,2% frente a un 30% en los que no presentaban esta patología. La diferencia en las proporciones es estadísticamente significativa ($p = 0,007$). De igual modo, las funciones de supervivencia para ambos tipos de pacientes muestran diferencias significativas ($p = 0,028$). Enfermedad pulmonar: no se han encontrado diferencias significativas en pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar (38,4% frente a 33,2%). $p = 0,834$. El test log rank tampoco muestra diferencias significativas en las funciones de supervivencia ($p = 0,517$). Enfermedad renal: fallecen un 56,5% de pacientes con enfermedad renal frente a un 31,2% de pacientes sin esta patología ($p = 0,014$). Las curvas de supervivencia también señalan una mayor supervivencia en pacientes sin enfermedad renal aunque las diferencias no son significativas ($p = 0,171$). Enfermedad oncológica: han fallecido un 62,5% de pacientes con enfermedad oncológica frente al 30,6% que no presentaban cáncer, siendo la diferencia entre estos porcentajes significativa ($p = 0,002$). La diferencia entre las funciones de supervivencia se encuentra próxima a la significación ($p = 0,062$).

Conclusiones: Las enfermedades que han influido sobre el fallecimiento son las cardiovasculares, renales y oncológicas. No han demostrado influencia el hipotiroidismo o patologías pulmonares previas. Las curvas de supervivencia solo han demostrado diferencias estadísticamente significativas en pacientes con enfermedades cardíacas previas.

314. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CITOMEGALOVIRUS EN EL ENFERMO CRÍTICO

Martín Cuenca T, Salas Alcántara O, Fradejas Villajos I, Godoy Tundidor MV, Valverde Cánovas JF, Campelo Gutiérrez C, Huerta Palacios Y, Núñez Gómez A, Afonso Rivero D y Ruiz de Luna González R

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Analizar la relación de la carga viral en sangre de citomegalovirus (CMV) con la mortalidad de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo analítico en pacientes ingresados en una UCI polivalente con determinación positiva de CMV en sangre por mala evolución clínica desde enero de 2020 a julio de 2022. La determinación de DNA de CMV se realizó con el kit de PCR a tiempo real CMV ELITE MGB® (ELITech Group, Palex, Puteaux, Francia) en el sistema automatizado ELITE InGenius® (ELITech Group, Palex, Puteaux, Francia), cuantificando a partir de 88 copias/ml. Se agruparon los pacientes acorde al resultado de copias y se compararon mediante el test de chi cuadrado y se usó una curva ROC para analizar poder discriminativo. El software estadístico usado fue SPSS v17 (IBM Corp., Armonk, EE. UU).

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes, 33 (70,2%) varones con una mediana de edad de 67,8 (46-86) años. De ellos, 36 (76,5%) pacientes ingresaron por neumonía COVID con una mediana de SAPS3 al ingreso de 58 (rango 30-94) y una estancia mediana de 56 (rango 3-205) días. Cuarenta y cinco (95,7%) pacientes recibieron corticoterapia y 43 (91,5%) pacientes necesitaron ventilación mecánica invasiva durante una mediana de tiempo de 46 (rango 5-174) días. Tan solo 20 (42,6%) pacientes presento un valor > 88 copias/ml sangre, con una mediana de 623,5 (rango 178-31.704) copias. El total de pacientes que recibió tratamiento con ganciclovir fue de 16 (34%), de los cuales 4 estaban por debajo del límite inferior de cuantificación. Se observó una mortalidad en UCI significativamente mayor en las pacientes con determinación de CMV > 88 copias/ml respecto a pacientes con menor número de copias (55 vs. 22,2%, respectivamente; $p = 0,032$) con una OR 2,48 (IC95% 1,10-5,56). El área estimada bajo la curva mediante curva ROC fue de 0,74 (IC95% 0,58-0,90), estimándose una sensibilidad del 100% y una especificidad del 97% para un punto de corte de 88 copias/ml.

Conclusiones: Una carga viral positiva para CMV por encima de 88 copias en sangre aumenta de manera significativa la mortalidad en pacientes ingresados en UCI.

315. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD CANDIDIÁSICA Y USO DE ANTIFÚNGICOS INICIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

García Marín M, Fernández Delgado E, Adriaensens Pérez M, Ferrández Millón C, Fernández Caro M y Aldabó Pallas T

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

Objetivos: Describir las características y tratamiento antifúngico iniciado en los pacientes ingresados en UCI con diagnóstico o sospecha de enfermedad candidiásica.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes con inicio de tratamiento antifúngico ante sospecha o confirmación de enfermedad candidiásica entre el 1 de enero y 31 de marzo de 2022. Se describen factores de riesgo, escalas de probabilidad, especies, tratamiento antifúngico y mortalidad. Para ver las diferencias entre grupos (enfermedad confirmada o no) se realizó un análisis estadístico con las pruebas chi cuadrado para las variables cualitativas o el test de U de Mann-Whitney para las cuantitativas. El umbral de significación exigido fue 0,05.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes; en 22 de los cuales se confirmó el diagnóstico de enfermedad candidiásica. En pacientes con candidiasis confirmada (CC), los factores de riesgo más frecuentes eran la antibioterapia de amplio espectro previa durante 7 días o más (86%), cirugía abdominal previa (50%) y nutrición parenteral (32%). De los que se realizó tratamiento empírico (27), se confirmó el diagnóstico en un 30% de los pacientes, con Candida Score similar con los no confirmados

(8 de media). Los pacientes con CC tuvieron un SOFA ligeramente menor al ingreso (6,2 vs. 7,5). La mayoría de nuestros pacientes tuvieron diagnóstico o sospecha de candidiasis abdominal (21). La mayoría de especímenes aislados fue *Candida albicans* (63,2%), seguido de *Candida glabrata* (21,1%). No se evidenciaron resistencias a azoles, siendo este el antifúngico inicial solo en el 55%. La duración del tratamiento fue de 12 días de media, con importante heterogeneidad según el foco de sospecha. La candidemia de foco desconocido se asoció a tratamientos más prolongados (27 días de media). La mortalidad fue del 24% de pacientes, ligeramente mayor en el grupo de candidiasis invasiva confirmada (27% respecto a 21%). No existe significación estadística en las variables analizadas entre los dos grupos (confirmación o no) incluso en la duración del tratamiento.

Conclusiones: Al ser una entidad con importante morbimortalidad y de difícil diagnóstico, el tratamiento precoz adecuado y el uso de escalas de probabilidad nos puede ayudar a seleccionar los pacientes en riesgo. En contra, existió un amplio margen de pacientes con sospecha de enfermedad candidiásica tratada sin aislamiento posterior y ninguna resistencia a azoles de forma inicial: sería importante el cese del tratamiento antifúngico en los casos no confirmados y plantear la desescalada precoz.

