

Defensa pósteres

CARDIOVASCULAR/CIRUGÍA CARDIACA 10:40-11:00 h. PANTALLA 1

529. RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS DE DISECCIÓN DE AORTA TIPO A EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE REFERENCIA PARA CIRUGÍA CARDIACA (2013-2022)

Iñigo Morrás E, Iglesias Posadilla D, Boado Varela MV, Mourelle Vázquez L, Corera Cia M, Hoya González C, Rivas Bilbao A, Kadi Ayad S, Rubio Gaztelu M y Higuera Lucas J

Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: La disección de aorta tipo A es una entidad con tasas de mortalidad muy elevadas. Nuestro objetivo es describir la etiología, presentación clínica, escalas de gravedad, el tiempo hasta la cirugía, las complicaciones y la mortalidad de todos los casos recogidos.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de los casos de disección de aorta tipo A, que ingresan en el hospital de referencia para cirugía cardíaca entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2022. Se analizan las características demográficas del paciente, el tipo de instauración del cuadro, tipo de intervención quirúrgica y complicaciones en el posoperatorio en UCI (sangrado posoperatorio, reintervención, insuficiencia respiratoria, traqueotomía, ACV, ECMO, dehiscencia esternal) y, por último, la mortalidad. Los datos fueron analizados usando el paquete Stata 16.1.

Resultados: Se recogieron 52 casos, de los cuales el 73,08% eran varones, con una edad media de 64,45 (DE 12,5) años, con un APACHE-II medio de 22,59 (DE 8,12) y un SAPS-III medio de 56,32 (DE 13,28). El factor de riesgo más común es la hipertensión arterial (67,31%), dislipemia (57,14%), fumador (36,54%), cardiopatía hipertensiva (19,23%). La intervención quirúrgica se produjo en las primeras 24h en el 92,15%. Entre las complicaciones inmediatas destacan el sangrado posoperatorio con necesidad de politransfusión (38,46%), reintervención quirúrgica (30,77%). Otras complicaciones importantes son la insuficiencia renal (44,23%), insuficiencia respiratoria (34,62%), infección (38,46%), necesidad de traqueotomía (13,46%), ACV (25%), ECMO (5,77%). Un 17,31% falleció en el quirófano mientras que un 36,54% lo hizo en UCI. En nuestra muestra, la mortalidad en quirófano sigue siendo elevada (17,31%) y en UCI (36,54%), siendo la global del 55,77%. Al separar en dos grupos (2013-2017 y 2018-2022) vemos cómo la mortalidad disminuye, siendo en el primer grupo del 65,22% y del 48,22% si bien no es estadísticamente significativo ($p = 0,26$). Se realiza una regresión logística simple con las variables del estudio, no siendo ninguna estadísticamente significativa. No obstante, realizamos una regresión logística múltiple logrando un área bajo la curva del 95,6% con sensibilidad del 75% y especificidad del 92,3% para predecir mortalidad.

Conclusiones: En nuestra muestra la disección de aorta tipo A tuvo una tasa de mortalidad del 55%. El 92% de los pacientes se intervino en menos de 24 horas. Entre las complicaciones más frecuentes destacan el fracaso renal agudo y las infecciones. Obtuvimos un área bajo la curva del 95,6% para predecir mortalidad.

530. SÍ AL PROTOCOLO FAST TRACK TRAS UNA CIRUGÍA CARDIACA PROGRAMADA

Martínez Martínez AI, Martín Bautista M, Andreu Ruiz A, Albacete Ródenas P, Marco Juan A y Suárez Ramos P

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: Dilucidar el porcentaje de pacientes que son dados de alta de nuestra UCI a las 24 horas de una cirugía cardíaca programada, tras la aplicación del protocolo Fast Track (extubación < 6 horas tras la intervención, optimización de analgesia, inicio de fisioterapia respiratoria, movilización e ingesta oral precoz). Analizar en este grupo las complicaciones y tasa de reingresos, causa de la misma y mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo sobre los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad tras someterse a una cirugía cardíaca durante el año 2022. Las variables que se han analizado son:

edad, sexo, tipo de cirugía realizada, días de estancia en UCI, reingreso, causa de reingreso y *exitus*.

Resultados: Se realizaron un total de 430 cirugías cardíacas, de las cuales 269 (62,5%) fueron programadas. La mayoría de estas fueron sobre válvula única (42%), seguidas de cirugía sobre válvulas múltiples (19%), otras cirugías que comprometen aorta (18%), cirugía de válvula con *bypass* (10%), *bypass* sin circulación extracorpórea (10%) y *bypass* con circulación extracorpórea (1,5%). El 62% fueron varones y el 38% mujeres. La media de edad fue de 65 años. 139 pacientes, 51,67%, fueron dados de alta a las 24 horas. La tasa de reingresos fue baja, tan solo 6 pacientes (4,3%) necesitaron reingreso en UCI, 5 por trastornos del ritmo cardíaco y 1 por resangrado, siendo uno de ellos *exitus*.

Conclusiones: La aplicación del protocolo en los pacientes que se someten a una intervención cardíaca programada, permite acortar a 24 horas la estancia en UCI, sin aumentar la morbimortalidad. La tasa de reingresos fue baja y en tan solo uno de ellos se produjo a las 24 horas del alta. La causa más frecuente fue por taquiarritmias (66,5%), debiendo revisar los protocolos de controles analíticos, programación de marcapasos provisionales y revisión de telemetrías en Sala de Hospitalización. Tras la revisión realizada, creemos que podría mejorar el número de pacientes que cursan alta el primer día, ya que un 70% del total de programas se realizan a las 48 horas.

531. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA CIRUGÍA CARDIACA (CC) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) POLIVALENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN) DURANTE LA PANDEMIA: ANÁLISIS DEL IMPACTO Y RECUPERACIÓN

Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Ares Miró P, Presa Orue A, Arregui Remón S, Ruiz Lucea J, Agudo Pascual Ó y Esparza Artanga L

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Durante la pandemia la actividad asistencial de las UCI se ha visto comprometida por la alta presión de camas, especialmente en el área del paciente quirúrgico programado. Interesa analizar el impacto de la pandemia en la actividad asistencial y en las características de los pacientes ingresados en una UCI polivalente tras intervención programada o urgente de CC, tratando de identificar y definir posibles cambios y diferencias durante estos años.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analiza una muestra de un registro prospectivo de 1.224 pacientes sometidos a CC en los últimos 5 años. Se compara el periodo prepandémico (2018-2019), pandémico (2020 y 2021) y su recuperación durante el año 2022. Se registra de forma exhaustiva diferentes variables en relación a las características generales del paciente y de la cirugía.

Resultados: Se objetiva una recuperación en el número de pacientes sometidos a CC-CEC durante el año 2022, que es incluso superior a las cifras registradas en el periodo prepandémico. El perfil del paciente es un varón de mediana edad, sin factores de riesgo cardiovascular, fracción de eyección conservada (> 50%), con escalas NYHA (1-2), Euroscore (5%) y APACHE (10-11) bajas y que se somete a su primera CC. La cirugía más frecuente es la valvular programada, con un tiempo de CEC prolongado (> 90 minutos) y sin necesidad de balón de contrapulsación intraaórtico. La complicación más frecuente es la insuficiencia respiratoria aguda (12-20%), seguida de la insuficiencia renal aguda (8-13%) y la reintervención (4-7%). La estancia media es corta (5-6 días) y la mortalidad baja, siendo esta menor del 3% salvo en el año 2020, que fue del 5%. En cuanto a las complicaciones quirúrgicas en el 2020, se objetiva mayor incidencia de *shock* cardiogénico y SDMO. Llama la atención que hay una disminución de la cirugía valvular, el tiempo CEC y los días de ingreso en UCI a lo largo de los años.

Conclusiones: En el año 2022 se objetiva una recuperación en la actividad de la CC en el HUN, llegando incluso a superar la de los años previos. El perfil de paciente es muy similar en todos los periodos estudiados. Hay una disminución de la cirugía valvular, el tiempo de CEC y los días de ingreso en UCI con la sucesión de los años.

532. RESULTADOS TRAS INICIAR PROGRAMA TAVI EN UN HOSPITAL SIN CIRUGÍA CARDIACA

Fernández Morales P, Martínez Cabezas A y Poyatos Aguilera ME

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Figura Póster 531

	PREPANDEMIA	2020	2021	2022
Características generales				
Nº de pacientes, n	525 -2018: 255 -2019: 268	221	199	279
Género mujer, n (%)	182 (34.67)	64 (28.83)	54 (27.14)	76 (27.24)
Edad, \bar{x} +/- DE	67.53 +/- 9.74	66.86 +/- 9.58	65.17 +/- 10.99	65.56 +/- 10.69
Peso, \bar{x} +/- DE	77.11 +/- 13.60	77.97 +/- 14.52	78.91 +/- 13.31	78.60 +/- 14.93
NYHA, \bar{x} +/- DE	2.14 +/- 0.81	1.93 +/- 0.80	2.02 +/- 0.79	1.93 +/- 0.79
EPOC, n (%)	54 (10.29)	15 (6.76)	13 (6.53)	25 (8.96)
DM, n (%)	35 (6.67)	10 (4.50)	13 (6.53)	23 (8.24)
Arteriopatía, n (%)	29 (5.52)	16 (7.21)	17 (8.54)	18 (6.45)
EUROSCORE, \bar{x} +/- DE	5.74 +/- 2.81	5.34 +/- 2.73	5.13 +/- 2.85	5.60 +/- 3.19
APACHE, \bar{x} +/- DE	10.96 +/- 4.72	10.86 +/- 4.60	10.89 +/- 5.29	11.43 +/- 4.97
FE, \bar{x} +/- DE	56.99 +/- 10.78	56.80 +/- 10.84	54.98 +/- 10.96	57.04 +/- 9.92
PSAP, \bar{x} +/- DE	41.60 +/- 11.51	42.03 +/- 12.77	40.58 +/- 11.72	38.84 +/- 12.40
Cirugía previa, n (%)	30 (5.71)	8 (3.60)	6 (3.02)	17 (6.09)
Características de la cirugía				
Cirugía emergente, n (%)	17 (3.24)	6 (2.70)	11 (5.53)	22 (7.89)
Cirugía coronaria, n (%)	176 (42.20)	107 (33.52)	109 (54.77)	125 (44.80)
- >3 puentes, n (%)	59 (11.24)	50 (22.52)	51 (25.63)	85 (21.86)
- Tronco CI, n (%)	66 (12.57)	34 (15.32)	39 (19.60)	44 (15.77)
Cirugía valvular, n (%)	385 (73.33)	143 (64.41)	109 (54.77)	165 (59.14)
Cirugía aorta, n (%)	53 (10.10)	25 (11.26)	14 (7.04)	39 (13.98)
Tiempo de CEC, n (%)	123.88 +/- 52.22	121.72 +/- 54.26	109.34 +/- 50.08	108.11 +/- 46.46
Tiempo de clampaje, n (%)	95.37 +/- 52.50	92.33 +/- 39.50	84.20 +/- 37.69	84.95 +/- 39.95
BCIAo, n (%)	16 (3.05)	9 (4.05)	13 (6.53)	19 (6.81)
Complicaciones postquirúrgicas				
Reintervención, n (%)	40 (7.62)	17 (7.66)	15 (7.54)	13 (4.66)
PCR, n (%)	12 (2.29)	3 (1.35)	0	6 (2.15)
Taponamiento, n (%)	17 (3.24)	7 (3.15)	5 (2.51)	7 (2.51)
Shock cardiogénico, n (%)	10 (1.90)	13 (5.86)	6 (3.02)	11 (3.94)
IAM, n (%)	5 (0.95)	9 (4.05)	8 (4.02)	15 (5.38)
Insuficiencia renal aguda, n (%)	57 (10.86)	29 (13.06)	17 (8.54)	36 (12.90)
- TRRC, n (%)	22 (4.19)	11 (4.95)	13 (6.53)	13 (4.66)
Insuficiencia respiratoria, n (%)	102 (19.43)	32 (14.41)	24 (12.06)	48 (17.20)
- Días VMI, \bar{x} +/- DE	2.59 +/- 9.41	1.29 +/- 4.07	1.67 +/- 7.80	1.05 +/- 3.75
- Traqueotomía, n (%)	32 (6.10)	8 (3.60)	6 (3.02)	6 (2.15)
SDMO, n (%)	9 (1.71)	11 (4.95)	7 (3.52)	9 (3.23)
Resultados				
Días ingreso, \bar{x} +/- DE	6.26 +/- 11.79	5.06 +/- 6.83	5.32 +/- 10.79	5.28 +/- 6.52
Mortalidad intra-UCI, n (%)	14 (2.86)	11 (4.95)	4 (2.01)	6 (2.15)

Objetivos: Analizar los resultados en nuestros pacientes tras implantar en el año 2021 el programa TAVI en el Hospital Universitario San Cecilio, hospital que no tiene servicio de cirugía cardíaca.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Datos recogidos durante 2021 y 2022 de todos los pacientes que ingresan en nuestra UCI para implante de TAVI. Heart Team formado por el servicio de Cardiología del HU San Cecilio (cardiólogos hemodinamistas y clínicos) y el servicio de Medicina Intensiva (UCI Cardiológica) del HU San Cecilio y del servicio de Cirugía Cardíaca del HU Virgen de las

Nieves. Se recogen variables demográficas, comorbilidades previas (cardiopatía isquémica, disfunción ventricular, insuficiencia renal), sedación utilizada, complicaciones más frecuentes y datos de mortalidad.

Resultados: Total de 57 pacientes de alto riesgo quirúrgico con estenosis aórtica severa (32 mujeres y 25 varones). Edad media de 82 años (rango entre 63 y 91 años) ECOTT con FE normal (> 50%) = 42 pacientes, FE moderadamente deprimida (40-50%) = 8 pacientes, FE severamente deprimida (< 40%) = 7. Coronariografía con

enfermedad coronaria previa: Sí: 16 pacientes, NO: 41 pacientes. Creatinina basal media de 1,1 mg/dl (0,6-2,7). Durante el procedimiento: Anestesia general e intubación en 10 pacientes y en 47 pacientes sedación consciente con terapia ONAF. Sedación con remifentanyl en 24 pacientes y con dexmedetomidina en 33 pacientes. Trastornos del ritmo que han precisado implante de marcapasos definitivo (12 pacientes de 47 = 25%). Complicaciones presentadas intraprocedimiento: PCR intraprocedimiento (2), broncoespasmo grave (2), vasculares (disección de arteria femoral izquierda (1), pseudoaneurisma femoral izquierdo (1)). Mortalidad: 3 pacientes = 5,26%. Causas: PCR tras implante de válvula (trombosis aguda de árbol coronario por posible reacción paradójica a la heparina), taponamiento cardiaco (rotura de ventrículo izquierdo comprobada tras esternotomía por parte de C. cardiaca) y *shock* cardiogénico (evolución en las primeras horas tras la llegada a UCI, a pesar de implante de asistencia ventricular izquierda con Impella).

Conclusiones: La mortalidad total es de un 5,26% (3 pacientes, de edad: 78, 85 y 91 años). En el seguimiento de los pacientes a los que se le implantó TAVI durante 2021, ninguno de ellos ha reingresado en el hospital por insuficiencia cardiaca, estando todos vivos a día de hoy. Durante 2022, tampoco hay reingresos por insuficiencia cardiaca, aunque sí falleció un paciente tras intervención de cirugía de colon.

533. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL VALOR DEL PROBNP Y LA EVOLUCIÓN DESFAVORABLE DURANTE SU INGRESO HOSPITALARIO EN LOS PACIENTES CON IAMSEST?

Sarmiento Pita JM, Villegas del Ojo J, Martín Ávila H, Jiménez Romero C 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 Unidad Coronaria, ACTP Primaria, sin Servicio de Cirugía Cardíaca. Estudiar si existe asociación entre valores elevados de BNP y una evolución desfavorable durante la estancia hospitalaria.

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 \pm DE y/o mediana (rango). Para el análisis bivariado se utilizó la prueba chi cuadrado, definiendo significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados: 84 pacientes, 71,4% hombres, edad media 67,24 \pm 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%); insuficiencia cardiaca 2,4%; derrame pericárdico 1,2%, PCR 8,3%. Presentaron un ProBNP > 10.000 hasta el 24% de los pacientes. Tiempo hasta el cateterismo < 24 horas excepto en 2 pacientes. Revascularización completa 62% pacientes. Número de 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 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 > 10000	70%	30%	0,013
Revascularización completa	15,9%	84,1%	0,006
Complicaciones	53,8%	46,2%	0,010
<i>Shock</i> cardiogénico	83,3%	16,1%	< 0,011
MINOCA	0%	100%	0,566

Conclusiones: Valores de proBNP > 10.000 se asociaron al desarrollo de complicaciones de forma global y a la evolución a *shock* cardiogénico, sin embargo no encontramos asociación con la mortalidad. Los pacientes que fueron diagnosticados de MINOCA no presentaron valores de proBNP tan elevados. En la serie analizada encontramos que los pacientes a los que se les hacía una revascularización completa presentaban en mayor porcentaje valores bajos de proBNP. En nuestra población encontramos asociación entre los 2 biomarcadores de daño miocárdico (proBNP y Tpl us).

534. DESCRIPTIVO: FRAGILIDAD PREVIA Y CALIDAD DE VIDA AL AÑO DE SEGUIMIENTO DE LOS SUPERVIVIENTES A LA ENFERMEDAD CRÍTICA POR COVID-19 EN UN CENTRO HOSPITALARIO

Vecino Montoya M, Morales Varas G, Alonso Gómez G, Cuadra Calahorra A, Márquez Doblás M, Rodríguez Villamizar P, Carneiro Pereda PA y Piza Pinilla R

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

Objetivos: Analizar los factores asociados a fragilidad pro y post un año de ingreso en una cohorte de pacientes que padecieron enfermedad crítica por COVID-19.

Métodos: Se realizó una entrevista telefónica al año a los pacientes que sobrevivieron al ingreso por enfermedad crítica por SARS-CoV-2 en el periodo comprendido entre marzo del 2020 y diciembre del 2021. Se evaluaron los problemas de movilidad, las alteraciones en el cuidado personal y a la hora de realizar actividades cotidianas, el dolor o malestar y la ansiedad o depresión. Así mismo, se evaluaba la incorporación a la vida habitual a los 6 meses y al año de ingreso. 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. Se utilizó un nivel de significación del 5 (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA versión 13^o (StataCorp LCC).

Resultados: Se revisaron un total de 99 pacientes, de los cuales 86 respondieron a la encuesta. Un total de 48 pacientes (55,81%) no tenían problemas para caminar. Ocho (9,31%) tenían graves problemas o incapacidad para hacerlo. En cuanto al cuidado persona, el 76,74% de los pacientes no tenían ningún problema. Cinco (5,82%) tenían graves problemas o incapacidad para el vestido y el aseo. En el ítem que habla de llevar a cabo actividades diarias, 46 pacientes (53,49%) no tenían ningún tipo de problema, y 13 (15,11%) tenían graves problemas o una incapacidad total para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Al hablar de dolor, un 38,53% de los pacientes (34) negaban ningún tipo de dolor al año, si bien, 22 (25,59%) referían tener dolores entre graves y extremos. Un 53,49% de los pacientes (46), negaban depresión o ansiedad al año del alta. 21 pacientes (24,41%) referían importantes problemas de ansiedad y/o depresión. El 69,77% de los pacientes (60) se habían reincorporado a su vida habitual al año de ingreso.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan en UCI por C-SDRA tienen diversos problemas que afectan a su calidad de vida al año del alta, siendo el dolor y la ansiedad/depresión de los que más se quejan.

Defensa pósteres

CARDIOVASCULAR III

10:40-11:00 h. PANTALLA 2

535. IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS TEMPORAL TRANSVENOSO DE FIJACIÓN ACTIVA EN UCI. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SEGURIDAD

Martínez Mayor J, Sánchez A, Dólera Moreno C, Villar Sánchez A, Listo Quilez H, Trestini Ojeda C y Aylagas Martínez D

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante.

Objetivos: Principal: evaluar la tasa de complicaciones en la muestra de estudio tras implantación de MCP temporal de fijación activa a través de vena yugular interna en nuestra unidad. Secundarios: describir la tasa de mortalidad por todas las causas durante el ingreso en UCI y a los 6 meses en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de San Juan de Alicante (no implantador habitual) durante el periodo 2019-2022. Los pacientes reclutados (n = 19) fueron sometidos a implantación de marcapasos de fijación activa a través de la vena yugular interna, debido a alteraciones del ritmo cardíaco secundarias a diferentes etiologías. Posteriormente, se ha evaluado la tasa de complicaciones presentadas tras la implantación del dispositivo, estas son: derrame pericárdico, defecto de sensado y captura del dispositivo, neumotórax, dislocación de electrodo y tromboembolismo pulmonar.

Resultados: Del total de la muestra un 68,42% fueron varones y el motivo del implante fue por BAV completo en el 78,95% de los casos. La

sintomatología más frecuente presentada en este grupo de pacientes fue por síncope con un 31,58%. En nuestra serie de casos no se produjeron complicaciones durante el implante del dispositivo, si bien es verdad que solamente en uno de los pacientes (5,26%) se produjo la dislocación del electrocatéter por autorretirada del mismo. Además, en nuestra muestra se observa que la media de retraso hasta la colocación del marcapasos definitivo, en los casos en los que estuvo indicado, fue de 1,36 días (desviación estándar 1,06). En cuanto a la mortalidad por todas las causas durante el ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva fue de 10,53% para este grupo de pacientes y a los seis meses de 11,11%.

Conclusiones: la implantación de forma urgente de marcapasos para estimulación transvenosa endocárdica temporal con fijación activa en nuestro servicio se ha descrito como una técnica segura con baja tasa de complicaciones en comparación con la colocación de catéteres de fijación pasiva descritas en la literatura. Si bien es cierto, tras el análisis de los datos se pone de manifiesto un aumento del período de tiempo hasta la implantación del dispositivo definitivo en los casos en los que existe indicación, cuantificado este, con una media de 1,36 días (desviación estándar 1,06).

536. VALORACIÓN DEL PRONÓSTICO DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS (PCR) ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA (UCI MÉDICA) SEGÚN EL PRIMER RITMO DOCUMENTADO EN UNA PCR EN UN HOSPITAL DE NIVEL II

Martínez Álvarez S, Martínez Melgar JL, Cenoz Osinaga JI y Posada González MdP

Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra.

Objetivos: Objetivo principal: conocer la prevalencia de las PCR en el Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés. Objetivos secundarios: analizar las posibles diferencias en cuanto al pronóstico vital de los pacientes según el primer ritmo documentado en la parada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Recogida de datos de pacientes en PCR entre enero 2017 y diciembre 2022 a los que se han iniciado maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) por la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Pontevedra. Se incluyeron todas las alertas por PCR en el período de enero 2017 a diciembre 2022. Se excluyeron pacientes que, debido a su estado basal, *exitus* en el momento de valoración o gravedad de sus patologías basales no se consideraron subsidiarios de manejo invasivo por UCI.

Resultados: Durante los 6 años de recogida de datos acudimos a un total de 168 paradas cardiorrespiratorias. El primer ritmo fue no desfibrilable en 112 de ellas (66,7%), 63% de ellas en asistolia y 42,8% en actividad eléctrica sin pulso. Los ritmos desfibrilables se encontraron en 46 pacientes (27,4%) siendo la fibrilación ventricular (84,8%) más frecuentemente encontrada que la taquicardia ventricular sin pulso (15,2%). En pacientes con ritmo no desfibrilable la causa más frecuente de PCR fue de origen respiratorio mientras que fue de origen cardiológico en las paradas con ritmo desfibrilable. La supervivencia fue superior en los pacientes con ritmo desfibrilable, siendo del 52,2% al alta, y 47,9% a los 12 meses de la parada. La supervivencia del ritmo no desfibrilable fue 34,8% al alta hospitalaria y de 33,6% a los 12 meses. De las variables estudiadas como factor pronóstico la única estadísticamente significativa en relación con mortalidad fue la elevación de lactato, obteniendo en los ritmos no desfibrilables una $p = 0,011$, *odds ratio* 3,75, IC95% (1,92-5,58) y en ritmos desfibrilables $p = 0,001$, OR 3,06, IC95% (1,71-4,42).

Conclusiones: El ritmo de entrada en parada ha sido descrito ampliamente como factor pronóstico en una parada cardiorrespiratoria, confirmando el ritmo no desfibrilable peor pronóstico. En nuestro centro observamos datos similares con los descritos en la literatura, con un incremento de la mortalidad de 3,75 veces (1,92-5,58) en caso de las paradas con ritmo no desfibrilable, y 3,06 veces (1,71-4,42) con ritmo desfibrilable.

537. EXPERIENCIA EN EL USO DE VASOPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO Y POSCARDIOTOMÍA REFRACTARIOS A CATECOLAMINAS

Albacete Ródenas P, Martín Bautista M, Marco Juan A, Martínez Martínez AI, Suárez Ramos P y Ribero JN

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: El objetivo principal es analizar nuestra experiencia en el uso de vasopresina en el shock séptico y poscardiotomía. Estudiamos el momento de inicio y duración de la terapia, uso concomitante de otras aminas, complicaciones, tiempo de VMI, TRRC, estancia en UCI y mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 15 pacientes tratados con vasopresina en el año 2022. Se dividen en dos grupos según la causa del shock, séptico y poscardiotomía. Se recogen en cada grupo las variables de la tabla.

Resultados: La vasopresina es una hormona endógena que contribuye a la vasoconstricción sistémica. Durante el shock las reservas pueden agotarse, por lo que se ha reivindicado su uso en estos pacientes. Las recomendaciones sobre shock séptico de la Surviving Sepsis Campaign 2021, el estudio de Guerci P et al. publicado en Critical Care en 2022, así como el Consenso de Expertos 2021 de Guarracino F en shock poscardiotomía, aconsejan su inicio precoz (dosis de $NA < 0,5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$). Esto parece proteger la función renal y disminuir los efectos deletéreos del uso de catecolaminas a dosis altas. Se incluyeron 15 pacientes tratados con vasopresina en 2022, 10 de ellos con shock séptico y 5 con shock poscardiotomía. En el grupo de shock séptico, 9 recibían previamente tratamiento con NA, la mitad con dosis de $0,5\text{-}1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ y la otra mitad con dosis $> 1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$; uno se encontraba con NA y dobutamina (DBT). En el grupo de shock poscardiotomía, 3 recibieron previamente NA a dosis de $0,5\text{-}1 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, uno se encontraba en tratamiento con NA y DBT y otro requirió soporte hemodinámico con ECMO-AV. La puntuación media APACHE fue 20,8 y 24,6 en cada grupo. Un 60% de cada grupo requirió dosis máximas de vasopresina durante una media de 3,2 días. La mortalidad fue también similar (5 pacientes en shock séptico y 3 en shock poscardiotomía). El inicio tardío y la elevada mortalidad nos impiden extraer conclusiones sobre su posible efecto protector de la función renal. Como complicación se describió un caso de diarrea e isquemia digital, no pudiendo asociarlo exclusivamente al uso de vasopresina.

	Shock séptico	Shock post-cardiotomía
Total de pacientes	10	5
Edad	60	65
Sexo		
Mujer	6 (60%)	1 (20%)
Hombre	4 (40%)	4 (80%)
SOFA	9	9,6
APACHE	20,8	24,6
Vasopresores previos		
NA	9	3
NA + DBT	1	1
Otros	0	1 (ECMO VA)
Dosis de NA		
< 0,5 ug/kg/min	0	0
0,5 - 1 ug/kg/min	5	4
> 1 ug/kg/min	5	1
Dosis máxima de vasopresina		
0,01 UI/min	0	0
0,02 UI/min	3	1
0,03 UI/min	6	3
Días de uso de vasopresina	3,2	3,2
VMI (días)	16,8	10,8
TRRC		
Pacientes	6 (60%)	2 (40%)
Días	8,6	3
Vasopresores (días)	13,6	7,4
Estancia en UCI (días)	20,2	13,8
Mortalidad	5 (50%)	3 (60%)

Tabla 1. Se recogen las distintas variables analizadas en el estudio sobre vasopresina en nuestra Unidad.

Conclusiones: La vasopresina parece ser eficaz y segura y permite reducir la dosis de otros vasopresores. En nuestra Unidad se comprueba un inicio tardío con respecto a las recomendaciones de las guías. No hemos detectado complicaciones atribuibles exclusivamente al fármaco.