316. INFLUENCIA DEL ESTADO VACUNAL FRENTE A SARS-CoV-2 SOBRE EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS GRAVE QUE PRECISAN INGRESO EN MEDICINA INTENSIVA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

Colmenero Calleja C, Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Cuenca Rubio C, Posadas Pita GJ, Merino García PA, Enriquez Giraudo PM, Domínguez-Gil González M y Eiros Bouza JM

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Determinar la influencia del estado vacunal frente a SARS-CoV-2 sobre el desarrollo de complicaciones y desenlaces clínicos, en pacientes con enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) grave.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en Servicio de Medicina Intensiva (SMI) de hospital terciario. Criterios de inclusión (CI): diagnóstico COVID-19 confirmado por PCR y ventilación mecánica (VM) > 48 h. Criterios de exclusión: PCR SARS-CoV-2 positiva sin COVID-19, o necesidad de VM por causas diferentes a COVID-19. Periodo inclusión: sexta ola (11/2021 a 02/2022), predominio variante ómicron. Título anticuerpos IgG anti-S1 y anti-N los días (D) 5, 15 y 25 de estancia. Resultados expresados como media \pm desviación estándar, mediana (P₂₅-P₇₅) o frecuencia (%). Se aplica χ^2 , T de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

Resultados: De 52 pacientes elegibles, 35 cumplieron CI. El 45,7% de pacientes estaban vacunados frente a SARS-CoV-2 (44% Comirnaty, 19% Vaxzevria, 19% combinación de varias, 12% Spikevax, 6% otras). Tiempo vacunación hasta PCR positiva 150 (70-172) días. Evolución temporal del título de anticuerpos en la tabla. Características clínicas vacunados vs. no vacunados: edad 59,3 \pm 1,9 vs. 61,3 \pm 2,4, p = 0,78; varones 75 vs. 79%, p = 0,78; APACHE-II 13,5 (11,5-19) vs. 13 (11-18), p = 0,73, días VM 23,5 (6,5-50) vs. 23 (15-30), p = 0,73; estancia SMI 29,5 (8-53,5) vs. 26 (17-50) días, p = 0,87; días hasta negativización PCR 27,5 (20,5-52,5) vs. 30 (19-39), p = 0,57; mortalidad hospitalaria 12,5 vs. 31,6%, p = 0,18. Complicaciones pacientes vacunados vs. no vacunados: infección nosocomial 56,3 vs. 94,7%, p < 0,01; delirio 62,5 vs. 42,1%, p = 0,23; debilidad 56,3 vs. 47,4%, p = 0,60; trombosis 25 vs. 42,1%, p = 0,29; fibrosis pulmonar 12,5 vs. 21,1%, p = 0,50.

	Vacunados	No vacunados	p
IgG anti-S1, AU/ml			
D5	26.197,2 \pm 5.141,1	5.831,6 \pm 2.715,8	< 0,01
D15	25.292,5 \pm 5.279,3	10.347,7 \pm 3.104,1	0,02
D25	26.002,2 \pm 5.535,3	4.864 \pm 1.116,9	< 0,01
IgG anti-N, AU/ml			
D5	3,4 \pm 0,6	4,2 \pm 0,6	0,31
D15	5,33 \pm 0,7	5,9 \pm 0,5	0,43
D25	6,0 \pm 0,9	6,6 \pm 0,3	0,55

Conclusiones: La tasa de vacunación en pacientes COVID-19 grave que ingresaron en el SMI fue baja. La vacunación se asoció a un título

significativamente superior de IgG anti-S1 y a menor incidencia de infecciones nosocomiales. La mortalidad fue mayor en paciente no vacunados, aunque la fuerza de esta asociación no fue estadísticamente significativa.

317. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA PANCREATIC STONE PROTEIN (PSP) PARA INFECCIÓN, SHOCK SÉPTICO Y MORTALIDAD EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Costa B, Moliner Arrebola N, Stanescu d, del Pino a, Gómez E, González E, Rodado I, Pavalascu A y Muñoz C

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

Objetivos: Evaluar el papel de la Pancreatic Stone Protein (PSP) en la identificación precoz de infección adquirida en UCI, shock séptico y relación con la mortalidad en pacientes ingresados en UCI

Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo observacional. Pacientes adultos ingresados consecutivamente en UCI con insuficiencia respiratoria y necesidad de ventilación mecánica desde octubre hasta noviembre de 2021. Se midieron los niveles de PSP de forma diaria durante los primeros 14 días de ingreso, alta de UCI o muerte mediante el sistema *point-of-care platform* (abioSCO, Abionics SA, Epalinges, Suiza (se recogieron datos demográficos, comorbilidades y diagnósticos secundarios, así como datos de laboratorio rutinarios incluyendo procalcitonina (PCT) y proteína C reactiva (PCR) de acuerdo con los protocolos de la unidad. Los datos se presentan como medias y desviaciones estándar. Para evaluar el rendimiento de la PSP, para el diagnóstico de infección adquirida en UCI, shock séptico y mortalidad se utilizó la comparación de curvas RCO (*Receiver Operating Characteristics*). Para la comparación de medias se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. El estudio fue aprobado por el CEI HUT.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes, de los cuales 14 (93%) fueron varones, con una media de edad de 66 (10) años. Durante el estudio, 5 (33%) pacientes presentaron shock séptico, 9 (60%) presentaron infección adquirida en UCI y 4 (27%) de ellos fallecieron. El área bajo la curva ROC muestra una precisión diagnóstica para la mortalidad hospitalaria, shock séptico e infección adquirida en UCI de 0,76 (IC95% 0,5 a 1,00), 0,75 (IC95% 0,5 a 0,9) y 0,59 (IC95% 0,28 a 0,9) respectivamente. La concentración máxima media de PSP en supervivientes *versus* fallecidos fue de 340 (200,1) ng/ml y 506 (190) ng/ml (p 0,1). La concentración máxima media de PSP en paciente con infección adquirida en UCI *versus* si infección fue de 408 ng/ml *versus* 348 ng/ml (p 0,5) Se encontró una correlación significativa positiva entre la PSP y la PCT (p 0,001).

Conclusiones: En pacientes ingresados en UCI, niveles altos de PSP se asociaron con un incremento de mortalidad y shock séptico. Se encontró una correlación significativa positiva entre la PSP y otros marcadores de infección como la PCT.

318. INFECCIÓN CMV EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

López Olivencia M, Soriano Cuesta MC, Paredes de Dios N, Higuera Lucas J, Blandino Ortiz A, García Plaza S, Cervera Román M, Sáez Noguero S, Montúfar Ramírez JA y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes con infección CMV asociado a neumonía por SARS-CoV-2 (CMV-COVID), analizando su incidencia, gravedad, mortalidad, estancia media e infecciones asociadas.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo, donde se incluyen todos los pacientes ingresados en nuestra UCI de 24 camas con neumonía por virus SARS-CoV-2 desde 17/3/2020 hasta el 28/12/2021. Diagnosticada por PCR de SARS-CoV-2 en exudado nasofaríngeo. Definimos reactivación infección/enfermedad CMV como detección del virus por PCR en plasma, con rango de manifestaciones clínicas amplio, según las definiciones por el CMV Drug Development Forum. Se realiza determinación semanal de cuantificación del ADN del CMV (UI/ml). Se recogen datos epidemiológicos (datos de filiación, ventilación mecánica, scores de gravedad, mortalidad, estancia media, infecciones intra-UCI). Se expresan los datos en medias \pm desviación estándar y se comparan resultados mediante pruebas de χ^2 .

Figura Póster 318

	Pacientes CMV (n=30)	Total pacientes (n=437)
Sexo (hombre)	27 pacientes (90%)	306 pacientes (70%)
Edad media	64.7 +/- 8 años	58.7 +/- 13 años
Ventilación mecánica en 1 ^{er} s 24 horas de ingreso en UCI	29 pacientes (96.6%)	306 pacientes (70%)
APACHE II	18.2 +/- 8.5	16 +/- 8.2
SOFA	7 +/- 3.3	6 +/- 3.3
SAPS II	45.6 +/- 15.5	38 +/- 16.1

Resultados: La infección por CMV fue diagnosticada en 30 pacientes (6,9%) de los 437 analizados. En la tabla se describen las diferencias que existen en grupo CMV respecto al global de los pacientes, en términos de datos epidemiológicos y gravedad clínica. 26/30 pacientes tuvieron asociada, al menos una infección bacteriana o fúngica intra-UCI. 14 pacientes coinfección por *Aspergillus*. Tanto la mortalidad en UCI como mortalidad hospitalaria, fue superior en los pacientes con infección CMV. Mortalidad UCI: 13/30 (45%) pacientes CMV-COVID frente 71/437 (16,2%) pacientes COVID (p = 0,00). Mortalidad hospitalaria: 15/30 (48,4%) pacientes CMV-COVID frente a 75/437 (17,1%) pacientes COVID. (p = 0,00). Estancia media en UCI los pacientes CMV COVID (59 días ± 50,54. mediana 50,50 días), frente a (22,31 días ± 28,97. mediana 14 días) en los pacientes COVID.