538. DIFERENCIAS ASOCIADAS AL GÉNERO EN PACIENTES TRATADOS CON VÁLVULA AÓRTICA TRANSCATÉTER (TAVI)

Fernández Burgos I¹, Navarro Cruz A¹, Ruiz Peña P¹, López Caler C¹, Lara García C¹, Cano García M¹ y Úbeda Iglesias A²

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar las diferencias relacionadas con el género en pacientes sometidos a implante valvular aórtico transcatheter (TAVI) e ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo realizado en una UCI de 55 camas durante 1 año (2022). Se han registrado variables demográficas, comorbilidades, factores de riesgo, gradientes y área valvular, escalas de mortalidad, grado de insuficiencia aórtica posprocedimiento, complicaciones, trastornos de la conducción posprocedimiento, y días de ingreso en UCI, tratamiento al alta. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencia y porcentaje) y numéricas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 78 pacientes, mujeres 50%. Factores de riesgo más frecuentes: HTA (83,3%), DM (51,28%), FA (38,46%), tabaquismo (33,3%), neoplasia (15,38%), tratamiento con insulina (19,23%), AVCA (10,25%), EPOC (11,53%), ERC (7,69%). Se compararon hombres vs. mujeres (análisis bivariante): edad (78,15 \pm 7,26] vs. 82,53 \pm 5,48], $p = 0,003$), FA (30,77 vs. 46,15%, $p = 0,244$), marcapasos previo (12,82 vs. 2,54%, $p = 0,182$), EPOC (12,82 vs. 10,26%, $p = 0,779$), ERC (5,12 vs. 10,26%, $p = 0,674$), neoplasia (10,26 vs. 20,51%, $p = 0,347$), AVCA (12,82 vs. 76,92%, $p = 0,711$), cardiopatía isquémica (43,59 vs. 38,46%, $p = 0,818$), bypass coronario (12,82 vs. 2,56%, $p = 0,200$), escala EuroSCORE logistic (25,62 \pm 19,18] vs. 16 \pm 6,73], $p = 0,383$), EuroSCORE II (13 \pm 10,22] vs. 3 \pm 1,63], $p = 0,379$), cirugía valvular previa (10,25 vs. 2,56%, $p = 0,358$), gradiente aórtico máximo (69,25 \pm 21,57] vs. 76,31 \pm 17,54], $p = 0,117$), gradiente medio (42,88 \pm 16,52] vs. 48,23 \pm 13,77], $p = 0,124$), área valvular (0,89 \pm 0,21] vs. 0,77 \pm 0,19], $p = 0,20$), bloqueo auriculoventricular previo (30,76 vs. 7,69%, $p = 0,019$), válvula aórtica nativa (92,31 vs. 97,43%, $p = 0,615$), posdilatación (15,38 vs. 20,51%, $p = 0,768$), estimulación marcapasos intraprocedimiento (48,71 vs. 43,59%, $p = 0,820$), implante marcapasos (12,82 vs. 7,69%, $p = 0,711$), FA postprocedimiento (5,13 vs. 10,25%, $p = 0,675$), sangrado (10,25 vs. 5,13%, $p = 0,675$). Antiagregación (64,1 vs. 58,97%, $p = 0,816$): AAS (42,10 vs. 31,58%), AAS y clopidogrel (15,79 vs. 13,16%), clopidogrel (5,26 vs. 5,26%). Anticoagulación (33,33 vs. 48,72%, $p = 0,250$): apixabán (26,31 vs. 28,95%), rivaroxabán (2,63 vs. 10,53%). Días de ingreso (4,10 \pm 2,99] vs. 3,69 \pm 2,42], $p = 0,600$).

Conclusiones: Existen escasas diferencias relacionadas con el género, únicamente una mayor edad y menor área valvular aórtica en las mujeres.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes con una edad media de 60,79 \pm 15,13, el 64% eran varones. El principal motivo de ingreso fue médico (55,37%) y la mayoría procedían de la comunidad (62,81%). Presentaron una gravedad medida por APACHE II de 16,28 \pm 9,74, la estancia fue de 9,77 \pm 11,06 días y la mortalidad del 9%. El 25,62% de estos pacientes presentaban antibioterapia previa al ingreso, pero durante el mismo la precisaron el 66,94%, siendo su inicio empírico en el 70,45% de los casos. Las indicaciones fueron: infección comunitaria 41,58%, infección nosocomial 45,55% (18,31% extra-UCI y 27,3% intra-UCI), profilaxis quirúrgica 3,47%, otras profilaxis 8,42% y desconocida 1%. Se emplearon 202 AB, resultando una relación AB/paciente de 2,49. Días de estancia de los tratados con AB 988 y días sin AB de pacientes tratados con AB 222 (relación días sin AB/estancias pacientes con AB = 0,22). Días sin AB según total de estancias 416, con una relación días sin AB/estancias totales = 0,35. Con respecto a la adecuación de los tratamientos empíricos: 45,97% fueron adecuados, 16,94% no fueron adecuados, 32,26% se obtuvieron cultivos negativos y 4,84% no tenían cultivos solicitados. Tan solo se llevó a cabo cambio de AB en el 24,14% de los casos debido a: 19,05% germen no cubierto, 40,48% reducción del espectro, 26,19% mala evolución clínica, 2,38% toxicidad y resistencia durante el tratamiento respectivamente. Los antibióticos más empleados fueron: piperacilina-tazobactam 21,29% (duración media 6,12 \pm 2,90 días), amoxicilina-clavulánico 13,37% (4,89 \pm 2,58 días), meropenem 10,40% (5,4 \pm 3,77 días) y linezolid 9,41% (7 \pm 3,32 días).

Conclusiones: En nuestra unidad destaca un uso elevado de AB con indicación principalmente empírica de amplio espectro, tanto para infecciones comunitarias como nosocomiales, siendo en el último caso más frecuentes las intra-UCI. Debemos mejorar en la obtención de cultivos y en la reducción del espectro una vez obtenidos los resultados de los mismos.

540. TASAS DE INFECCIÓN DE TRACTO URINARIO ASOCIADO A SONDAGE VESICAL EN EL HOSPITAL DE CIUDAD REAL PREVIO AL RECICLAJE EN PROYECTO ITU ZERO

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Espinosa González MDC, Peinado Peral MDP, Soto Luna JF y Marín Marín C
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Describir la situación actual del Hospital de Ciudad Real respecto a las infecciones de tracto urinario (ITU) asociadas a sondaje vesical (SV). Compararnos con los datos obtenidos a nivel de la comunidad autónoma y nacional.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge las ITU que desarrollan los pacientes ingresados más de 48 horas en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real en el periodo de julio a diciembre 2022. Consta de dos unidades con un total de 21 camas: Unidad Coronaria 9 camas y Unidad Polivalente 12 camas. Comparación de las tasas a nivel nacional y de la comunidad autónoma con nuestra UCI. Las tasas estudiadas son: tasas de infección en relación con el número de pacientes ingresados, días de estancia en UCI y días de SV según los datos recogidos del registro ENVIN Helics.

Resultados: Se incluyen en el estudio 33 pacientes que desarrollan una ITU asociada a SV. La tasa de infección en nuestra UCI es de 7,59 infecciones por cada 100 pacientes, 10,25 infecciones por cada 1.000 días de estancia y 12,6 infecciones por cada 1.000 días de SV; tasas muy elevadas con respecto a la comunidad (tasa de 3,38 infecciones por cada 100 pacientes, 4,6 infecciones por cada 1.000 días de estancia y 5,26 infecciones por cada 1.000 días de SV) y a nivel nacional (Tasa 1,26 infecciones por cada 100 pacientes, 2,23 infecciones por cada 1.000 días de estancia y 2,67 infecciones por cada 1.000 días de sondaje vesical).

Conclusiones: Presentamos una elevada tasa de infección asociada a sondaje vesical. Es necesario instaurar un protocolo de ITU zero y cursos de reciclaje de indicaciones y manejo del sondaje vesical.

541. NEUMONÍA POR L. PNEUMOPHILA, PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL BROTE EN CÁCERES EN 2022

Lozano Sutil L, Fernández Ramos A, Delgado Palacios C, García Ruiz J, Peña Naranjo JA, Gallego Curto E y Cara Rodríguez M

Hospital San Pedro de Alcántara (C. H. de Cáceres), Cáceres.

Objetivos: Describir las principales características de los pacientes del brote de *Legionella pneumophila* en el verano del 2022 en Cáceres.

Defensa pósteres

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VI 10:40-11:00 h. PANTALLA 3

539. PERFIL DEL USO DE ANTIBIÓTICOS EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA

Pérez Ruiz M, Sánchez del Río A, Palomares Nova G y Díaz Torres I

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Estudio descriptivo sobre el empleo de los antibióticos (AB) en una UCI médico-quirúrgica.

Métodos: Se analizaron los datos recogidos durante los meses de abril a junio del 2022 para el estudio ENVIN en una UCI polivalente de 11 camas. Variables: datos demográficos, APACHE II, motivo de ingreso, estancia, mortalidad, principales antibióticos empleados, sus indicaciones y adecuación.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los principales rasgos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de los pacientes diagnosticados de *L. pneumophila* en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres en julio y agosto del 2022.

Resultados: El análisis de los 24 pacientes diagnosticados mostró que la edad media era 70,6 años, y el 66% varones. Precisan ingreso hospitalario 21 pacientes, 5 de ellos en UCI. Dentro de los factores de riesgo analizados el 50% eran inmunodeprimidos (25% oncológicos y 25% hematológicos en tratamiento activo), 16,7% diabéticos, el 50% fumadores, y de ellos 12,5% tenían EPOC. Además, 20,8% estaban coinfectados de SARS-CoV-2 y otro 20,8% por otros patógenos. El 87,5% presentaron clínica respiratoria y un 8% síntomas digestivos. Análíticamente, el 58,3% tenía hiponatremia, la PCR media fue 325,21 y la PCT de 12,41. Radiológicamente, todos presentaron infiltrados parcheados uni o bilaterales concordantes con la neumonía alveolar. La terapia antibiótica inicial en todos fue levofloxacino, precisando en 9 casos múltiples antibióticos. La tasa de mortalidad global fue del 38,7%, incluyendo 4 de los 5 pacientes ingresados en UCI, todos ellos inmunodeprimidos.

Conclusiones: La neumonía es la principal manifestación de la infección por *L. pneumophila*. Es uno de los principales patógenos causan neumonía comunitaria grave, susceptibles de ingreso en UCI. La mayoría son brotes esporádicos, por contaminación de grandes superficies de agua. Es más frecuente en verano y al inicio del otoño, como en nuestro brote. Dentro de los factores de riesgo a tener en cuenta, destaca una mayor incidencia en varones de avanzada edad; antecedentes de tabaquismo, inmunodepresión por tratamiento activo contra neoplasias, DM, EPOC, ERC terminal... Aunque frecuentemente la sintomatología suele ser atípica e inespecífica; en nuestra muestra destaca la baja incidencia de síntomas digestivos respecto a la literatura (30%) y la presencia de hiponatremia en hasta el 60% de los casos, cifras superiores a las descritas. La antibioterapia dirigida y precoz, con fluoroquinolonas o macrólidos, es fundamental para el descenso de la morbimortalidad. Dado que el alto porcentaje de inmunodeprimidos en nuestro brote, se ha observado una tasa de mortalidad superior a la referida en las series (10%), sobre todo en los ingresados en UCI donde se describe una mortalidad hasta del 30%.

542. ANFOTERICINA B EN PACIENTES CRÍTICOS: ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN LA FUNCIÓN RENAL

Estella Á, Blanco Saez I, Gracia Romero MÁ, Garrino A y Recuerda Núñez M
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: La anfotericina B liposomal es un antifúngico de amplio espectro frecuentemente utilizado en UCI. El objetivo del estudio es analizar el perfil de seguridad respecto a la función renal en el paciente crítico durante los primeros días de tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en una UCI médico quirúrgica durante un periodo de estudio de 2 años. Se incluyeron pacientes que precisaron ventilación mecánica ingresados en UCI que recibieron tratamiento con anfotericina B liposomal al ingreso. Se analizaron las variables demográficas, características clínicas, escalas de gravedad APACHE II al ingreso y fracaso orgánico SOFA. Se recogió la diuresis y niveles de creatinina al ingreso y a las 72 horas de iniciar tratamiento antifúngico. Se definió la oliguria como diuresis menor de 400 ml en 24 horas o menos de 20 ml/hora. La dosis de anfotericina B liposomal fue de 3 mg/Kg/día y se distinguieron dos grupos de pacientes según recibieron o no tratamiento antifúngico. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 24, las variables cualitativas se expresaron en porcentaje y las cuantitativas como mediana más rango intercuartílico.

Resultados: 160 pacientes fueron incluidos, 102 pacientes recibieron durante al menos 72 horas tratamiento con anfotericina B liposomal. No se observaron diferencias entre grupos en la edad cuya mediana fue de 65 años [57-71], en género con un predominio masculino 72% ni en el índice de masa corporal 30,4 kg/m² [26,6-33,2]. SOFA al ingreso fue 7 [4-8] en el grupo tratado frente a los que no recibieron antifúngico 6 [3-8]. Se observaron diferencias en la escala APACHE II al ingreso que fue superior en los pacientes tratados con antifúngico 17 [12-23] vs. 12 [9-14]. No hubo diferencias en la diuresis entre los grupos en las primeras 72 horas de tratamiento. Al comparar las cifras de creatinina no observamos diferencias al ingreso 0,9 mg/dl [0,7-1,2] versus 0,8 [0,7-1,1] p: 0,793 en el grupo tratado. A las 72 horas tampoco hubo diferencias 0,9 [0,7-1,3] versus 0,9 [0,7-1,2] p: 0,776.

Conclusiones: En base a nuestra experiencia anfotericina B liposomal resultó ser un tratamiento seguro en los primeros días de tratamiento del enfermo crítico sin afectar a la función renal.

543. ESTUDIO DE MULTIRRESISTENCIA Y TERAPIA ANTIBIÓTICA EMPLEADA EN UCI DESDE LA PANDEMIA COVID

Fernández Morales P, Peláez Vélez J y Fernández Fernández R
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar las diferencias desde que comenzó la pandemia COVID-19 con respecto a gérmenes multirresistentes aislados en nuestra unidad y antibioterapia empleada.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Los datos se han recogido de todos los pacientes ingresados en UCI (pacientes médicos: polivalentes y COVID, quirúrgicos, coronarios y traumatológicos) durante 2020, 2021 y 2022. N 890. Los datos se han extraído del registro ENVIN- HELICS. Total de pacientes con antibióticos: 663.

Resultados: 2020: APACHE 13,96 ± 8,27; días estancia 7,15 ± 10,49, mortalidad 13,96%. Antibióticos más utilizados: meropenem 14,65%/6,06 días, linezolid 13,04%/5,65 días, daptomicina 9,34%/6,41 días y levofloxacino 5,96%/7,94 días, piperacilina-tazobactam 5,96%/5,89 días. Gérmenes más frecuentes: BGN MR N = 6, (previo 3/durante 3) BLEE N = 20, (previo 7/durante 13). Metalobetalactamasas (VIM, KPC, etc) N = 11 (previo 0/durante 11), *Pseudomonas* MR N = 5 (previo 3/durante 3), SARM N = 5 (previo 4/durante 1). 2021: APACHE 13,74 ± 8,90; días estancia 7,08 ± 9,38, mortalidad 15,65%. Antibióticos más utilizados: meropenem 14,19% 5,72 días, linezolid 12,99% 5,05 días, levofloxacino 8,84% 7,51 días, piperacilina-tazobactam 5,79% 5,11 días, daptomicina 5,94% 6,59 días. Gérmenes más frecuentes: BGN MR N = 7 (previo 1/durante 6), BLEE N = 20, (previo 10/durante 10), metalobetalactamasas (VIM, KPC, etc.) N = 28 (previo 6/durante 22), *Pseudomonas* MR N = 2 (previo 1/durante 1), SARM N = 3 (previo 2/durante 1), *C. difficile* N = 9 (previo 8/durante 1). 2022: APACHE 13,97 ± 7,90; días estancia 7,19 ± 10,92, mortalidad 11,33%. Antibióticos más utilizados: linezolid 13,26%/5,1 días, meropenem 11,60%/6,76 días, levofloxacino 9,94%/8,07 días, daptomicina 6,08%/8,44 días, piperacilina-tazobactam 6,08%/8,80 días. Gérmenes más frecuentes: BGN MR N = 4, (previo 2/durante ingreso 2) BLEE N = 17, (previo 15/durante 2) Metalobetalactamasas (VIM, KPC, etc.) N = 12 (previo 9/durante 3), *Pseudomonas* MR N = 4 (previo 2/durante 2), SARM N = 6 (previo 5/durante 1), *C. difficile* N = 8 (previo 7/durante 1).

Conclusiones: El perfil de multirresistencia es muy similar, así como el tratamiento antibiótico, los más utilizados han sido meropenem y linezolid, con una duración menor de 1 semana. La antibioterapia está bien orientada teniendo en cuenta la flora de nuestra unidad, la duración también ha sido adecuada, en ningún caso hemos superado 1 semana de duración. Los BLEE, BGN y metalobetalactamasas han sido aislados previamente al ingreso en UCI, lo que nos indica que el programa Resistencia Zero nos puede ayudar.

Defensa pósteres

RESPIRATORIO/SDRA/VENTILACIÓN MECÁNICA II 10:40- 11:00 h. PANTALLA 4

544. RESULTADOS DE PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE COVID-19 EN RELACIÓN CON EL NÚMERO DE PRONOS RECIBIDOS

Ballarín Audina T, Martínez González C, Tuya de Manuel P, Fernández Ruiz D, López de Mesa C y Recena Pérez P

Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Describir características demográficas, epidemiológicas y de resultado en ingresados en UCI por neumonía COVID-19, en relación con número de pronos.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Incluye pacientes ingresados de marzo 2020 a septiembre 2021, por neumonía COVID-19, con decubito prono. Se recogen datos demográficos, epidemiológicos, y de resultado. Definimos grupo 1: 3 o más pronos, grupo 2: menos de

3. Variables cuantitativas se expresan como media (± DE) o mediana (mínimo-máximo), comparadas utilizando t de Student o prueba U de Mann-Whitney. Variables cualitativas, se expresan como porcentajes, comparadas con test chi cuadrado o exacto de Fisher. Significativa p < 0,05.

Resultados: 187 pacientes con pronos, 31% tres o más pronos, 45% un pronos, 24% dos pronos. Edad media 67 años en ambos grupos (p 0,912). 67% varones grupo 1 vs. 66% grupo 2 (p 0,911). Media APACHE II 17 grupo 1 vs. 18 grupo 2 (p 0,408), SOFA media 4,8 en los dos grupos (p 0,998). Comorbilidades, 93% pacientes grupo 1 vs. 83% grupo 2 (p 0,06); obesos 62 vs. 51% (p 0,152); tabaquismo 9 vs. 12% (p 0,528); enolismo 29 vs. 8% (p 0,005); hipertensión 59 vs. 51% (p 0,321); diabetes mellitus 22 vs. 26% (p 0,622); EPOC 10 vs. 6% (p 0,327); asma 15 vs. 9% (p 0,220); cardiopatía isquémica 17 vs. 14% (p 0,574); inmunosupresión 9 vs. 4% (p 0,187); neoplasia 12 vs. 11% (p 0,821). Complicaciones pronos, grupo 1 9 vs. 8% grupo 2 (p 0,528). NAVM, grupo 1 36 vs. 12% grupo 2 (p < 0,0001); pacientes con solo un pronos 7 vs. 29% resto de pacientes (p < 0,0001); pacientes con dos pronos 20 vs. 36% más de 2 pronos (p 0,07). EM UCI, grupo 1 38 vs. 19 días grupo 2 (p < 0,0001). Grupo 1, EM hospital 51 vs. 31 días grupo 2 (p < 0,0001). Días VM, mediana 16 (1-80), 84% pacientes en grupo 1 tienen EM superior a la mediana vs. 33% en el grupo 2 (p < 0,0001). Mortalidad UCI 38%; grupo 1 53 vs. 30% grupo 2 (p,003), con un solo pronos mortalidad 23 vs. 49% pacientes con más de un pronos (p < 0,0001). Mortalidad hospitalaria 39%; grupo 1 53 vs. 32% grupo 2 (p 0,005). 83% pacientes grupo 1 tienen algún pronos de más 36 h vs. 55% en grupo 2 (p < 0,0001). Mortalidad en UCI en pacientes con algún pronos mayor de 36 h 46 vs. 22% en los que no (p 0,001).

Conclusiones: No diferencias significativas en datos demográficos, gravedad y comorbilidades, en relación con nº de pronos, excepto enolismo con diferencia significativa en pacientes con más pronos. Mayor número de pronos no conlleva más complicaciones propias del pronos. Mayor incidencia NAVM con más pronos, así como nº de días de VM. Mayor mortalidad en UCI en pacientes con más pronos y pronos más prolongados. Mortalidad en UCI y hospitalaria casi iguales.

545. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL HOSPITAL DEL BIERZO

Vara Martínez ML, Ortiz del Olmo D, Prieto de la Rosa JL, López Santiso J, Álvarez Martínez B, de Celis Álvarez Á, Patallo Diéguez D, Otero Alvarín E y Cañazares Castellanos F

Hospital Universitario El Bierzo, León.

Objetivos: Estudio descriptivo de los pacientes en los que se realizan traqueostomías percutáneas en nuestra unidad, la indicación y los tiempos de ventilación mecánica. Comparar los tiempos de ventilación mecánica y la frecuencia de fracaso en la extubación entre los pacientes con distrés respiratorio por SARS-CoV-2 y los pacientes traqueostomizados por otras patologías.

Métodos: Se recogieron datos de 67 pacientes a los que se les realizó traqueostomía percutánea en nuestra unidad entre los años 2017 y 2022. De todos estos pacientes se recogieron las siguientes variables: Demográficas: edad y sexo. Clínicas: motivo de ingreso, motivo de traqueostomía, si precisó reintubación, complicaciones de la técnica y *exitus*. Se especificaron los pacientes con SDRA por enfermedad COVID-19. Respecto a la ventilación mecánica: días de ventilación mecánica pretraqueotomía, postraqueotomía y totales.

Resultados: 70,1% de pacientes hombres y 28,4% de mujeres. *Exitus* en el 25,4% de los pacientes. Motivo de ingreso: 38,8% neumonías por COVID; 13,4% Neumonía adquirida en la comunidad; 9% Vigilancia posoperatoria; 13,4% Insuficiencia respiratoria por otras causas. Motivo de traqueotomía: el 78,8% por IOT prolongada, el 18,2% por fracaso en la extubación y el% por otros motivos. Días de ventilación mecánica. La media de días en VM previos a realización de traqueotomía fue superior de manera estadísticamente significativa en los pacientes con SDRA por COVID (25,35) con respecto a los no COVID (12,7), según la prueba t para muestras independientes.

	Media	D. típica	Mínimo	Máximo
Días VM pretraqueotomía	17,68	8,68	2	45
Días VM postraqueotomía	17,68	14,95	1	63
Días VM totales	35,35	19,34	5	95

	COVID	No COVID
Media días VM pretraqueotomía.	25,35	12,70
Media días en VM postraqueotomía	21,69	15,07
Media días VM totales	47,04	27,75

Conclusiones: La gran mayoría de las traqueotomías en nuestra Unidad se indican por ventilación mecánica prolongada. La media de días en VM hasta realización de traqueotomía es de casi 18 días, claramente influida por la pandemia y la mayor demora de realización de traqueotomía en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2. Las razones de este retraso probablemente se deban tanto a sobrecarga del personal en los momentos de mayor incidencia de la pandemia como por la evolución más tórpida de estos pacientes, días de ventilación en decúbito pronos, etc.

546. INFLUENCIA DE LA REINTUBACIÓN EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Ramos Díaz M, Pérez Acosta G y Ortega Cámara J

Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

Objetivos: Describir las características de los pacientes que requirieron reintubación orotraqueal durante ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva del Complejo Hospitalario Insular de Gran Canaria.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohortes retrospectivo. Incluyendo los pacientes ingresados en UCI con reintubación orotraqueal. Se recopilaron 392 pacientes desde marzo 2020 hasta marzo 2021.

	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
Edad Media (años)	53.07	61.00 ± 11.86	58.57 ± 15.15	0.190
Hombres (%)	255 (65%)	58.57 ± 15.15	198 (62.9%)	0.356
Comorbilidades Previas				
Hipertensión arterial	190 (48.47%)	45 (58.4%)	177 (56.2%)	0.798
Dislipemia	107 (27.29%)	19 (24.7%)	105 (33.3%)	105 (33.3%)
Obesidad	52 (13.26%)	105 (33.3%)	50 (15.9%)	0.861
Cardiopatía previa	56 (14.28%)	9 (11.7%)	56 (17.8%)	0.233
Antecedentes psiquiátricos	28 (7.14%)	7 (9.1%)	31 (9.8%)	1
Diabetes	83 (21.17%)	30 (39%)	77 (24.4%)	0.015
Nefropatía	28 (7.14%)	6 (7.8%)	27 (8.6%)	1
Fumador/EPOC	123 (31.37%)	32 (41.6%)	118 (37.5%)	0.516
ExFumador	38 (9.69%)	13 (16.9%)	27 (8.6%)	0.037
Alcoholismo	39 (9.95%)	10 (13%)	36 (11.4%)	0.695
Neoplasia previa	27 (6.88%)	9 (11.7%)	22 (7%)	0.165
Inmunosupresión	5.10%	7 (9.1%)	21 (6.7%)	0.461
Neurológico	31 (7.91%)	10 (13%)	25 (7.9%)	0.181

Motivo de Ingreso	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
Neumonía COVID	103 (26.27%)	28 (36.3%)	75 (23.8%)	0.030
Neumonía	74 (18.87%)	13 (16.9%)	61 (19.4%)	0.745
Cardiológico (IAM, PCR, Arritmia)	60 (15.31%)	6 (7.8%)	54 (17.1%)	0.051
Neurológico (Ictus, politrauma, epilepsia)	114 (29.08%)	24 (31.2%)	90 (28.6%)	0.675
Intoxicación medicamentosa	7 (1.78%)	1 (1.3%)	6 (1.9%)	1
Tromboembolismo Pulmonar	6 (1.53%)	1 (1.3%)	5 (1.6%)	1
Postoperatorio	4 (1.02%)	0 (0%)	4 (1.3%)	1
Sangrado	18 (4.59%)	2 (2.6%)	16 (5%)	0.545
Sepsis	6 (1.53%)	2 (2.6%)	4 (1.3%)	0.336

Extubación	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
Extubación Programada	191 (48.72%)	42 (54.5%)	149 (47.3%)	0.309
Extubación no programada	22 (5.61%)	13 (16.9%)	9 (2.9%)	0.001
Extubación disfunción material	42 (10.71%)	28 (36.4%)	14 (4.4%)	< 0.001
Extubación retirada accidental IOT	2 (0.51%)	0 (0%)	2 (0.6%)	1

Uso VMNI previa	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
VMNI previa	88 (22.45%)	18 (23.4%)	70 (22.2 %)	0.879
Horas VMNI	14	20.32 ± 31.45	13.94 ± 21.67	0.312

Traqueostomía	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
No traqueostomía	273 (69.64%)	24 (31.1%)	249 (79 %)	< 0.001
Traqueostomía Percutánea	73 (61.34%)	33 (42.9%)	40 (12.7%)	< 0.001
Traqueostomía Quirúrgica	46 (38.65%)	20 (26%)	26 (8.3%)	< 0.001

Estancia	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
Días hospitalarios	34.49 días	51.30 ± 46.12	32.23 ± 53.16	0.004
Días UCI	14.90 días	25.67 ± 18.58	12.37 ± 11.41	< 0.001
Días intubación	8.43 días	13.43 ± 13.13	7.26 ± 5.93	< 0.001
Días ventilación mecánica	12.07 días	22.51 ± 21.33	9.82 ± 10.41	< 0.001

Infección respiratoria	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
NAVM	104 (26.53%)	40 (51.9%)	64 (20.3%)	< 0.001
Traqueobronquitis	27 (6.88%)	9 (11.7%)	18 (5.7%)	0.078

Destino	TOTAL N=392	REINTUBADOS N=77	NO REINTUBADOS N=315	Valor P
Alta	242 (61.73%)	51 (66.2%)	189 (60 %)	0.362
Traslado	38 (9.69%)	9 (11.7%)	30 (9.5%)	0.530
Exitus	113 (28.82%)	17 (22.1%)	96 (30.5%)	0.161

Resultados: Se estudiaron 392 pacientes, siendo las características sociodemográficas similares entre ambos grupos. La edad media fue 53 años, la mayoría varones (65%). Las comorbilidades asociadas con mayor frecuencia fueron Hipertensión Arterial y broncopatía previa. Apreciando una mayor proporción de pacientes diabéticos y exfumadores en aquellos pacientes reintubados. Los pacientes ingresados por neumonía COVID tuvieron un mayor porcentaje de reintubaciones. La ventilación mecánica no invasiva previa no se relacionó con más reintubaciones. Aquellos pacientes reintubados presentaron estadísticamente más días de intubación y una mayor duración de la ventilación mecánica. Las extubaciones programadas se realizaron en función del protocolo de *weaning* de nuestra unidad. La reintubación se relacionó con una tasa mayor de traqueostomías (percutáneas y quirúrgicas). Existe relación estadística entre la reintubación y el desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica. La mortalidad global durante el ingreso fue 28,82% sin diferencias entre ambos grupos.

Conclusiones: No existen diferencias en la edad, género, encontrado una mayor proporción de diabéticos y exfumadores en el grupo de pacientes reintubados. Los pacientes que ingresaron por neumonía COVID tuvieron una mayor tasa de reintubaciones. La reintubación se asoció con mayor duración de ventilación mecánica y un ingreso prolongado (hospitalario e intra-UCI). Aquellos pacientes reintubados tuvieron una mayor probabilidad de presentar neumonía asociada a ventilación mecánica. Sin embargo no se observaron diferencias en cuanto a la mortalidad de ambos grupos.

547. COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES VACUNADOS Y NO VACUNADOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA EN 2021 Y 2022. ¿QUÉ HA CAMBIADO?

Peregrina Caño E, Martín Castillo R, Mateo Romana A, Esteche Foncea MA y Nuevo Ortega P

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

Objetivos: Evaluar el perfil de los pacientes que han ingresado en la UCI del Hospital Universitario Virgen de la Victoria por neumonía por SARS-CoV-2 durante los años 2021 y 2022. Analizamos especialmente qué ha cambiado respecto al estado de vacunación, soporte requerido y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 01/01/21 al 31/12/22.

Resultados: De todos los pacientes ingresados en UCI por Neumonía por SARS-CoV-2 encontramos las siguientes diferencias. En 2021 de 256 pacientes ingresados el 21% estaba vacunado, aumentando hasta el 84,9% en 2022. Durante el 2021 el 94,5% de los pacientes requirió OAF como primera medida (con una mediana (M_e) de 6 días en no vacunados (no-V) y de 7 en vacunados (V)), mientras que en 2022 ha sido del 29,53%, de los cuales, los no-V el 65,22% frente al 23,39% en V (M_e 5 días en no-V y de 4 en V). Además ha disminuido la necesidad de soporte con VMI en V. Sin embargo, en los no-V en el 2º año, aumenta. El 55% precisó VMI, con una M_e de 16,5 días en ambos grupos en 2021. Aumenta al 69,57% en no-V en 2022 (M_e 19,5 días), frente al 25,81% en V (M_e 5 días). En 2021, la estancia en UCI fue de 12 días para no-V y 12,5 en V con una mortalidad en ambos grupos del 33%. En cambio en 2022, fue de 15 días para no-V y de 4 días para V. En cuanto a la mortalidad en 2021 fue del 33% en ambos grupos, disminuyendo al 20,33% en V y aumento en no-V al 34,78% en 2022.

Conclusiones: Hay que destacar que ambos grupos no son comparables ya que en los periodos de tiempo el estado de vacunación ha sido claramente distinto y en 2022 la muestra de “no-V” es pequeña. Si bien, a nivel poblacional podemos concluir que la vacunación ha contribuido a disminuir las necesidades de soporte respiratorio, además de reducir los días de dicho soporte y estancia en UCI (68%). Respecto a la mortalidad, no solo ha disminuido en los no-V, sino que, el valor es muy similar al previo; lo que evidencia la eficacia de la vacunación.

548. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PULMONAR. INCIDENCIA, ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y MANEJO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTA BARBARA DE SORIA

Alvarado López FJ, Garrido de la Rosa J, Márquez Romera C, González S, Fernández Calavia MJ, Hernández de Diego C, Chico Corredor L, Merino Gómez C, Cubillo Miguel N y Pérez Franco E

Hospital Santa Bárbara (C. A. de Soria), Soria.

Objetivos: Describir las características de los pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP) del Hospital Santa Bárbara de Soria en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 septiembre 2022.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TEP que ingresan en UCI en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2021 hasta el 31 septiembre 2022. Se recogieron las siguientes variables: datos sociodemográficos, factores de riesgo, clínica, radiológicos, ecográficos. Además, se realizaron escalas de estratificación de gravedad, tratamiento y complicaciones.

Resultados: Un total de 150 pacientes fueron diagnosticados de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) en el Hospital Santa Bárbara de Soria, 90 en el año 2021 y 60 en el 2022. En 2021 ingresaron en UCI un total de 6 pa-

cientes, lo que supone un 4% y un total de 10 (6,6%) hasta septiembre del año 2022. Del total, un 62,5% corresponde a hombres. Entre las comorbilidades asociadas destacan fumadores (25%) e HTA (50%). Respecto a la clínica de presentación la disnea fue el síntoma más frecuente (88%). Entre los datos analíticos se objetivó elevación de D-dímero en todos ellos y elevación de troponina en el 40% de los pacientes. Ingresaron 3 pacientes (18,75%) con diagnóstico de TEP de riesgo alto (fibrinolizados al ingreso) y 13 como riesgo intermedio-alto, evolucionando 3 de estos, a riesgo alto durante su ingreso en UCI, por lo que se completó el tratamiento administrando fibrinolítico. La prueba para el diagnóstico fue el angio-TC. Se realizó ecocardiograma a todos los pacientes que ingresaron en UCI, presentando todos aquellos de riesgo alto TAPSE menor de 16, ventrículo derecho dilatado y signos de hipertensión pulmonar. En el electrocardiograma la arritmia más frecuente que se observó fue la taquicardia sinusal (18,75%), dos pacientes (12,75%) presentaban patrón electrocardiográfico S1Q3T3. La mortalidad fue del 6,25%.

Conclusiones: De todos los pacientes diagnosticados de tromboembolismo pulmonar, desde enero 2021 hasta septiembre del 2022, solo el 10,6% ingresa en UCI. Ingresaron como TEP de riesgo alto tres pacientes, que precisaron fibrinolisis. Cabe destacar la importancia de ingresar para vigilancia a todos los TEP de riesgo intermedio alto, ya que el 18,75% de ellos evolucionaron a riesgo alto y precisaron tratamiento agresivo. Cada vez se utiliza más la ecocardiografía, tanto en el servicio de urgencias como en cuidados intensivos para diagnosticar y dar seguimiento a estos pacientes.

Defensa pósteres

URGENCIAS/EMERGENCIA 10:40-11:00 h. PANTALLA 5

549. INTENTOS AUTOLÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN COMPARACIÓN CON AÑOS PREVIOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Silva García C, del Moral de Diego A, Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Fernández Rodríguez A, Ceña Carazo J, Cuenca Fito E, García Moreno P y Huertas Marín MDC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Valorar si la situación de pandemia COVID-19 ha tenido alguna influencia en los intentos autolíticos respecto a los años previos.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo. Se ha incluido todos los pacientes menores de 16 años ingresados por intentos autolíticos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos en el HUMV desde el 1 enero de 2017 al 31 de diciembre de 2022. Se ha realizado un análisis bivariado entre el periodo prepandemia (2017-2019) y el periodo pospandemia (2020-2022). Los datos que se recogen incluyen fecha, edad, sexo, consumo de tóxicos, si se trata del primer episodio y tipo de intento.

Resultados: Se registraron un total de 21 pacientes, de los cuales 5 (23,8%) se produjeron en el periodo prepandemia y 16 (76,2%) en el periodo pospandemia, objetivando un incremento claro. La edad media de la muestra fue de 14,2 años, sin grandes diferencias en ambos grupos. El 90,5% fueron mujeres sin diferencias entre ambos periodos. En la mayoría de los casos presentaban algún tipo de antecedente psiquiátrico (76,2%), siendo los más frecuentes depresión (23,8%) y trastornos de la conducta alimentaria TCA (28,6%). Se trató del primer episodio en el 85,7% de los pacientes. El mecanismo principal fue la ingesta medicamentosa 85,7%. En segundo lugar el mecanismo traumático por precipitación 14,3%. Los datos muestran una disminución durante el periodo de confinamiento domiciliario y un progresivo aumento en el periodo posterior.

Conclusiones: Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 se ha alertado sobre los efectos que esta tendría en la salud mental de la población y se había previsto un aumento de las tasas de suicidio como ocurrió en pandemia previas. Los datos señalan que han aumentado los intentos. Se han relacionado los cambios de estilo de vida, el consumo de alcohol, el aumento de tiempo delante de pantallas y el uso de redes sociales durante la pandemia, con un mayor riesgo de síntomas de salud mental como bajo estado de ánimo, ansiedad, insomnio, depresión y comportamiento suicida.

550. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA QUE AMENAZA LA VIDA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UN TIPO DE PACIENTE DIFERENTE

Isern de Val I, Malingre Gajino M, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Mercado Castillo H, Montes Aranguren MP, Lorenzo Álvarez R, Orduña Casla I, Herrero García S y Edroso Jarne PE

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Describir a las pacientes con patología obstétrica que ingresan en una UCI de un hospital de tercer nivel, con su demografía, patología y medidas realizadas.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo basado en los datos de la historia clínica del HCU Lozano Blesa desde el 1 de mayo de 2009 al 31 de diciembre de 2021

Resultados: N = 119. La edad media es 33,7 años (+/- 5,64). La mediana de semanas de gestación es 36. 79 son caucásicas (66,4%), 15 (12,6%) son negras, 13 (10,9%) árabes, 11 (9,2%) son latinas, y 1 (0,8%) asiática. 59 (49,6%) son primíparas. 27 (22,7%) han presentado partos vaginales previos. 40 (33,6%), abortos. 17 pacientes (14,3%) han tenido cesáreas. El 10,1% (12) ha tenido complicaciones en embarazos previos. Tienen pocos antecedentes, siendo hipertensas 10 (8,4%), con dislipemia 2 (1,7%), diabetes 13 (10,9%), enfermedades autoinmunes 4 (3,4%), cardiopatías 2 (1,7%), hepatopatías 3 (8,5%), nefropatías 1 (0,8%), neumopatías 2 (1,7%), coagulopatías 9 (7,6%) y 17 (14,3%) algún tipo de antecedente ginecológico. A 85 (71,4%) se les ha practicado una cesárea actual. 31 de ellas (26,1%) han tenido un parto vaginal. Ninguna ha tenido un parto vaginal durante el ingreso. 40 mujeres (33,6%) han presentado hemorragia grave, 53 (44,5%) trastornos hipertensivos del embarazo, 19 (16%) atonía uterina, 22 (18,5%) infección grave, 6 (5%) rotura uterina. Otras patologías han sido: 3 con cardiopatía, 2 PTT, 1 HSA puerperal, 1 con TEP, 1 insuficiencia hepática grave, 1 paciente con alteraciones de las enzimas hepáticas, 1 trombosis de vena yugular interna, y 1 con meningitis tuberculosa. A 47 pacientes (39,5%) se les ha politransfundido; a 10 (8,4%) procedimientos intervencionistas. A 42 (35,3%) se les ha intervenido, a 23 (19,3%) se les ha colocado un balón de Bakri. 46 pacientes (38,7%) recibieron tratamiento con antihipertensivos, 12 pacientes (10,1%) recibieron soporte vasoactivo y 7 (5,9%) precisaron ventilación mecánica invasiva durante más de 24h. El 98,3 (117) presentaron evolución favorable 2 pacientes, 1,7% fallecieron. 3 pacientes (2,5%) reingresaron tras una primera alta. La tasa de mortalidad materna respecto a nacidos calculada es de 7,76 cada 100.000 nacimientos. 4,54 ingresos cada 1.000 partos. Mortalidad intra-UCI del 0,033%.

Conclusiones: Las pacientes obstétricas con ingreso en nuestra UCI son jóvenes, sin apenas antecedentes, principalmente caucásicas, casi la mitad primíparas. Se les practicó una cesárea a más del 70%. Las principales patologías son hemorragia grave, trastornos hipertensivos y atonía uterina. La mortalidad es baja pero reseñable.

551. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ACTIVACIÓN DEL EQUIPO DE REANIMACIÓN

Selva Armadans I, Ferrés Llach J, González Martínez E, Serra Soler S, Pons López T, Blasco Torres C, Ruiz Artola V, Campos Gómez A, Misis del Campo M y Ricart Martí P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Analizar las activaciones del equipo de reanimación cardiopulmonar (RCP) de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Análisis descriptivo de un total de 38 activaciones durante 9 meses. Se revisan las siguientes características del paciente: género, edad, servicio a cargo, motivo de activación, causa del paro cardiorrespiratorio (PCR), presenciada, realización de maniobras SVB-SVA, recuperación de circulación espontánea y supervivencia al mes.

Resultados: De un total de 51 activaciones del equipo de RCP se obtienen datos completos de 38 pacientes (60,1%) que analizamos. De las 38 activaciones, 28 eran hombres (73,6%) y 10 mujeres (26,4%), edad media de 70,8 años (41-89). Del total de activaciones 25 (65,8%) fueron por PCR y 13 (34,2%) por deterioro agudo (de las cuales 6 evolucionaron a PCR). Si analizamos por servicio, 13 pacientes estaban a cargo de Medicina Interna (34,21%), 5 de Cirugía General (13,16%), 4 de Neurología (10,52%), 3 de Nefrología (7,89%), 2 de Psiquiatría (5,26%), 2 de Traumatología (5,26%), 2 de Digestivo (5,26%), 2 de Hematología (5,26%), 1 de Cardiología (2,63%), 1 de Cirugía Vasculosa (2,63%), 1 de Neumología (2,63%), 1 de Urología (2,63%) y 1 de Radiología (2,63%). Las causas del PCR fueron 18 de causa desconocida (47,4%), 13 por hipoxemia (34,2%), 4 de origen cardíaco

(10,5%) y 3 por disminución del nivel de consciencia (7,89%). De las 38 activaciones 3 tenían órdenes de no RCP en la historia clínica y 20 no se consideraron reanimables por el equipo de RCP. Un 40% de los PCR fueron presenciados. A la llegada del equipo de RCP a 10 pacientes no se les realizaba SVB (5 activaciones por PCR y 5 por deterioro), realizándose posteriormente a 3 de ellos maniobras de SVA. Se consiguió recuperación de circulación espontánea en 7 pacientes de 31 PCR (22,5%), con una supervivencia al mes de un 13%. Si analizamos la supervivencia únicamente de los pacientes considerados tributarios de reanimación, la recuperación de circulación espontánea es del 33% con una supervivencia al mes de 22%.

Conclusiones: La mitad de los pacientes que presentan paro cardíaco tienen causas tratables (hipoxemia, cardiopatía isquémica, disminución del nivel de consciencia). Los pacientes que presentan deterioro grave, que motiva la activación del equipo de reanimación, acaban presentando paro cardíaco. La formación en soporte vital inmediato del personal de hospitalización, así como la implementación de escalas de alerta precoz, podrían mejorar los resultados en el PCR intrahospitalarios.

552. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LOS INTENTOS AUTOLÍTICOS EN EL ÁMBITO DE CUIDADOS INTENSIVOS

Morente García E, Eliche Mozas R y Sánchez Calderón A

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

Objetivos: Evaluar la distribución por sexo y edad de los pacientes ingresados en UCI por intento autolítico así como evaluar los medios de autolisis más frecuentes y la gravedad asociada al mismo valorada por la media de días de ingreso y supervivencia al año.