Conclusiones: La infección por CMV-COVID se asoció a una alta mortalidad y mayor estancia en UCI. La infección CMV se relacionó con pacientes que ingresaban con mayor gravedad clínica. Debemos profundizar el estudio de esta asociación para intentar mejorar el pronóstico de estos pacientes.

ron analizados usando el paquete R versión 4.2.1 (R Development Core Team, 2022).

Resultados: Se analizaron 55 pacientes con CD. Veintiséis (47,3%) fueron hemorragias subaracnoideas (HSA). 20 (37%) fueron en TCE. Las complicaciones más frecuentes fueron hidrocefalia 22 (40,7%) y necesidad de reintervención 18 (34,6% de ellas). Diez pacientes fallecieron al alta de UCI 18,5%, 7 (41,2%) de ellos fueron HSA. De los 20 (37,0%) pacientes con TCE y CD, fallecieron 6 (35,3% de los fallecidos), 3 de ellos en UCI. La mediana de Rankin en el alta de UCI fue de 5 y el GOS fue de 3. Rankin a los 6 meses después de alta de UCI, fue de 4 y el GOS fue de 3. En el análisis de discapacidad tras el alta de UCI ni a meses tras el alta no obtuvimos otros factores asociados significativamente (tabla 1). La mortalidad a 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con la reactividad pupilar bilateral previa a CD (tabla 2).

Pósteres orales

NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS II 08:30-10:00 h. SALA MULTIUSOS 1

319. FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA SEIS MESES TRAS EL ALTA DE UNA UCI NEUROTRAUMÁTICA: ANÁLISIS TRAS 9 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Lübbe Vázquez CF¹, Díaz Suárez LdM¹, Cabrera Sánchez M¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Evaluar los factores asociados con la discapacidad y la mortalidad en pacientes con craneotomía descompresiva (CD).

Métodos: Estudio prospectivo. Pacientes ingresados desde el 1 de enero de 2013 hasta 1 diciembre de 2022 que requirieron CD. La CD se realizó por hipertensión intracraneal (HIC) refractaria al tratamiento médico. Variables analizadas: diagnóstico principal al ingreso; datos demográficos; datos neurológicos; episodios de hipotensión; tipo de craneotomía y complicaciones; GCS y respuesta motora, escala Rankin y escala *outcome* de Glasgow (GOS); niveles preoperatorios de lactato sérico y número de horas con presión intracraneal elevada antes de CD; hipo e hiperglucemia; aplicación de tratamiento hiperosmolar; leucocitos y plaquetas antes de CD y otros factores relacionados. Los porcentajes se compararon con el test de χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó un análisis univariado de mortalidad y discapacidad en el momento del alta de la UCI y 6 meses después del alta de UCI. Se consideró estadísticamente significativo p ≤ 0,05. Los datos fue-

Tabla 1. Análisis univariado de discapacidad al alta UCI

	Rankin al alta UCI		p
	<3 N=10	≥ 3 N=45	
Edad (años)	43,7 ± 16,1	46,9 ± 13,6	0,517
Sexo varón	4 (40,0)	15 (33,3)	0,723
APACHE-II	24 (21 - 26)	22 (18 - 25)	0,319
GCS al ingreso	10 (6 - 13)	8 (5 - 14)	0,935
GCS al ingreso en UCI	4 (3 - 10)	3 (3 - 7)	0,401
Rankin alta UCI	1 (1 - 1)	5 (4 - 5)	< .001
Rankin 6 meses tras alta de UCI	1 (1 - 1)	5 (4 - 6)	< .001
GOS alta UCI	5 (4 - 5)	3 (2 - 3)	< .001
GOS 6 meses tras alta de UCI	5 (5 - 5)	3 (1 - 4)	< .001
Diabetes mellitus	1 (10,0)	6 (13,3)	1
Hipertensión arterial	3 (30,0)	7 (15,6)	0,365
Dislipemia	2 (20,0)	8 (17,8)	1
Tumor	1 (11,1)	3 (6,7)	0,529
HSA	5 (50,0)	21 (46,7)	1
Hidrocefalia	2 (22,2)	20 (44,4)	0,283
Necesidad Reintervención por Complicaciones	1 (12,5)	17 (38,6)	0,236
TCE	5 (50,0)	15 (34,1)	0,471
Tto antiagregantes	1 (10,0)	2 (4,4)	0,459
ACM Maligna	1 (10,0)	11 (24,4)	0,43
Subdural aguda	3 (33,3)	14 (31,1)	1
Obliteración 3er ventrículo o colapso cisternas de la base	2 (22,2)	19 (42,2)	0,456
Hematoma no evacuado	3 (33,3)	6 (13,3)	0,161
Contusión focal con edema yExpansividad	5 (62,5)	13 (34,2)	0,232
IOT previo Hospital	4 (40,0)	11 (24,4)	0,434
IOT Urgencias	2 (20,0)	20 (44,4)	0,284
IOT quirófano	3 (30,0)	8 (17,8)	0,4
Transfusión previo CD	1 (11,1)	9 (20,4)	0,726
Convulsiones previo CD	1 (11,1)	7 (15,9)	1
Miodesiis bilateral orreactiva previo CD	0	5 (11,4)	0,574
Ambas pupilas reactivas previo CD	7 (87,5)	29 (64,4)	0,412
Una pupila reactiva previo CD	0	8 (17,8)	0,578
Ninguna pupila reactiva previo CD	1 (12,5)	5 (11,1)	1
Exitus UCI	0	10 (22,2)	0,183
Exitus alta Hospital	0	5 (11,5)	0,571
Exitus 6 meses tras alta UCI	0	6 (16,2)	0,572
Exitus	0	17 (37,8)	0,022
Desplazamiento línea media TAC ingreso	2 (0 - 10)	6 (1 - 10)	0,558
Plaquetas antes CD	263 (249 - 291)	214 (172 - 262)	0,09

UCL: UCI; HSA: hemorragia subaracnoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: instauración por hipertensión; CD: craneotomía descompresiva.

Figura 2 Póster 319

Tabla 2. Análisis univariado de mortalidad a las 6 meses alta UCI en pacientes con CD

	Todos N = 55	Vivos N = 38	Muertos N = 17	p
Edad (años)	46,3 ± 14,0	45,9 ± 14,4	47,4 ± 13,4	0,729
Sexo varón	19 (34,5)	11 (28,9)	8 (47,1)	0,192
APACHE-II	22 (18 - 25)	22 (18 - 25)	22 (20 - 24)	0,68
Diabetes Mellitus	7 (12,7)	4 (10,5)	3 (17,6)	0,664
Hipertensión arterial	10 (18,2)	7 (18,4)	3 (17,6)	1
Dislipemia	10 (18,2)	7 (18,4)	3 (17,6)	1
Tumor	4 (7,4)	2 (5,4)	2 (11,8)	0,582
HSA	26 (47,3)	19 (50,0)	7 (41,2)	0,545
Tto con antiagregantes	3 (5,5)	2 (5,3)	1 (5,9)	1
ACM Maligna	12 (21,8)	6 (15,8)	6 (35,3)	0,158
Subdural agudo	17 (31,5)	13 (35,1)	4 (23,5)	0,394
Obliteración 3º ventrículo o colapso cisternas de la base	21 (38,9)	14 (37,8)	7 (41,2)	0,815
Hematoma no evacuado	9 (16,7)	8 (21,6)	1 (5,9)	0,244
Contusión focal con edema y expansividad	22 (40,7)	18 (48,6)	4 (23,5)	0,081
Lesion evacuada	12 (22,2)	8 (21,6)	4 (23,5)	1
TCE	20 (37,0)	14 (37,8)	6 (35,3)	0,857
Ninguna pupila reactiva previo CD	6 (11,3)	3 (8,3)	3 (17,6)	0,372
IOT previo Hospital	15 (27,3)	11 (28,9)	4 (23,5)	0,754
IOT Urgencias	22 (40,0)	14 (36,8)	8 (47,1)	0,475
IOT quirófano	11 (20,0)	8 (21,1)	3 (17,6)	1
Transfusión previo CD	10 (18,9)	7 (18,9)	3 (18,8)	0,477
Convulsiones previo CD	8 (15,1)	5 (13,5)	3 (18,8)	0,685
Miđriasis bilateral areactiva previo CD	5 (9,4)	3 (8,1)	2 (12,5)	0,632
Ambas pupilas reactivas previo CD	36 (67,9)	28 (77,8)	8 (47,1)	0,025
Una pupila reactiva previo CD	8 (15,4)	4 (11,4)	4 (23,5)	0,413
Ninguna pupila reactiva previo CD	6 (11,3)	3 (8,3)	3 (17,6)	0,372
Lesion extracraneal	4 (7,5)	2 (5,4)	2 (12,5)	0,575
Exitus UCI	10 (18,5)	0	10 (58,8)	< .001
Exitus Hospital	5 (9,8)	0	5 (29,4)	0,003
Exitus 6 meses tras alta de UCI	6 (13,3)	0	6 (35,3)	0,002
Desplazamiento línea media TAC ingreso	6 (1 - 10)	5 (0 - 10)	7 (3 - 10)	0,369
GCS Ingreso	8 (5 - 14)	8 (5 - 14)	8 (6 - 13)	1
GCS ingreso UCI	3 (3 - 7)	3 (3 - 7)	3 (3 - 5)	0,898
Plaquetas antes CD	224 (182 - 271)	224 (183 - 265)	228 (180 - 326)	0,515

Los datos son medianas (IQR) y frecuencias (%). HSA: hemorragia subaranoidea; ACM: arteria cerebral media; TCE: traumatismo craneoencefálico; IOT: intubación orotraqueal; CD: craneotomía descompresiva

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes con CD fue del 18,5% al alta de UCI del total de pacientes. Los pacientes con TCE y CD tuvieron una mortalidad del 15% al alta de UCI EL Rankin y GOS reflejan una discapacidad moderadamente grave en nuestros pacientes al alta y 6 meses después del alta de la UCI. La mortalidad 6 meses tras alta de UCI se asoció significativamente con reactividad pupilar bilateral previa CD.

ción quirúrgica en 27,8%, en 90,3% se necesitó ventilación mecánica y se insertó un DVE en 26,7%. La mediana de estancia en UCI fue de 8,6 (10,4) días. Se evidenciaron convulsiones en 12,5%, ninguno de ellos en lesiones de fosa posterior (fig.). Se exploró mediante EEG al 52,3% de los pacientes. Se administraron anticonvulsivantes al 59,1% de los pacientes, en ocasiones combinados (levetiracetam 58,5%, valproico 5,1% y fenitoína 2,3%).

320. ¿ES NECESARIA LA PROFILAXIS ANTICONVULSIVANTE EN TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS TRAS UN ACV HEMORRÁGICO?

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

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

Objetivos: Analizar la incidencia de convulsiones y relacionarla con el uso de tratamiento anticonvulsivante en pacientes con ACV hemorrágico.

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 interven-



Conclusiones: Hemos realizado estudio electrofisiológico en tan solo la mitad de los pacientes. Esta monitorización podría disminuir la intensidad del tratamiento anticonvulsivante. En los pacientes con lesión de fosa posterior no parece justificado el uso de tratamiento profiláctico.

321. ¿CÓMO EVOLUCIONAN LOS PACIENTES CON ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA TRATADOS CON VASODILADORES INTRAARTERIALES MEDIANTE ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL?

Morán Gallego FJ, García Ortiz C, Sánchez Casado M, Morales Varas G, Gómez Cano I, Piza Pinilla RH, Guerra Cuervo JM, Leal Sanz MP y Marina Martínez LC

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

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) implica morbilidad y mortalidad en población joven. Una de las complicaciones que más pueden ensombrecer el pronóstico funcional de los pacientes con HSA es el desarrollo de isquemia cerebral tardía (ICT). Una de las opciones terapéuticas será la administración de vasodilatadores intraarteriales mediante arteriografía. Describimos nuestra experiencia.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) especializada en pacientes neurocríticos. Se recogen pacientes que ingresan en UCI con diagnóstico de HSA y a los que tras sospecha de isquemia cerebral tardía se les administra nimodipino intraarterial. Incluimos variables clínicas, de las características de la HSA y evolutivas. Los datos se recogen entre 2013 y 2021.

Resultados: En el período de estudio 378 pacientes presentaron HSA, siendo el 85% aneurismáticas. A 26 pacientes (6,91%) se les administra tratamiento con nimodipino intraarterial tras deterioro neurológico y diagnóstico de vasoespasm (mediante angioTAC o arteriografía). No hemos encontrado diferencias en datos basales ni en scores de gravedad (Hunt and Hess y Fisher). Si comparamos los pacientes con HSA en los que no se realiza administración de nimodipino VS los que sí, obtenemos los siguientes valores evolutivos: días de estancia en UCI (10 (4-20) vs. 23,5 (15-33); mortalidad UCI (15,9 vs. 15,4%; p = 0,874). En las tablas mostramos la evolución del Rankin modificado, además de otras variables. Entre el alta de UCI y los 6 meses p = 0,045.

Conclusiones: A pesar de no encontrar diferencias en los scores de gravedad, observamos una estancia en UCI muy prolongada que no influye en la mortalidad en UCI. Tras el alta de UCI hasta los 6 meses observamos una mejoría en los resultados funcionales, con resultados mRS 1-2 (pacientes independientes) en el 47,1% de los pacientes, si bien habrá que realizar estudios más amplios para definir sus características.

322. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LA HSA ESPONTÁNEA

Bringas Bollada M, García González I, Delgado Pascual A, Vivar Vela MM, Nieto González J, Valdes Francis E, Postigo Hernández C y Alonso Martínez P
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbimortalidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA entre julio 2012 y octubre del 2022. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, al no ajustarse a una distribución normal. Descriptivo. Análisis bivariados mediante t de Student y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 25 (IBM®) y R.

Resultados: Se analizaron 236 pacientes. El 62,7% fueron mujeres. El 62,7% fueron menores de 65 años. El 72,4% presentaron Fisher III o IV. Se realizaron 216 arteriografías diagnósticas. La lesión subyacente fue en aneurisma en 184 (85,1%) pacientes, en uno de ellos acompañado de malformación vascular. Hubo 2 pacientes con fistula, y 9 malformaciones vasculares (incluida la descrita en aneurisma). En 19 (8%) pacientes

Figura 1 Póster 321

Variable	Categoría	
Datos aneurisma		
Localización de lesión aneurismática	A.Cerebral anterior	7 (26,9%)
	A.Comunicante anterior	1 (3,8%)
	A.Cerebral media	8 (30,8%)
	A.Comunicante posterior	3 (11,5%)
	A.Cerebral posterior	2 (7,7%)
	A.Carótida interna	2 (7,7%)
	A.Basilar	2 (7,7%)
	Sin aneurisma	1(3,8%)
Tratamiento del aneurisma	Quirúrgico	40%
	Endovascular	60%
Datos vasoespasm		
Localización vasoespasm	A.Cerebral anterior	9 (37,5%)
	A.Cerebral media	11 (45,8%)
	A.Carótida interna	3 (12,5%)
	A.Basilar	1 (4,2%)
Focalidad por vasoespasm		18 (69,2%)
TAC perfusion con isquemia		17 (65,4%)
Datos vasoespasm grave doppler		13 (50%)
Día desarrollo vasoespasm		7 (6-10)
Evolucion vasoespasm		
Resolucion angiográfica		21 (87,5%)
Número de sesiones		2 (1-4)
Días en UCI		26
Mortalidad UCI		15.4%