Métodos: Se han incluido en el estudio un total de 33 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de la Victoria desde marzo a septiembre de 2021. Se ha realizado un estudio descriptivo observacional analizando el número de días de estancia hospitalaria, la existencia de intentos autolíticos previos o antecedentes de salud mental conocidos, el medio de autolisis más frecuente y la gravedad asociada al mismo según supervivencia al año.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 33 pacientes de los cuales 15 fueron hombres y 18 mujeres. De ellos, 18 de los estudiados fueron menores de 50 años. El 78,8% tenía antecedentes de salud mental conocidos y habían estado en seguimiento por salud mental, además, del total el 48,4% ya había tenido intentos autolíticos previos. El método más frecuentemente utilizado ha sido la ingesta medicamentosa con fines autolíticos, que supuso el 88,7% frente a 2 ahorcamientos y 2 intentos con arma blanca. La estancia media de ingreso hospitalario fue de 5,5 días con una desviación media de 7,33 días. De los pacientes estudiados, en total 6 de ellos fallecieron, siendo el *exitus* en la UCI en todos los casos. De los pacientes con ingesta medicamentosa con fines autolíticos, 15 fueron mujeres y 14 hombres, la mayoría emplearon benzodiacepinas y/o antidepresivos. 3 mujeres fallecieron siendo las causas: sobredosis de insulina, ingesta de ácido clorhídrico e ingesta de paracetamol. De los pacientes con intento autolítico con arma blanca, un hombre y una mujer, no fallecieron. Mientras que los dos intentos autolíticos mediante ahorcamiento fueron dos mujeres ambas fallecidas.

Conclusiones: Con los resultados obtenidos podemos concluir que existe cierta superioridad de mujeres respecto a hombres en el intento autolítico, siendo la mayoría menores de 50 años. Además el 78% tenían antecedentes de salud mental conocidos y al menos la mitad lo habían intentado previamente. Respecto al método de intento autolítico, el más frecuente fue la ingesta medicamentosa. Cabe destacar que la mayoría emplea medicación que tiene receta precisamente por haber estado en seguimiento por Salud Mental dada su patología. La mortalidad asociada ha sido del 18%, siendo el 100% de ellos mujeres.

553. ¿TODO PARO CARDIORRESPIRATORIO ES REANIMABLE?

Ferrés I Llach J, Selva Armadans I, González E, Pons T, Serra Soler S, Misis del Campo MT, Campos A y Ricart P

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona.

Objetivos: Analizar la indicación de activar el equipo de RCP (reanimación cardiopulmonar) en un hospital de tercer nivel. Análisis de la supervivencia al mes de los pacientes reanimados.

Métodos: Análisis descriptivo de un total de 38 activaciones durante 9 meses en un hospital de 691 camas. Se revisa el criterio subjetivo de

la indicación de reanimación por parte del equipo de RCP, el registro en la historia clínica por parte del médico responsable del paciente de órdenes de no reanimación, su puntuación en la escala de comorbilidad GMA (grupos de morbilidad ajustada) así como la supervivencia. El GMA es una herramienta que estratifica e identifica la población de riesgo según morbilidad, probabilidad de ingreso hospitalario y mortalidad. Estratifica en nivel 1: riesgo bajo, nivel 2: riesgo moderado, nivel 3: riesgo alto y nivel 4: riesgo muy alto.

Resultados: De las 38 de activaciones analizadas, 25 se debían a paro cardiorrespiratorio (PCR) y 13 se debían a deterioro clínico (6 de ellos requirieron reanimación avanzada). Según la valoración subjetiva del equipo de RCP, del total de 38 activaciones, 20 pacientes no eran tributarios de medidas de RCP, por lo que o no se iniciaron maniobras de soporte vital avanzado (SVA) o tras revisar la historia clínica se decidió suspender las maniobras. Únicamente en 3 pacientes constaban órdenes de noRCP en la historia clínica. La escala GMA de morbilidad del total de pacientes mostraba un alto grado de complejidad (nivel 1: 2,6%, 2: 15,8%, 3: 36,8%, 4: 44,7%), si analizamos los pacientes no considerados como tributarios de RCP observamos una puntuación GMA de 3: 33,3%, 4: 66,7%. Del total de activaciones del equipo de reanimación tras PCR, la supervivencia al mes es de un 13%. Si analizamos únicamente los pacientes considerados tributarios de reanimación, la supervivencia al mes es de un 22%.

Conclusiones: Es infrecuente la indicación de las órdenes de no RCP en la historia clínica de los pacientes hospitalizados, debiéndose fomentar su registro. Las escalas de morbilidad/fragilidad son una herramienta útil para discriminar la indicación de las órdenes de no reanimar. La supervivencia de los pacientes considerados tributarios de RCP tras PCR con recuperación de la circulación, entra dentro de los estándares de calidad.

Defensa pósteres

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD VI

10:40-11:00 h. PANTALLA 6

554. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL DESARROLLO SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS FAMILIAR EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA COVID-19

Higón Cañigral Á, Carrasco González E, Ruiz Rodríguez A, López Gómez L, Tornero Yezpe P, Martínez Quintana ME, Martínez Martín G, Torrano Ferrández A, Bayoumy Delis PS 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 familiar (PICS familiar) en los familiares de pacientes ingresados por neumonía COVID-19.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizan los familiares de los pacientes supervivientes de COVID-19 ingresados en UCI que acuden a la consulta de seguimiento entre el 19/05/2020 y el 22/12/2022, siendo la 1ª consulta a los 2-3 meses del alta hospitalaria y 2ª consulta a los 6 meses. Se estudia el riesgo de desarrollo de PICS familiar mediante escala HAD (valoración emocional) y escala Zarit (valoración del grado de sobrecarga del cuidador). En el paciente se registran datos clínicos, gravedad (SOFA máximo y SAPS II), presencia de PICS, alteración física, emocional y dependencia. Los resultados se expresan como porcentaje, media \pm desviación estándar y mediana (rango intercuartil). Las comparaciones mediante t de Student o Mann Whitney, χ^2 de Pearson y exacto de Fisher.

Resultados: En la primera consulta se analizan 88 familiares (29,2%), mediana escala HAD: ansiedad 7 puntos (5-21), depresión 4 puntos (1-7), y escala Zarit 12 puntos (5-21). Se objetiva riesgo de alteración emocional en 21 familiares (23,9%), precisando derivación a psiquiatría 8 (9,1%). En todos los casos se realiza un informe detallado para su médico de atención primaria. En la segunda consulta se analizan 16 familiares (5,3%). Se estudia la asociación entre la presencia de PICS familiar y algunas características del paciente: gravedad, presencia de PICS, alteración física, emocional y dependencia, que se muestran en la tabla. Se objetiva relación significativa entre la presencia de PICS familiar y la dependencia del paciente, siendo el resto de las variables analizadas no significativas.

Figura 2 Póster 556

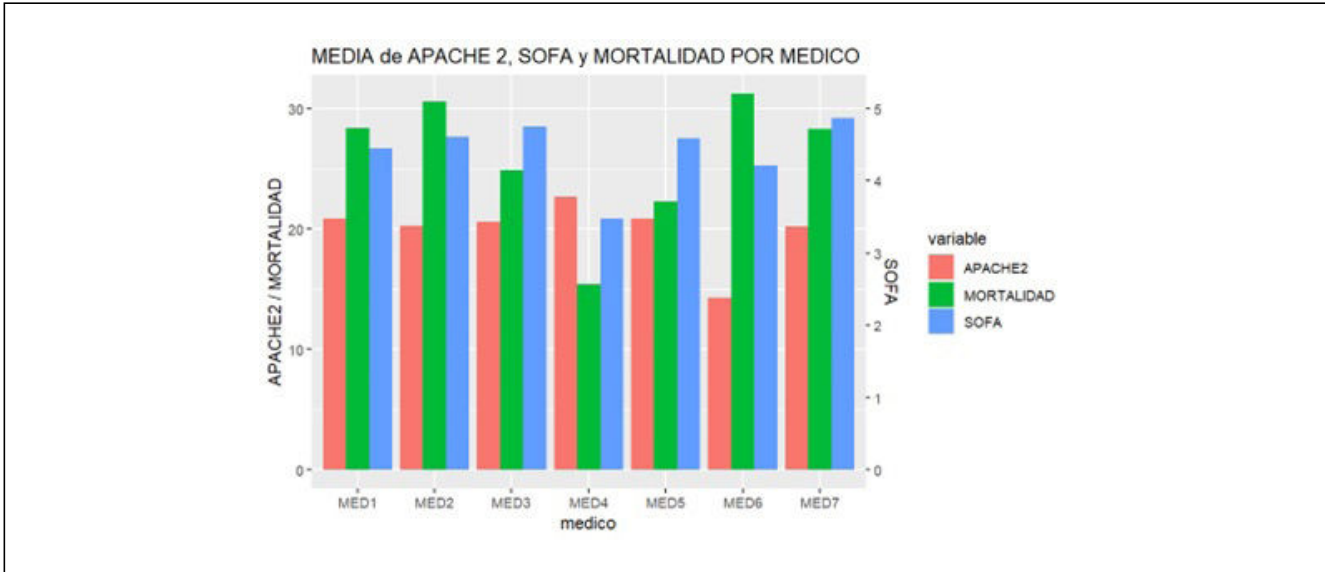


Figura 3 Póster 556

VARIABLE	ODDSRATIO	ERROR	INTERVALO CONF		P	SIGNIFICACION
SOFA	2.91	1.44	1.47	4.35	<0.01	S
APACHE II	1.16	1.55	-0.39	2.71	0.74	NS
MEDICO1	1.15	1.31	-0.16	2.46	0.61	NS
MEDICO2	0.87	1.44	-0.57	2.31	0.7	NS
MEDICO3	1.1	1.32	-0.22	2.42	0.73	NS
MEDICO4	0.81	1.44	-0.63	2.25	0.6	NS
MEDICOS	1.46	1.32	0.14	2.78	0.17	NS
MEDICO6	1.36	1.33	0.03	2.69	0.28	NS
MEDICO7	0.74	1.40	-0.66	2.14	0.36	NS

Tabla 2. Odds ratio para el modelo lineal generalizado mixto de predicción de mortalidad. Se considera efecto random al paciente, para evitar pseudorreplicación. El único efecto fijo significativo es el SOFA diario del paciente.

557. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. SIEMPRE HAY POSIBILIDAD DE MEJORA

Macaya Redín L, Escuela Gericó MP, Rodríguez Ruiz C, García Gigorro R, Gonzalo Somoza G, Díaz Díaz D y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: La seguridad del paciente (SP) es un componente esencial de la calidad asistencial. Proporcionar al paciente una atención exenta de daños innecesarios es nuestra labor como profesionales comprometidos con la calidad asistencial.

Métodos: Se ha realizado un análisis de los formularios de notificación de incidencias registrados en nuestra Unidad durante un año (septiembre 2021/2022).

Resultados: Se recogen 55 formularios, 27 en el turno de mañana, 12 en el de tarde y 16, en el de noche. No hay variación en los distintos meses manteniéndose entre 3-8 las notificaciones/mes. En el 86% se identifica la persona que completa el formulario y solamente, en 8 de las 55 (14%) se indica la categoría profesional. El 49% de los formularios son completados por enfermería, 47% por médicos y solo un 3,6% por TCAE. De las incidencias, 13 (23,6%) están relacionadas con disfunción de aparatos: 6 que representan el 46%, están relacionadas con el funcionamiento del hemofiltro y las TCDE; el resto, en relación con la VMNI/V60, respirador/Carescape, utilización inadecuada del aparataje de la

Unidad, cama, dispositivo de OAF, programa de UCI/CCM y ecógrafo. El 49%, se refieren al uso de dispositivos en el paciente crítico. Se incluyen salidas accidentales, autorretiradas y malfuncionamiento: 9 incidencias de SNG, 5 de catéter arterial, 3 de TOT, 3 DET y 3 salidas de CVC, 2 de cánula de traqueotomía y 1 con línea media y VVP. Las notificaciones relacionadas con la medicación suponen el 20%. El 72% se corresponden con dosis de medicación errónea (dosis duplicada, dosis incorrecta, etc.). En 2 ocasiones, el producto no estaba en condiciones óptimas y en una ocasión, se objetivó una finalización de medicación en perfusión intravenosa (drogas vasoactivas) inadvertida. Este hecho motivó que se emplearan bombas de perfusión intravenosa con aviso sonoro de finalización (uso obligatorio de sensor), en todo tipo de medicación, considerada de alta importancia, en el paciente crítico. El 93% llegó al paciente considerándose incidente relacionado con la seguridad. Y de este 93%, el 12,7% ocasionó daño de diferente gravedad al paciente considerándose, evento adverso. Los más relevantes están relacionados con utilización de dispositivos en el paciente crítico (traqueotomía, drenaje endotorácico) y medicación.

Conclusiones: Para mejorar la recogida se ha modificado el formulario de notificación de incidencias, incluyendo más información sobre los aparatos existentes en la Unidad, y sobre todo, en los incidentes relacionados con la medicación, se está realizando un cambio importante en la prescripción informática.

558. MONITORIZACIÓN DEL NIVEL DE ANALGESIA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UCI POLIVALENTE EN EL AÑO 2022: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Quintana Burgos G, Zarza Márquez MdM, Campos Albert J, Pérez Piñero S, Nomdedeu Fernández M, Jiménez Medina D y Quintanilla G

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

Objetivos: Conocer el control del dolor en pacientes ingresados en la UCI del hospital Santa Lucía de Cartagena durante el año 2022. En nuestra UCI, con el fin de garantizar un adecuado control del dolor en los pacientes, se fija a su ingreso un objetivo de nivel de analgesia de forma que los pacientes comunicativos deben mantenerse con una puntuación < 3 en la escala EVA (Escala Visual del dolor), y los pacientes no comunicativos con una puntuación < 5 en la escala BPS (Behavioral Pain Scale).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes ingresados en UCI del hospital Santa Lucía de Cartagena, durante el año 2022 y con estancia > 24 horas. Se recogieron los datos registrados en la historia clínica electrónica ICCA (IntelliSpace Critical Care and Anesthesia) sobre las puntuaciones obtenidas tras las aplicaciones diarias programadas de la escala de dolor correspondiente. Para considerar un adecuado nivel de analgesia se exigió que una puntuación por encima del objetivo fijado, fuera corregida antes de la siguiente aplicación programada de la escala de analgesia.

Resultados: El 92,81% de los pacientes comunicativos mantuvieron un adecuado nivel de analgesia durante toda su estancia en UCI, en el caso de los pacientes no comunicativos, este resultado alcanzó el 99,05%.

Conclusiones: El control de dolor se consigue en un gran porcentaje de los pacientes ingresados en nuestra UCI, a ello contribuye la aplicación de escalas de dolor de forma programada para instaurar precozmente las medidas oportunas que garanticen mantener el objetivo de analgesia fijado.