Figura 2 Póster 321

mRS	Al alta de UCI	Al alta hospitalaria	A los 6 meses
1	0	0	11.8%
2	15,4	20%	35.3%
3	15,4	28%	5.9%
4	30,8	24%	17.6%
5	23,1	12%	5.9%
6	15,4	16%	23.5%

no se encontró lesión vascular en la prueba de imagen y no se realizó arteriografía. En el 70,3% tratamiento endovascular de la lesión, solo el 19,5% preciso DVE. El tiempo de demora en ingreso y tratamiento fue de 1 día de mediana (q25: 0; q75: 1). La incidencia de vasoespasmos fue del 14%, y resangrado 9,3%. La mortalidad en UCI fue del 21,6%. En el estudio bivariado, el tratamiento endovascular frente al no tratamiento ($p < 0,001$) se mostró protector. Fueron marcadores de mal resultado: el hematoma intraparenquimatoso y la hemorragia intraventricular ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Los grados III y IV, así como el estrato más bajo del GCS (3-8) tanto en el ingreso como durante la evolución en UCI ($p = 0,001$; $p < 0,001$). La intubación emergente y la necesidad de ventilación mecánica también mostraron significación entre los fallecidos y supervivientes. No tuvo relación la presencia de aneurisma como lesión subyacente.

Conclusiones: La HSA espontánea que llega a ingresar en UCI no muestra una clara preferencia por sexo. De forma mayoritaria la presencia de aneurisma es la causante de dicha hemorragia. El Fisher y el GCS definen la gravedad de los pacientes. El tratamiento endovascular resulta un factor protector, si bien la inmediatez de la arteriografía no parece ser determinante en el resultado final, considerando que la mayoría de las angiografías se hicieron en las primeras 24 horas. La presencia de HIV y la necesidad de ventilación mecánica empeoran los resultados.

323. FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Bringas Bollada M, González Ogallar FJ, González Casanova R, García González I, García Pacios V, Prieto Cabrera A, Moro Punset C, Álvarez González M, Maichle Null S y Palazón Blanco A

Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbilidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA (espontánea y traumática) entre julio 2012 y octubre del 2022. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, o media y DE según ajuste a normalidad. Descriptivo, análisis bivariados mediante U Mann-Whitney y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 394 pacientes. El 48,7% fueron mujeres. El 65,2% fueron menores de 65 años. El 57,8% presentaron Fisher III o IV. El 89,6 tenía lesión vascular asociada. En 305 pacientes se trató la lesión vascular, el 42% fue endovascular y el 35,02% fue quirúrgico. Resangrado en el 9,1% (36). La mortalidad durante estancia en UCI fue del 21,3%. En el multivariado: el tratamiento endovascular fue factor protector OR 0,307 (IC95% 0,16-0,59). El estrato superior de Fisher (OR 3,89 (IC95% 1,86-8,11); el GCS peor en la evolución de forma que el coma presentaba una OR 31,55 (IC95% 11,02-90,32) con respecto a GCS de 13-15, aumentando la mortalidad.

Conclusiones: La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. En la mayoría de los casos se identifica alteración vascular subyacente que es tratada de forma endovascular. El GCS < 9 en la estancia del paciente, así como estratos elevados de Fisher aumentan la mortalidad. La asociación con otros diagnósticos vasculares cerebrales fue también determinante de un peor pronóstico, como la presencia de hematoma subdural, hematoma intraparenquimatoso y la hemorragia intraventricular.

324. MORTALIDAD Y SITUACIÓN FUNCIONAL A LOS 3, 6 Y 12 MESES DE LOS PACIENTES MAYORES DE 79 AÑOS QUE INGRESAN EN UCI CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO (ACVA)

Sánchez Rodríguez P, Sánchez Casado M, Guerra Cuervo JM, Pérez de Albéniz Mateo M, Nombela Escalonilla R, Leal Sanz P, Marina Martínez L, Sánchez Carretero MJ y Gómez Cano I

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

Objetivos: Evaluación de mortalidad en UCI y planta de hospitalización, así como la situación funcional de los enfermos que ingresan en UCI con ACVA.

Métodos: Estudio observacional durante 3 años de los pacientes que ingresan por ACVA isquémico y precisan la realización de trombectomía mecánica. Se analiza la evolución clínica con diferentes escalas de situación funcional (GOS y mRankin) a los 3, 6 y 12 meses así como la mortalidad según grupos de edad.

Resultados: 301 pacientes ingresaron, de los cuales 75 (24,9%) son mayores de 79 años. Si comparamos menores de 80 años vs. mayores de 79 años observamos: mortalidad UCI (16,8 vs. 12,0%; $p = 0,0992$), mortalidad planta hospitalaria (10,5 vs. 30,6%; $p = 0,096$), GOS 3 meses (2,6 \pm 1,4 vs. 3,0 \pm 1,6; $p = 0,351$), mRankin 3 meses (4,1 \pm 1,9 vs. 3,5 \pm 2,1; $p = 0,369$), GOS 6 meses (2,9 \pm 1,6 vs. 2,9 \pm 1,6; $p = 0,970$), mRankin 6 meses (3,6 \pm 2,3 vs. 3,8 \pm 2,1; $p = 0,600$), GOS 12 meses (3,0 \pm 1,6 vs. 2,7 \pm 1,6; $p = 0,383$) y mRankin 12 meses (3,6 \pm 2,3 vs. 4,0 \pm 2,1; $p = 0,378$).

Conclusiones: En los pacientes mayores de 79 años con ACVA en UCI hemos encontrado un diferente perfil en la mortalidad (menor en UCI y mayor en planta) aunque estadísticamente no es significativo. En la situación funcional a los 3, 6 y 12 meses no se han encontrado diferencias.

325. HSA ANEURISMÁTICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CASOS 2015-2022 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA

López Fajardo P, Viera Rosales S, Pérez López M, Cañibano López P, Artazkoz Marques de Oliveira A y Peinado Rueda E

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

Objetivos: Presentamos la descripción epidemiológica de nuestra serie de casos y un estudio de la efectividad a medio-largo plazo en el manejo de la HSA aneurismática.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional sobre la serie de casos de HSA de origen aneurismático ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva del HUNSC de Santa Cruz de Tenerife en el periodo 2015-2021. Las variables epidemiológicas son: edad, sexo, escala de gravedad pronóstica de isquemia diferida (Vasograde), localización del aneurisma y tipo de tratamiento (embolización o clipado). Las complicaciones isquémicas se diagnosticaron por tomografía computarizada y se clasificaron según el tiempo de aparición en: isquemia precoz (lesión isquémica aguda al ingreso), isquemia periprocedimiento (definida como cualquier lesión isquémica que aparece *de novo* en las siguientes 48 horas postratamiento) e isquemia diferida. Asimismo, se estudió la Mortalidad de cada una de ellas, y la escala Rankin modificado a los tres meses de los pacientes con isquemia diferida como escala de efectividad.

Resultados: Se analizaron un total de 134 pacientes con una media de edad 54 años, el 57% correspondió al sexo femenino. El 65% presentaron aneurismas de la circulación anterior y el 35% de circulación posterior. El 84% de los pacientes estuvieron englobados en el grupo Vasograde verde, el 34,2% en Vasograde amarillo y el 57,4% en Vasograde rojo. En el 54,3% de los pacientes se optó por la embolización aneurismática y en el 26,6%, se eligió clipaje. El 13% desarrolló isquemia precoz de los cuales el 20,5% falleció. El 34,6% se complicó con isquemia periprocedimiento falleciendo el 35,7%. 42 pacientes (31,3%) desarrollaron isquemia diferida y el Rankin modificado con el que quedaron a los 3 meses del diagnóstico fue: Rankin \leq 2: 21 (50%), Rankin 3-4: 3 (7,2%), Rankin 5: 4 (9,5%) y Rankin 6: 14 (33,3%).