Cuidados Intensivos del Hospital de Ciudad Real en el periodo desde julio 2022 a diciembre 2022. Consta de dos unidades: Unidad Coronaria con 9 camas y Unidad Polivalente 12 camas. Se describe y analiza si hay diferencias en la capacidad de erradicación microbiológica entre las ITU bacterianas y fúngicas mediante el test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyen en el estudio 34 pacientes que desarrollan una ITU asociada a sondaje vesical, de los cuales 24 (70%) eran infecciones bacterianas y 10 (30%) infecciones fúngicas por *Candida* sp. Mediante el test exacto de Fisher, con una significación estadística bilateral (p = 0,048) se obtienen los siguientes resultados: En el 40% (4 de 10) de los casos de ITU por *Candida* sp. no se consigue la erradicación del microorganismo tras cumplir ciclo de tratamiento dirigido, persistiendo además la clínica y un crecimiento significativo de colonias en urocultivo. En las ITU de origen bacteriano, un 8,3% (2 de 24) no se consigue erradicación.

Conclusiones: Pese a tratamiento dirigido al microorganismo etiológico causante de la ITU asociada al sondaje vesical, la capacidad de erradicación en infecciones fúngicas es menor que en las infecciones bacterianas.

560. BUSCANDO EL FOCO DE LEGIONELLA PNEUMOPHILA

Delgado Palacios C¹, Delgado Palacios C¹, Fernández Ramos A¹, Lozano Sutil L¹, Peña Naranjo JA¹, Gallego Curto E¹, Delgado Palacios S², Moreno Rivero B¹, García Ruiz J¹ y Cara Rodríguez M¹

¹Hospital San Pedro de Alcántara (C. H. de Cáceres), Cáceres. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar y describir métodos diagnósticos, tratamiento y origen del brote de *L. pneumophila* durante el verano de 2022.

Métodos: *L. pneumophila* es un bacilo gram negativo que cursa con clínica respiratoria, aunque también puede presentar manifestaciones extrapulmonares. Suele estar presente en el suelo y en aguas dulces. En el verano del 2022 hubo un brote de *L. pneumophila* en el Hospital de Cáceres. Realizamos por tanto un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo del número de casos, métodos diagnósticos, tratamiento dirigido, así como origen del posible foco.

Resultados: Se registraron un total de 24 pacientes infectados por *L. pneumophila*, el 87,5% del total precisaron ingreso hospitalario, siendo necesario ingreso en UCI en el 20,8% del total. De todos ellos, el 50% había tenido ingreso hospitalario en el último mes. El factor de riesgo predominante fue la inmunodepresión, hasta un 50% de los pacientes presentaban procesos oncológicos o hematológicos en tratamiento activo. Respecto a la edad se encontró en 70,66 ± 11,4 años. La clínica destacada fue tos y expectoración en el 100% de los casos, cursando con insuficiencia respiratoria en un 87,5% de los pacientes. Un 8,3% presentó clínica digestiva y fiebre en un 41,17%. El diagnóstico definitivo se basó en la detección de antígeno de *Legionella* en orina en el 83,3% de los casos, en el 12,5% se diagnosticó con PCR en esputo espontáneo y tan solo un 4,17% creció en cultivo. A nivel analítico destacó sodio < 135 en el 58,3%, leucocitos > 11.500 en un 54,2% y tan solo un 12,5% presentó aplasia. Respecto a la imagen radiológica, el 100% cursó con neumonía alveolar, 54,16% unilateral, y el resto neumonía alveolar bilateral, encontrándose esta última en el 80% de los pacientes ingresados en UCI. Se realizó tratamiento con levofloxacino en el 100% de los casos, aumentando cobertura antibiótica hasta un 37,5% de los pacientes por coinfecciones. La mortalidad total fue 37,5% (9 pacientes), de los cuales 4 pacientes habían ingresado en UCI. Y finalmente, respecto al origen de foco, parece no ser hospitalario ya que tanto las PCR como los cultivos de las aguas fueron negativos.

Defensa pósteres

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VII
10:40-11:00 h. PANTALLA 7

559. DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD DE ERRADICACIÓN DEL MICROORGANISMO CAUSANTE DE LA INFECCIÓN DE ORINA ASOCIADA A SONDAJE VESICAL COMPARANDO ETIOLOGÍA BACTERIANA CON FÚNGICA

Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Peral Santos A, Segovia García de Marina L, Marín Marín C, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Espinosa González MDC, Ortiz Díaz Miguel R y Abdel Hadi Álvarez H

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar la capacidad de erradicación del microorganismo etiológico causante de una infección del tracto urinario (ITU) asociada a sondaje vesical tras cumplir tratamiento dirigido para el mismo, comparando ITU bacteriana con fúngica.

Métodos: Registro observacional, prospectivo, que recoge las ITU que desarrollan los pacientes ingresados más de 48 horas en la Unidad de

Área/proceso	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Monitorización del dolor en el paciente comunicativo	45 de 5581,82%	45 de 4697,83%	74 de 7993,67%	70 de 7297,22%	85 de 9589,47%	75 de 8588,24%	94 de 10292,16%	77 de 8293,90%	92 de 92,93%	91 de 96 (94,79%)	89 de 93 (95,24%)	80 de 84 (95,24%)	917 de 988 (92,89%)
Monitorización del dolor en el paciente no comunicativo	23 de 23 100%	7 de 7 100%	20 de 20 100%	23 de 24 95,83%	24 de 24 100%	23 de 24 95,83%	35 de 35 100%	38 de 38 100%	30 de 30 100%	28 de 29 96,55%	35 de 35 (100%)	27 de 27 (100%)	313 de 318 (99,05%)

Conclusiones: Se trata de una infección grave, donde la inmunosupresión y la edad avanzada son factores importantes; aunque cabe destacar que las coinfecciones agravan el pronóstico. El método diagnóstico principal es el antígeno de *Legionella pneumophila*, ya que se trata de una técnica fácil y rápida. Para finalizar, no se pudo demostrar el origen hospitalario del foco, pero aún estamos a la espera de análisis que podrían indicar un foco comunitario.

561. BROTE DE ACINETOBACTER BAUMANNII EXTENSAMENTE RESISTENTE DURANTE LA COVID-19

Martín Rasero JL, Álvarez Fernández E, Fuentes Scott D, Escudero del Campo A, Cruza Leganes N y Taberna Izquierdo MÁ

Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo.

Objetivos: Describir brote de *A. baumannii* extensamente resistente, que se presentó en nuestra unidad, durante la pandemia COVID-19 en pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes ingresados con neumonía grave por SARS-CoV-2 en UCI, entre el 17/08/20 y 09/03/21. En este periodo ingresaron un total 155 pacientes, excluyendo los negativos para SARS-CoV-2, analizamos 125 de ellos. La detección de paciente se realizaba con screening de colonización de gérmenes MR (en faringe y recto); el día de ingreso y semanalmente, además de muestras y cultivos, cuando el paciente presentaba sospecha de sobreinfección bacteriana.

Resultados: Durante este periodo ingresaron en UCI un total de 125 pacientes, con PCR positiva para SARS-CoV-2, de los cuales 51 presentaron aislamiento microbiológico de *A. baumannii* (solo sensible a tigeciclina, de los AB testados), tanto en muestras de colonización, como en total de cultivos microbiológicos. Tenían una media de edad de 63 años (IC95% 57-69 años), 39 hombres (76,47%). APACHE II 15,46 (IC95%, 14,08-16,85). El 62% presentaba como AP, HTA y el 57% obesidad (mediante IMC), siendo los factores de riesgo más prevalentes. Ingresaron 48 con diagnóstico de neumonía grave por SARS-CoV-2, otros 2 posquirúrgicos urgentes y 1 paciente con TV sostenida. Precisarón VMI 49 pacientes, con una media de 23,02 días (95% CI, 17,63-28,42). De los

pacientes con aislamiento de *A. baumannii*, 19 (37,25%) presentaron colonización faríngea y/o rectal como único aislamiento. Desarrollaron NAVM por ABER 23 pacientes (45,1% del total), 2 de los cuales, AB PanR en muestra respiratoria, con tratamiento de rescate con cefiderocol (50% de supervivencia). Bacteriemias 13 pacientes, de estas, asociadas a catéter 5 (38,46% del total de las bacteriemias), el resto bacteriemia con foco pulmonar. ITU por ABMR 4 pacientes (7,8% del total). La mortalidad fue del 35,3% (18 pacientes), por todas las causas. De ellos 11 (61%) por NAVM por *A. baumannii*. El control del brote se realizó con aislamiento en una misma unidad, protocolos de limpieza y clausura de boxes durante 24h, junto a terapia de ozono.

Conclusiones: El *A. baumannii* es un problema de salud pública, por la alta resistencia que presenta. En nuestro brote un 40,8%, del total de ingresados, presenta aislamiento de ABER. Mortalidad del 35,3% y mortalidad atribuible un 8,8% del total. Con ello se pone de manifiesto la importancia de retomar los proyectos ZERO, para control de brotes.

562. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ADQUISICIÓN DE BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (BMR) EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Gutiérrez Hernández M¹, Carrillo Auñón ME¹, del Valle Ortiz M¹, Ossa Echeverri SA¹, Romero León JA¹, Cáceres Barrientos G¹, Granado Saez de Tejada PB¹, Ruiz Martínez A¹, Alcalde Susi R² y Nariño Molano CA¹

¹Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos. ²112, Burgos.

Objetivos: Describir el cambio en las tasas de adquisición de BMR en nuestro centro durante la pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Burgos (HUBU) de 01/19 a 06/22. Variables a estudio: edad, estancia, APACHE II, mortalidad, índice de ocupación (IO), adquisición de BMR durante el ingreso por 1000 d e infecciones por BMR durante el ingreso por 1.000 d.

Resultados: Se han analizado los datos por semestres, considerando periodo de pandemia 2020-2021 y el 2022 como nueva normalidad. Durante la pandemia, se ha mantenido la edad media, se han duplicado las

Tabla 1 Póster 562

	Edad	Estancia	APACHE II	Mortalidad	IO	BMR (inf o coloni) durante ingreso × 1.000 d	Infección por BMR durante ingreso × 1.000 d
01-06/2019	63,6	5,6	17,6	10,6	93,8	3,2	0,0
07-12/2019	64,2	5,9	17,8	11,6	89,4	3,5	0,5
01-06/2020	63	6,7	18,8	8,7	90,7	4,3	1
07-12/2020	62,3	8,5	19,6	16,3	127,7	2,3	1,4
01-06/2021	61,2	10,0	19,6	14,4	140,0	3,8	1,1
07-12/2021	61,2	9,1	19,1	12,4	93,7	6,5	0,8
01-06/2022	63	7,9	19,0	16,7	97,3	2,4	1,6

Tabla 2 Póster 562

BMR durante el ingreso (colonización e infección)						
	<i>Pseudomonas</i> MR	<i>Acinetobacter</i> MR	Enterobacteria-BLEE	SARM	EVR	BGN-carbapenemasa
01-06/2019	33,33%	-	41,7%	8,3%	-	16,7%
07-12/2019	40%	3,1%	50%	13,3%	6,7%	-
01-06/2020	8%	60%	28%	4%	-	-
07-12/2020	78,6%	-	14,3%	7,1%	-	-
01-06/2021	57,1%	4,8%	19,0%	14,3%	-	4,8%
07-12/2021	47,1%	-	35,3%	5,9%	-	11,8%
01-06/2022	70%	-	10%	10%	-	10%

Tabla 3 Póster 562

BMR durante el ingreso (infección)						
	<i>Pseudomonas</i> MR	<i>Acinetobacter</i> MR	Enterobacteria-BLEE	SARM	EVR	BGN-carbapenemasa
01-06/2019	-	-	-	-	-	-
07-12/2019	100%	-	-	-	-	-
01-06/2020	-	83,3%	16,7%	-	-	-
07-12/2020	87,5%	-	-	12,5%	-	-
01-06/2021	66,7%	-	-	33,3%	-	-
07-12/2021	50%	-	-	-	-	50%
01-06/2022	71,4%	-	-	14,3%	-	14,3%

estancias y se ha aumentado el APACHE en 2 puntos. La mortalidad se ve incrementada y el IO se elevó a 53,1% llegando a 140%. Las tasas de BMR (infección y colonización) pasaron de 3,53 a 6,54/1.000 d. Y las de infecciones por BMR aumentaron de 0,50 a 1,4. Tras la pandemia, la tasa de BMR está en descenso, aunque la de infección se mantiene elevada. La BMR que causa infección y colonización predominantemente es *Pseudomonas* MR salvo del 01/20-06/20 donde predomina *Acinetobacter*.

Conclusiones: La adquisición de BMR en nuestra unidad durante la pandemia aumentó en relación con mayor estancia, IO y gravedad. En este periodo hubo un brote de *Acinetobacter* MR aunque la BMR predominante fue *Pseudomonas* MR en infección y colonización.

563. FACTORES RELACIONADOS CON DESARROLLO DE VENTRICULITIS EN PORTADORES DE DRENAJE VENTRICULAR EXTERNO

Prado Mira A, Gallego Lujan C, Pérez Villena MM, Muñoz de Luna Herrera L, Ruiz Cambra NA, Ruiz-Escribano Taravilla E, Martínez Márquez MC, García Ruiz Boquete L, García Pérez D y García López A

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

Objetivos: Describir la incidencia de ventriculitis en pacientes portadores de drenaje ventricular externo (DVE), factores desencadenantes y relación con morbimortalidad.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, factor de exposición ser portador de DVE. Realizamos revisión de historias clínicas de pacientes portadores de DVE ingresados en la UCI médica de un hospital terciario en el período enero 2018-noviembre 2022. Se han recogido datos epidemiológicos y clínicos, estancia y mortalidad en UCI. Paquete estadístico SPSS.

Resultados: N = 62. Edad media 61 años (DE 10, IC95% 59-64); hombres 30 (48%), APACHE II medio 17 (DE 7,5, IC95% 15,6-19,3); estancia media 19 (DE13,9, IC95% 15,3-22,4). La mayoría ingresaron por HSA [26, (42%)] y por HIC [21, (34%)]. Desarrollaron ventriculitis (V) 20 pacientes (32%). Todos los DVE que se infectaron habían sido colocados en quirófano, frente al 85% de los no infectados. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron CGP en 7 pacientes y BGN en 4. Todos los pacientes con V fueron tratados con antibioterapia iv y 7 recibieron además terapia it. Los pacientes con V presentaron más delirio [7 (35%) vs. 10 (26%); p < 0,05], habían tenido mayor manipulación del DVE [9 (45%) vs. 12 (29%); p < 0,05] y más recambios del DVE [5 (25%) vs. 3 (8%); p < 0,05]. Los DVE que se infectaron permanecieron más días puestos [15 (DE13, IC95% 9-22) vs. 9 (DE6, IC95% 7-12); p < 0,05]. Los pacientes con ventriculitis más a menudo presentaron fiebre [16 (80%) vs. 18 (46%); p < 0,05], deterioro del nivel de conciencia [18 (90%) vs. 10 (26%); p < 0,05] y crisis epilépticas [8 (40%) vs. 9 (23%); p < 0,05]. Los pacientes con V tuvieron mayor estancia en UCI [26 (DE 17, IC95% 18-33) vs. 15 (DE 11, IC95% 12-19); p < 0,05]. Los pacientes con V más a menudo requirieron VVP [4 (20%) vs. 3 (8%); p < 0,05]. Fallecieron en total 17 pacientes (27%); no hubo diferencias en mortalidad en los que tuvieron V.