Conclusiones: El perfil de nuestra serie, es una mujer de menos de 65 años con aneurisma de circulación anterior tratado mediante embolización con coils. Las escalas de gravedad que predominó fue Vasograde amarillo. La incidencia de DCI es similar a otras series con una mortalidad del 33%. El 50% de los pacientes con isquemia diferida quedó con discapacidad leve.

326. ANÁLISIS DE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN LA PREDICCIÓN DEL DAÑO NEUROLÓGICO TARDÍO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA NO TRAUMÁTICA

Serra Soler S¹, Sánchez Satorra M¹, Misis del Campo MT¹, Alcalde-Herraiz M², Català Sabaté M³, Ferrés Llach J¹, Selva Armadans I¹, Ricart Martí P¹, Blasco Torres C¹ y González Martínez E¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ²UPC-Barcelona Tech, Barcelona. ³University of Oxford, Oxford, Reino Unido.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea no traumática (HSANT) es una emergencia neurológica. Tras la rotura de un aneurisma se inicia una cascada inflamatoria que contribuye al desarrollo de daño neurológico tardío (DNT) empeorando el pronóstico funcional de los pacientes. El objetivo de este estudio es identificar posibles biomarcadores inflamatorios en plasma asociados de forma significativa con el riesgo de desarrollar daño neurológico tardío.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en UCI nivel III entre enero 2019 y septiembre 2022. Se incluyen pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HSANT. Se excluyen aquellos con cronología incierta del sangrado o pronóstico vital infausto al ingreso. Se analizan biomarcadores en sangre y en LCR implicados en las vías de neuroinflamación, la trombosis y la regulación del óxido nítrico a los días 0, 3 y 7 de ingreso. En relación a inflamación se han analizado leucocitos (y sus proporciones), fibrinógeno, ferritina, troponina, dímero D, procalcitonina, interleucina-6 (IL-6) y proteína C reactiva (PCR). Se ha utilizado el test estadístico ANOVA para el análisis univariante de las variables con una distribución normal. Para las variables categóricas se ha utilizado el test estadístico χ^2 . En ambos casos se ha considerado estadísticamente significativo p valor inferior a 0,05. Los datos se expresan en medias y desviación estándar.

Resultados: Se incluyen 162 pacientes con edad media 57 años (25-88 años). 96 mujeres (57%). APACHE II 20 puntos (4-39 puntos), la puntuación APACHE se asocia de forma significativa al DNT ($p = 0,01$). 47 pacientes (29%) presentan DNT. Hunt-Hess: I 16% (de estos 12% desarrollan DNT), II 34% (22%), III 23% (43%), IV 16% (23%), V 11% (56%). La gravedad en Hunt-Hess se asocia de forma significativa a la presencia DNT ($p = 0,01$). El 75% de los pacientes incluidos presentan HSANT Fisher IV, presentando DNT un 32% de ellos pero sin mostrar asociación significativa ($p = 0,26$). Los resultados obtenidos en relación a los biomarcadores se resumen en la tabla.

Conclusiones: Prácticamente un tercio de los pacientes con HSANT presentan daño neurológico tardío asociándose a la gravedad clínica (Hunt-Hess y APACHE II) al ingreso, no con gravedad en escala de Fisher. Los valores de leucocitos, neutrófilos, PCR, IL-6 y ferritina al ingreso se asocian de forma significativa al desarrollo de daño neurológico tardío en los pacientes con HSANT.

tos (FAE), el desarrollo de complicaciones asociadas a dichos procesos y la calidad de vida tras el alta hospitalaria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal retrospectivo que incluyó a adultos ingresados en situación de SER y SESR entre 01/01/2020 y 31/12/2022 en la UCI del Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante, España.

Resultados: En la distribución obtenida se objetivó una n de 52 pacientes (51,92% varones y 48,08% mujeres). La mediana de edad de presentación fue de 63,5 años. Las etiologías más frecuentes en nuestra serie son la epilepsia previa con un 30,77% y la enfermedad cerebrovascular (ECV) (26,92%). Las crisis más frecuentemente presentadas fueron tónico-clónicas (57,69%). Se emplearon una mediana de 4 FAE/paciente. La mediana de estancia hospitalaria fue 23 días, mientras que en UCI fue 17,9 días. El 98,08% de pacientes precisó ventilación mecánica invasiva (VMI). El 51,92% no respondieron a las terapias farmacológicas iniciales con sedación y FAE, presentando SESR. La complicación más desarrollada fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM) con un 28,85% ($n = 15$), seguida de la insuficiencia renal aguda con un 26,92%. El 34,62% de pacientes ($n = 18$) quedaron con secuelas neurológicas al alta hospitalaria (GOS al alta < 5 y > 1 puntos), redundando estas en una discapacidad moderada para el paciente con independencia para actividades de la vida diaria (GOS 4) en el 19,23% de casos y una discapacidad grave con dependencia para actividades de la vida diaria (GOS 3) en el 13,46% de casos. El 32,69% de pacientes ($n = 17$) falleció.

Conclusiones: El SER es una emergencia médica que precisa ingreso y manejo en UCI, siendo frecuente en el paciente crítico y requiriendo diagnóstico y tratamiento precoz. Su etiología es diversa y aunque en nuestra serie prevalece la patología crónica como la epilepsia (30,77%), también se asocia a procesos agudos como la ECV (26,92%). Requiere ingreso prolongado en UCI (mediana de estancia de 17,9 días), con VMI en el 98% de casos. Su tratamiento es complejo, precisando generalmente polimedicación (mediana de 4 FAE/paciente). La complicación más frecuente fue la NAVIM (28,85%). En nuestra serie el 51,92% de pacientes fueron dados de alta con buena recuperación, déficits menores o una discapacidad moderada con independencia en las actividades de la vida diaria, siendo *exitus* el 32,69% de casos

327. REVISIÓN RETROSPECTIVA DEL STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO Y SUPERREFRACTARIO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Aguado Pedrosa Á, Mataix Manero M, Mendazona Zufía IB, Zazo Sanchidrián MC y Díaz Barranco M

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Determinar las características de los pacientes que ingresan en situación de *status* epiléptico refractario (SER) y superrefractario (SESR) en la UCI, el empleo de distintos fármacos sedantes y antiepileptí-

328. PARÁMETROS BIOQUÍMICOS PREDICTORES DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA PRECOZ EN EL PACIENTE CON TRAUMA

Amírola Sarmiento de Sotomayor C, Marcos Morales A, Barea de Mendoza J, Chico Fernández M, García Fuentes C, Martín Delgado MC, Cueto-Felgueroso Ojeda C y Calvo Boyero F

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Se analizó qué parámetros bioquímicos solicitados al ingreso en UCI de pacientes traumáticos se asocian al desarrollo de síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO).

Figura Póster 327

	DÍA 0	DÍA 3	DÍA 7
Leucocitos (x10⁹/L)	No DNT: 13,5 (4,9) Sí DNT: 14,7 (4,4) p= 0,04	No DNT: 11,6 (3,7) Sí DNT: 13,2 (5) p= 0,01	No DNT: 11 (3,3) Sí DNT: 11,1 (4,2) p= 0,99
Neutrófilos (%)	No DNT: 82 (9,4) Sí DNT: 85,4 (6,3) p= 0,01	No DNT: 76,7 (9,6) Sí DNT: 78,3 (8,6) p= 0,24	No DNT: 73,1 (10,1) Sí DNT: 73,9 (8,4) p= 0,71
Fibrinógeno (mg/dL)	No DNT: 434,8 (99,1) Sí DNT: 448,1 (102,9) p= 0,09	No DNT: 571,8 (177,9) Sí DNT: 643,5 (188) p= 0,03	No DNT: 617,1 (196,5) Sí DNT: 746,6 (247,5) p= 0,01
PCR (mg/L)	No DNT: 11,9 (22,9) Sí DNT: 16,4 (21,1) p= 0,04	No DNT: 47,3 (59,5) Sí DNT: 70,1 (70,1) p= 0,22	No DNT: 36,6 (55,9) Sí DNT: 68,1 (92,3) p= 0,01
Interleucina-6 (pg/ml)	No DNT: 25,4 (38,9) Sí DNT: 49,9 (125,4) p= 0,03	No DNT: 43,2 (93,9) Sí DNT: 37,8 (46,8) p= 0,83	No DNT: 35,1 (126,1) Sí DNT: 19,2 (18,2) p= 0,5
Ferritina (ng/mL)	No DNT: 117 (75,5) Sí DNT: 268,9 (183,9) p= 0,01	No DNT: 176,3 (108) Sí DNT: 317,5 (173,6) p= 0,01	No DNT: 240,3 (155,8) Sí DNT: 442,3 (205,1) p= 0,11
Los datos se expresan en mediana (standard).			

Figura Póster 328

Estadísticas de grupo				Sig. (bilateral)
SDMO	n	Media	Desviación típ.	
Actividad de Proteína (0h) No SDMO	2044	86,39	19,311	.000
SDMO	138	86,39	17,810	
Actividad de Proteína (24h) No SDMO	1402	82,12	14,089	.000
SDMO	97	72,89	14,221	
Albumina (0h) No SDMO	1993	3,796708	8699712	.000
SDMO	136	2,902332	8059227	
Albumina (24h) No SDMO	1294	3,271020	4041481	.000
SDMO	92	2,779832	3022198	
Ca++ (0h) No SDMO	1402	1,077192	3999198	.000
SDMO	89	1,000228	1427886	
Ca++ (24h) No SDMO	1214	1,072479	1029290	.000
SDMO	90	1,043232	1189758	
CK (0h) No SDMO	1938	102,4487	2434,89438	.000
SDMO	107	2016,1889	3632,46888	.001
CK (24h) No SDMO	1302	1919,7821	4429,30718	.000
SDMO	98	6202,8333	12922,87049	.002
Cloro (0h) No SDMO	2080	105,860209	6,9991069	.000
SDMO	136	110,587736	7,3582736	.000
Cloro (24h) No SDMO	1492	106,300024	5,7477099	.000
SDMO	93	114,220400	7,8204440	.000
Creatinina (0h) No SDMO	2073	364173	3891948	.000
SDMO	138	1,105524	4062910	.000
Creatinina (24h) No SDMO	1320	740238	3282744	.000
SDMO	98	1,272143	8129202	.000
EB (0h) No SDMO	1428	-2,979	4,8702	.000
SDMO	89	-8,363	7,0823	.000
EB (24h) No SDMO	1251	-1,011	3,1611	.000
SDMO	92	-4,238	4,7940	.000
Hemoglobina (0h) No SDMO	1938	147,28	87,282	.043
SDMO	99	123,80	81,876	
Hemoglobina (24h) No SDMO	1342	146,18	112,864	.010
SDMO	82	114,29	121,738	
Proteína (0h) No SDMO	997	3,188976	1,2895498	.000
SDMO	98	4,870980	3,2019475	.000
Proteína (24h) No SDMO	477	2,778238	8334482	.000
SDMO	54	3,773444	1,7894938	.000
Suero (0h) No SDMO	2080	140,498781	90,7278824	.000
SDMO	107	185,298131	76,1081786	.000
Suero (24h) No SDMO	1402	125,108830	21,8822191	.000
SDMO	92	191,620000	51,6700492	.000
Hemoglobina (0h) No SDMO	2076	12,818	2,2830	.000
SDMO	138	11,279	3,3379	.000
Hemoglobina (24h) No SDMO	1916	11,068	1,9842	.010
SDMO	98	11,243	2,8821	.000
HR (0h) No SDMO	2044	1,190034	4014871	.000
SDMO	108	1,427130	4616347	.000
HR (24h) No SDMO	1402	1,167268	1424286	.000
SDMO	97	1,278261	2201208	.000
Lactato (0h) No SDMO	1198	2,190	1,6370	.000
SDMO	79	5,839	4,3213	.000
LACTO (24h) No SDMO	888	1,376	1,1296	.000
SDMO	79	4,004	2,8938	.000
Lactato (0h) No SDMO	2076	13,882	9,9404	.473
SDMO	138	15,158	9,9173	.002
Lactato (24h) No SDMO	1916	10,300	3,7682	.008
SDMO	98	11,448	6,3427	.003
HLR (0h) No SDMO	2076	8,722678	8,8148481	.203
SDMO	138	7,639181	9,4991094	.244
HLR (24h) No SDMO	1916	9,554363	7,2863366	.000
SDMO	98	12,515779	8,9025430	.002
pH (0h) No SDMO	1428	7,3988	28973	.000
SDMO	89	7,2367	14994	.000
pH (24h) No SDMO	1281	7,3782	28871	.000
SDMO	92	7,3198	28919	.000
PaO2 (0h) No SDMO	2076	224,89	95,172	.000
SDMO	138	170,70	76,870	.000
PaO2 (24h) No SDMO	1817	168,87	81,707	.000
SDMO	98	131,38	87,849	.000
Sodio (0h) No SDMO	2080	141,606228	6,4228708	.000
SDMO	138	148,460000	7,0898620	.000
Sodio (24h) No SDMO	1492	142,279011	6,7603110	.000
SDMO	93	149,622881	7,4634234	.000
TPPa (0h) No SDMO	2042	28,910240	8,1243844	.000
SDMO	138	40,517980	23,8698108	.000
TPPa (24h) No SDMO	1401	27,99828	3,8676476	.000
SDMO	97	30,642208	5,8248236	.000
Urea (0h) No SDMO	1929	31,071818	14,8242485	.003
SDMO	91	36,990111	17,9047898	.012
Urea (24h) No SDMO	1040	28,288423	14,7791299	.000
SDMO	82	42,013418	18,2601183	.000

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI de Trauma de un centro hospitalario de tercer nivel, a partir de una base de datos recogida prospectivamente. Se incluyeron pacientes ingresados entre enero 2012 y marzo de 2022 con estudio analítico completo al ingreso. Los pacientes se clasificaron en función del desarrollo de SDMO, definido mediante la escala SOFA (Sequential-related Organ Failure Assessment) como la afectación de ≥ 2 órganos con una puntuación ≥ 2 , así como entre SDMO precoz (< 72 h), y SDMO tardío (≥ 72 h). Se realizó análisis multivariante mediante regresión logística para obtener los parámetros analíticos predictores del desarrollo de SDMO.

Resultados: De 2.284 pacientes se excluyeron 61 al no disponer de estudio analítico completo, por lo que 2.223 pacientes constituyeron la población del estudio. La media de edad fue de 43 años (DT 18,27) con 77% de hombres. La mediana del score de severidad de lesiones (ISS) fue 17 (RIC 9-27). El 86% sufrió trauma cerrado, las lesiones más frecuentes con puntuación ≥ 3 en la escala de lesiones abreviada (AIS) fueron: el trauma craneoencefálico (37%), el trauma torácico (35%), el trauma pélvico o de extremidades (25%) y el trauma abdominal (13%). La incidencia de SDMO fue del 5% (118 pacientes) la mayoría de presentación temprana (92%). El análisis univariante se muestra en la tabla. En el análisis multivariante se incluyeron los parámetros analíticos obtenidos al ingreso (0 h), para los cuales el desarrollo de SDMO

precoz se asoció significativamente con la albúmina (OR 0,55; IC95% 0,31-0,96) y el lactato (OR 1,59; IC95% 1,32-1,92). Asimismo, se realizó el análisis de los parámetros tras 24 h en el cual el SDMO precoz se asoció con: lactato (OR 1,88; IC95% 1,45-2,46) y creatinina (OR 5,9; IC95% 2,32-15,1).

Conclusiones: La incidencia de SDMO en nuestra muestra fue del 5%, la mayoría temprana (92%). Este SDMO precoz se asoció con lactato elevado y albúmina disminuida medidos al ingreso así como con lactato y creatinina elevadas a las 24h. Estas determinaciones analíticas son fácilmente medibles en nuestro medio y conocer su relación con el desarrollo de SDMO puede constituir una ayuda en la estratificación inicial de este grupo de pacientes.

329. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). ANÁLISIS DE SERIE DE CASOS Y REPERCUSIONES CLÍNICAS

Fuentes Gorgas F, Martín Sastre S, Campos Fernández D, Santamarina Pérez E, Sueiras Gil M, Thonon VC, Palmada Ibars C, Gràcia Gonzalo RM, Ferrer Roca R y Sánchez Corral A

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar las características clínicas de la serie de casos de PRES ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona entre los años 2021 y 2022, así como las repercusiones de dicho diagnóstico sobre la pauta terapéutica. Nuestra hipótesis es que los pacientes críticos que se complican con un PRES tienen un peor pronóstico, aumento de la estancia hospitalaria y a su vez requieren modificaciones trascendentes en el tratamiento de la enfermedad de base.

Métodos: Durante los años 2021 y 2022 se diagnosticaron 7 casos de PRES en pacientes ingresados en la UCI. Se analizaron prospectivamente sus variables clínicas y demográficas; así mismo, se les mantuvo en seguimiento durante todo el ingreso hospitalario. La variable principal fue el requerir un cambio trascendente en su tratamiento basal (cambio/suspensión de medicación inmunosupresora, decisiones clínicas sobre final de vida...). Se evaluó a su vez el número de fármacos antiepilépticos (FAE) y sedantes que requirieron durante su ingreso en UCI. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico por no cumplir criterios de normalidad según el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se expresan como frecuentes y porcentajes. Se empleó SPSS v15.0.

Resultados: Nuestra muestra está formada por 7 pacientes, con una edad mediana de 42 años (21, 64). El 57% eran mujeres. La estancia mediana en UCI fue de 12 días (8, 15) y hospitalaria de 20 días (16, 107). El valor de APACHE-II mediano fue 27 (17, 31). Durante el ingreso fallecieron el 28%. El diagnóstico de PRES pudo confirmarse mediante RMN cerebral en el 85%. Los diagnósticos basales fueron: un caso de HSA durante soporte en ECMO por COVID-19; en 2 casos, tratamiento con anticalcineurínicos tras un trasplante pulmonar; un caso de preeclampsia grave; un caso de politraumatismo; un caso de neurolupus; un caso de crisis hipertensiva. Hasta un 57% requirieron un cambio importante en su plan terapéutico. Concretamente, uno de los dos posoperados de trasplante bipulmonar tuvieron que cambiar la inmunosupresión a rapamicina. En el caso de la crisis hipertensiva, supuso un deterioro del nivel de consciencia que requirió reconexión a la ventilación mecánica. Recibieron 2 FAE (1, 4) y dos sedantes simultáneos (1, 3).

Conclusiones: El PRES es una complicación rara pero grave de los pacientes críticos, con múltiples patologías de base. EN muchos casos implica un cambio en plan terapéutico y se relaciona con mayor estancia hospitalaria. Su diagnóstico de sospecha suele confirmarse con RMN.

una edad media global de 64,5 años. La mayoría de las indicaciones fueron por síncope de perfil cardiogénico (81,8%), 1 por ictus criptogénico y otra por mareo. Se documentó 1 única complicación en forma de dehiscencia de la sutura. En el 45% de los Holter implantados se detectó el evento diana, precisando todos ellos de estimulación cardíaca definitiva. El tiempo medio hasta la detección de la sintomatología cardinal fue de 88,8 días.

Conclusiones: El Holter subcutáneo es una herramienta con gran sensibilidad diagnóstica, escasa invasividad y complicaciones. Es fundamental una selección adecuada del paciente, así como una optimización en el seguimiento periódico de los dispositivos. Coincidiendo con el implante de Holter implantables han aumentado ligeramente los primoinplantados de marcapasos en nuestra unidad, que se deberá refrendar en los próximos años.

331. COMPLICACIONES TRAS EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA PERMANENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Piñero SV, Jiménez Medina D, Zarza Márquez MdM, Nomdedeu Fernández M, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, García García ME, Murcia J y Serrano Torres V

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

Objetivos: La prevalencia de los trastornos de la formación y/o conducción del impulso cardíaco se ha visto incrementada en las últimas décadas, debido a la mayor esperanza de vida de la población y por ello mayor comorbilidad. Es por eso que en la actualidad, ha aumentado la indicación de dispositivos de estimulación cardíaca permanente (marcapasos definitivo). El implante de un marcapasos definitivo es un procedimiento quirúrgico, por ello susceptible de desarrollar complicaciones, la mayoría de ellas derivadas de la técnica. Existen diversas complicaciones, algunas de ellas dependientes de la vía de acceso utilizada (endovenosa o epicárdica), técnica u operador. Pero también otras, consecuencia de factores de riesgo intrínsecos del paciente como pueden ser el antecedente de cardiopatía isquémica, la edad, o demás comorbilidades asociadas, etc. El objetivo es describir las complicaciones precoces (< 24 horas) más frecuentes derivadas del implante de un dispositivo de estimulación cardíaca permanente. Además describir las características que más se repiten a la hora de desarrollar dichas complicaciones.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuya población la constituyen los pacientes a los que se le ha implantado un marcapasos definitivo en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Universitario Santa Lucía (hospital de segundo nivel con 27 camas) entre enero de 2019 hasta mayo de 2022, siendo un total de 342 pacientes. Unidad que dispone de la implantación de un sistema de calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 desde el año 2018.

Resultados: De los 342 pacientes a los que se le fue implantado un marcapasos definitivo en el periodo descrito, desarrollaron complicaciones precoces derivadas de la intervención un 5,84% (20 pacientes). Entre los eventos encontrados se encuentran taponamiento cardíaco (30%); desplazamiento de la sonda auricular (25%); desplazamiento de la sonda ventricular (20%), neumotórax pospunción venosa subclavia (15%) y desplazamiento de ambas sondas, auricular y ventricular (10%).

Defensa pósteres

MARCAPASOS/ARRITMIAS

11:40-12:00 h. PANTALLA 1

330. EXPERIENCIA EN EL INICIO DE IMPLANTES DE HOLTER SUBCUTÁNEOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

Jiménez Martínez E

Hospital General de Riotinto, Huelva.

Objetivos: Describir las características de los pacientes, indicaciones, complicaciones y eventos detectados tras el implante de holter implantables desde el inicio de la actividad en la UCI del Hospital de Riotinto en febrero de 2021 hasta diciembre de 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en la UCI del Hospital de Riotinto, desde el inicio de la actividad en febrero de 2021 hasta diciembre de 2022. Analizamos la edad y sexo de los pacientes, la sintomatología que origina la indicación, la existencia de complicaciones en forma de decúbito, infección o sangrado, la efectividad en forma de eventos diana detectados (pausas significativas, bloqueos auriculo-ventriculares paroxísticos y fibrilación auricular *de novo*) así como el tiempo hasta que se constata dicho evento. Por último, registramos el porcentaje de pacientes que necesitaron dispositivos de estimulación cardíaca definitiva. A los pacientes se les entregó al implante un activador que debían pulsar cuando presentaran sintomatología diana y se les entregaba un teléfono donde contactar en caso de dicha sintomatología así como citas periódicas en consulta.

Resultados: En total se implantaron 11 dispositivos (7 Reveal XT y 4 Linq2 de Medtronic), de los cuales un 63,6%, correspondían a mujeres con