Conclusiones: Tenemos una alta incidencia de V en nuestra UCI. Los pacientes que desarrollan V tienen más células y más proteínas en LCR, son portadores de DVE más días, y son catéteres más manipulados y recambiados. Los pacientes con V tienen más a menudo fiebre, crisis epilépticas y disminución del nivel de conciencia, permaneciendo más días ingresados en UCI.

564. EXPERIENCIA DEL USO DE CEFTAZIDIMA/AVIBACTAM Y CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM EN NUESTRA UNIDAD

Diaz de Antóñana Saenz V¹, Lander Azcona A¹, Zabalza Goya A¹, Irigoyen Rodríguez I¹, Lobo Palanco J¹, Llorente Sánchez A¹, Presa Orue A¹, Aldunate Calvo S², Egües Lugea A¹ y Ansotegui Hernández A¹

¹Hospital Universitario de Navarra, Navarra. ²Hospital García Arcocoyen, Navarra.

Objetivos: Describir el uso de ceftazidima/avibactam (CAZ/AVI) y el ceftolozano/tazobactam (CFT/TAZ) en pacientes con infecciones por Bacilos Gram Negativos (BGN) en una UCI de un hospital terciario.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Población de estudio: pacientes ingresados en UCI que fueron tratados con CAZ/AVI o CFT/TAZ. Período de recogida 2018 a 2022. Se recogieron las siguientes variables: Datos demográficos, clínicos, microbiológicos, terapia empírica/dirigida y duración del tratamiento. Se evaluó la mortalidad y la respuesta al tratamiento con erradicación y resolución clínica.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes. Varones 77,8%. Edad media 60,7 años (desviación estándar 15,5). Presentaban patología médica 52,8%, quirúrgica 39,6% y resto (7,5%) ingresaron con diagnóstico de enfermedad traumática grave. En el 47,1% se diagnosticó la infección tras una estancia en UCI superior a 20 días. Las infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica (VM) fueron las más frecuentes, siendo el 64,1% de los diagnósticos. Neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) 45,2% y traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica (TAVM) 16,9%. Otros focos de infección: infección intraabdominal 11,2%, neumonía hospitalaria no relacionada con ventilación mecánica 7,9%, bacteriemia primaria 5,6%, infecciones urológicas 3,8% y otros focos 7,5%. Aislamiento microbiológico de *Pseudomonas aeruginosa* (PA) en 49 pacientes, de las cuales se clasificaron como sensible 7,5%, MDR 57,1%, XDR 26,5%, PDR 6,1%. El resto otros BGN. Todos los pacientes habían sido tratados con terapia antimicrobiana de amplio espectro previamente. Uso de CAZ/AVI en 27 casos y CFT/TAZ en 26. Terapia dirigida según antibiograma en 67,9% y empírica 32,1%. El 24,4% de los pacientes recibieron tratamiento combinado con un segundo antipseudomónico. Se observó colonización previa por PA multirresistente en 36 pacientes. Tras tratamiento la tasa de erradicación con CAZ/AVI fue del 70,4% y del 34,6% con CFT/TAZ. De las infecciones tratadas con CAZ/AVI, 77,8% se dieron como resueltas y 73,1% con CFT/TAZ. La duración media de la terapia fue de 9,2 días con desviación estándar 5,6. Fallecieron 22 pacientes en UCI por complicaciones relacionadas con los procesos infecciosos.

Conclusiones: El uso de los nuevos antimicrobianos como CAZ/AVI y CFT/TAZ en infecciones por PA multirresistentes tiene una elevada tasa de resolución. Las infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica continúan siendo las más frecuentes en nuestra unidad.

Defensa pósteres

SÍNDROME CORONARIO AGUDO II 10:40-11:00 h. PANTALLA 8

565. TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO, EXPERIENCIA INICIAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA URGENTE DE RESCATE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

de Abreu Ramírez AA, García Godes M, Muñoz-Mingarro Molina D, Marín Raéz R, González Fernández O, Morales Sorribas E, Fernández Rodríguez ML, Cobos Alonso J y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la trombectomía de rescate para el tratamiento del tromboembolismo pulmonar agudo (TEP) en pacientes ingresados en UCI.

Métodos: Describimos nuestra experiencia en la realización de trombectomía mecánica de rescate en TEP de alto riesgo desde febrero de 2021 a noviembre de 2022. Se denominó de rescate porque los pacientes ya habían sido fibrinolizados o presentaban contraindicaciones para la fibrinólisis. Se realizó mediante movimientos rotatorios y aspiración con sistema índigo® utilizado habitualmente para angiografía pulmonar. Se analizaron las características demográficas, los niveles de troponina I, e D-dímero, las indicaciones y complicaciones del procedimiento, la escala PESI así como la función del ventrículo derecho, la presión media de la arteria pulmonar y los días de ventilación mecánica. Estas variables se describen como media y límites inferior y superior.

Resultados: Se realizó trombectomía urgente a 8 pacientes con TEP de alto riesgo, que tenían escala PESI promedio 164 (Ls 233 Li 94), concentraciones elevadas de troponina I promedio de 1,4 ng/ml (Ls 7,7 ng/ml Li 0,1 ng/ml), y con D-dímero promedio de 2.830 ng/ml (Ls 28.000 ng/ml Li 867 ng/ml). 87,5% eran hombres, una media de edad a 53 años, el 50% HTA, 12,5% con antecedente de neoplasia, 37,5% obesos, 25% EPOC y 50% tenían antecedentes de infección por COVID en los últimos 3 meses. De los 8 pacientes, que se les realizó trombectomía mecánica, uno tenía contraindicación para tratamiento fibrinolítico. 3 sufrieron parada cardiorrespiratoria, 2 de ellos requiriendo temporalmente soporte con membrana extracorpórea ECMO. En el 87,5% de los pacientes se observó una mejoría, la presión media de la arteria pulmonar descendió de 43 a 33 mmHg tras el tratamiento mecánico. Uno de ellos falleció a las 24 horas del procedimiento por shock refractario post-RCP. El otro

paciente falleció durante el procedimiento por retrombosis y dificultades de la técnica. El resto presentaron mejoría clínica y ecográfica durante su ingreso en UCI, mostrando mejoría del ventrículo derecho, con TAPSE promedio previo de 13 mm y tras la trombectomía de 17 mm y un tiempo de ventilación mecánica promedio de 14 días. No se evidenciaron complicaciones hemorrágicas relacionadas al procedimiento.

Conclusiones: La trombectomía mecánica en el tratamiento del TEP de alto riesgo es una nueva opción terapéutica que parece tener efectos hemodinámicos positivos de manera inmediata. La eficacia de esta terapia como rescate en pacientes ya fibrinolisados se tendrá que valorar en estudios posteriores de mayor tamaño.

566. DIAGNÓSTICO DE MINOCA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL CÓDIGO INFARTO

Wandurraga Pinto MA¹, Mendieta Díaz P¹, Ferrando Sánchez C², Fernández Císal A¹ y Oltra Chordá R¹

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

Objetivos: Conocer la prevalencia, características clínicas y causas de MINOCA en los pacientes atendidos por código IAM.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Durante abril 2016-diciembre 2021. Se incluyó a pacientes atendidos por código IAM y que no presentaron lesiones coronarias \geq 50% en la coronariografía. Se excluyó pacientes derivados a otro centro. El estudio estadístico se ha llevado a cabo a través del programa Excel.

Resultados: 1.420 pacientes atendidos como código IAM durante el periodo del estudio, 183 (12,9%) fueron falsos positivos, obteniendo datos de la historia clínica en 146 pacientes, 69 (4,8%) pacientes se consideraron como posible MINOCA, llegando a diagnóstico final de MINOCA en solo 3 (0,2%) de los pacientes atendidos como código infarto. Las características de los pacientes con sospecha inicial de MINOCA fueron: edad mediana 66,5 años, hombres 41 (59,4%), hipertensión arterial 40 (58%), diabetes mellitus 23 (33%) dislipemia 31 (45%), FA/flutter 10 (15%), tabaquismo 15 (22%), consumo de tóxicos 4 (6%), cardiopatía isquémica previa 7 (10%) y valvulopatía previa 19 (26%). Los hallazgos en las pruebas complementarias fueron: ascenso del ST 46 (67%) bloqueo completo de rama 6 (9%), FEVI deprimida 16 (23%), y alteración segmentaria de la contractilidad 26 (38%). Se realizó RM cardiaca a 20 pacientes, siendo los hallazgos más frecuentes FEVI reducida/alteraciones de la contractilidad en 9 (45%), edema en 5 (25%), necrosis en 3 (15%) y normal en 3 (15%) de los pacientes. Requiritieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos 44 (64%) pacientes. Tras reevaluación clínica y realización de pruebas complementarias, el diagnóstico final fue: MINOCA 3 pacientes (4%), mio/pericarditis 19 (28%), Tako-tsubo 19 (28%), vasoespasma 7 (10%) y disección coronaria espontánea 1 (1%). En los 20 pacientes restantes encontramos una gran variedad de diagnósticos entre ellos arritmias, valvulopatías, TEP y dolor torácico inespecífico. La mortalidad global durante el ingreso fue de 9 (13%) y de 3 (4%) durante el primer año. Los 3 pacientes con diagnóstico al alta de MINOCA estaban vivos al año.

Conclusiones: Un porcentaje relevante de pacientes atendidos en nuestro hospital tras la activación del código IAM presentaron lesiones coronarias no obstructivas. Tras la realización de pruebas complementarias como la resonancia cardiaca, se observó que la prevalencia del MINOCA era muy baja, siendo más frecuente las causas de daño miocárdico no isquémico.

567. CARACTERÍSTICAS, MANEJO Y COMPLICACIONES DEL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA BARBARA DE SORIA

Alvarado López FJ, Garrido de la Rosa J, Ugalde Azpiazu M, González Solano S, Romero García P, Llorente Milla R, Tena Espeleta F, Sánchez Ariz R, Moreno Torres D y Márquez Romera C

Hospital Santa Bárbara (C. A. de Soria), Soria.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, el manejo y las complicaciones de los pacientes con SCACEST en el Hospital Santa Bárbara de Soria de enero a septiembre de 2022.

Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SCACEST de enero a septiembre 2022. Se han recogido las características epidemiológicas, así como el diagnóstico, manejo terapéutico y complicaciones del infarto.

Resultados: De un total de 69 pacientes con SCA, el 49% (34 pacientes) fueron diagnosticados de SCACEST. La edad media fue de 70 años, siendo el 79% (27) hombres. Se realizó fibrinólisis intrahospitalaria al 50% (17) de los pacientes. Un 8,8% de pacientes (3) llegaron en tiempo a ICP primaria (traslado aéreo). El resto no cumplía criterios de fibrinólisis. El 94% de pacientes (32) fueron trasladados a una U. Coronaria para ICP. En cuanto a las complicaciones, se observó que la arritmia más frecuente post reperfusión fue el ritmo idioventricular acelerado (RIVA) (29%) seguido de la F. auricular (29%), F. ventricular (7%). El 6% (2) ingresaron con shock cardiogénico. Un paciente presentó complicación mecánica. Se ha asociado una mortalidad del 6% (2) debido a complicaciones del infarto.

Conclusiones: En Soria el S. Hemodinámica de referencia (Burgos) se encuentra a 1,5 h, por lo que se administra fibrinólisis como terapia de reperfusión a los SCACEST que cumplan criterios. Al 94% de los pacientes fibrinolisados, se les realizó ICP. Las complicaciones más frecuentes fueron las arritmias siendo más frecuente el RIVA. 2 pacientes fallecieron. A la vista de los resultados, se hace necesario actualizar o cambiar los protocolos del SCACEST en zonas alejadas de servicios de hemodinámica.

568. USO DE IMPELLA COMO SOPORTE EN ANGIOPLASTIA DE ALTO RIESGO

Nuevo Ortega P, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R, Peregrina Caño E, Becerra Muñoz VM y Estecha Foncea MA

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

Objetivos: Observar los resultados al implantar en nuestro centro hospitalario un programa de actuación para detectar angioplastias de alto riesgo y darles soporte circulatorio con dispositivo IMPELLA.

Métodos: Establecemos criterios de inclusión para considerar una angioplastia de alto riesgo: aquella con anatomía conocida de TCI o multivaso; o según la estabilidad hemodinámica (soporte vasoactivo) y respiratoria (oxigenoterapia con FiO₂ > 0,6 y/o ventilación mecánica) del paciente; o ECG sugerente de TCI o afectación de varios vasos.

Resultados: Estudio observacional descriptivo: desde 1 septiembre 2017 a 31 diciembre del 2022, hemos realizado 34 procedimientos de alto riesgo con IMPELLA. El 79,42% de los pacientes fueron varones. La edad media ha sido de 64,1 años. En el 76,47% de los procedimientos no tuvimos complicaciones en el implante de IMPELLA, del 23,53% que sí tuvieron, la más frecuente fue la hemorrágica, siendo en el 100% de los casos. Al alta de UCI el 76,47% sobrevive.

Conclusiones: Consideramos que es fundamental establecer unos criterios para considerar una angioplastia de alto riesgo y adelantarnos al deterioro hemodinámico con el consecuente fallecimiento, implantando soporte circulatorio con IMPELLA, aumentando así la supervivencia de estos pacientes. Si bien, es un programa de inicio lento.

Comunicaciones orales

NEUROINTENSIVISMO/TRAUMATISMOS/ TRASPLANTES/URGENCIAS

11:05-12:35 h. SALA CONFERENCIAS 2.1

569. EL PATINETE ELÉCTRICO: ¿NUEVO MECANISMO DE ALTA ENERGÍA?

Chicote Carasa Y, Barrero Martín S, García Fuentes C, Barea Mendoza JA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo fue describir las lesiones asociadas al uso del patinete eléctrico (PE) en un hospital terciario.

Métodos: Se planteó un estudio descriptivo, retrospectivo, que incluía a todos los pacientes mayores de 18 años que acudieron al servicio de urgencias (SU) y a la Unidad de Cuidados Intensivos de Trauma y Emergencias (UCITE) del Hospital 12 de Octubre, por accidente con PE, entre enero/2018 y enero/2022. Se excluyeron los atropellos por patinete eléctrico (peatón), los producidos por vehículos diferentes al propuesto y las mujeres gestantes, por ser atendidas en un SU distinto. Las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar