

Métodos: Estudio observacional de una cohorte de pacientes ingresados por enfermedad traumática grave en una Unidad de Trauma y Neurocríticos de un Hospital de tercer nivel en el periodo comprendido entre enero de 2020 y septiembre de 2022. Se categorizó la muestra en cuatro subgrupos según la mortalidad predicha estimada por TRISS: < 10% (Grupo 1); 10-30% (Grupo 2); 30-50% (Grupo 3); > 50% (Grupo 4). Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de chi cuadrado; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba de ANOVA. El análisis se realizó utilizando STATA versión 13[®] (StataCorp LCC).

Resultados: Ingresaron 423 pacientes durante el periodo de estudio: 65% del Grupo 1; 14,2% del Grupo 2; 6,1% del Grupo 3; y un 14,2% del Grupo 4. Los pacientes fueron principalmente hombres (75,6%) y con una media de edad de 52,53 ± 17,8 siendo menores los pacientes del Grupo 1 (p = 0,007). Los pacientes presentaron mayor gravedad en las diferentes escalas de gravedad y mayor complicaciones y consumos de recursos conforme se incrementaba la mortalidad predicha (tabla). La mortalidad en UCI fue inferior a la mortalidad predicha (p < 0,001); sin embargo, al año, el grupo 3 presentó una mayor mortalidad a la estimada por metodología TRISS (p = 0,025).

Conclusiones: La mortalidad predicha definida por metodología TRISS es útil para estimar la gravedad y la necesidad de recursos que precisan los pacientes con enfermedad traumática. Los pacientes del Grupo 3 presentaban al año una mortalidad mayor a la estimada, lo cual podría definirse como mortalidad evitable.

Pósteres orales

CARDIOVASCULAR/MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA

11:05 H. - 12:35 h. SALA CONFERENCIAS 2.2

579. UTILIDAD DEL GASTO CARDÍACO NO INVASIVO ESTIMADO (ESCCO) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS AGUDOS CARDIOLÓGICOS (NIVEL DE COMPLEJIDAD 2*)

Martín-Portugués Palencia R, López Ferraz C, Padilla M, Farrás Villalba M, Lorenzo González J, Miranda Montero S, Pérez Rodríguez MdA, Secaduras Arbelo TM, Rivero Darias A y Marrero Rodríguez AM

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

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar la correlación entre la medición del gasto cardiaco (GC) medido de forma no invasiva mediante el gasto estimado a través de un monitor (esCCO) comparado con el GC medido por ecocardiografía transtorácica (ETT) y así extender su uso en unidades de cuidados cardiológicos agudos de nivel 2 de complejidad, si no fuese posible la realización de una ETT.

Métodos: Estudio prospectivo de 40 pacientes entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2022 que ingresan en la Unidad de Cuidados Agudos Cardiológicos del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (mixta UMI-Cardiología). Se excluyeron pacientes menores de 18 años y con valvulopatía aórtica grave. La medición del GC por esCCO (GCesCCO) se llevó a cabo mediante el monitor Nihon Kohden BSM9101. El GC por ETT según métodos recomendados es calculado a través del volumen sistólico derivado de la integral velocidad tiempo (IVT) del flujo del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), el diámetro del TSVI y la frecuencia cardíaca. Se recogieron las variables edad, diagnóstico, sexo, GCesCCO, GCesCCO, VSett VSesCCO y factores de riesgo cardiovascular. Los datos se analizaron con el programa informático SPSS 20.0, con significación de p < 0,05.

Resultados: Se reclutaron 34 pacientes, media de 61 años, 71% varones. El diagnóstico más frecuente fue síndrome coronario agudo en un 71% de los pacientes. De los factores de riesgo cardiovascular, un 68% (23 pacientes) fueron hipertensos, un 50% tenían algún tipo de dislipemia, un 24% fueron diabéticos tipo 2 y un 33% (11 pacientes) eran fumadores activos. En cuanto a la medida del gasto cardiaco por nuestros métodos no invasivos, el GC medio por esCCO y por ecocardiografía transtorácica fue de 6,27 ± 1,42 L/min y 5,3 ± 1,38 L/min respectivamente. Al analizar la correlación entre los dos métodos no invasivos el resultado fue un índice R de Pearson de 0,602 con un nivel de significación p < 0,01.

Conclusiones: En pacientes ingresados en una unidad coronaria, el cálculo automático del gasto cardiaco por esCCO es un método rápido y reproducible, equiparable a la medición del GC por ETT. A veces no es posible la monitorización hemodinámica ecocardiográfica seriada por no disponer de conocimientos específicos acerca de la misma y/o no disponibilidad, sobre todo en las horas de guardias médicas. La medición del esCCO puede ayudar a la monitorización y/o guía de tratamiento en pacientes con disfunción VI severa sin necesidad de esta capacitación específica, pudiendo ser útil en la valoración y guía de tratamiento de los pacientes ingresados en una UCAC que atiendan a pacientes de complejidad 2.

580. EVALUACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE LA CONTRACCIÓN AURICULAR AL LLENADO VENTRICULAR EN UNA MUESTRA DE PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

Roure Alonso M, Villavicencio Luján C, Daniel Fuentes X, Oliva Zelaya I, Ferré Mas C, Ruiz Bocos Á, Bodi Saera M y Cartanyà Ferré M

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Objetivos: Es conocido que tanto el retorno venoso como la contracción auricular son los principales determinantes del llenado ventricular izquierdo (VI). En condiciones fisiológicas, la contribución de la contracción auricular (CCA), representa entre un 10 al 40% del llenado VI. Sin embargo, a pesar de que se estima que en estados de *shock* se podría producir un incremento de dicha contribución, la literatura al respecto es escasa. Por esta razón, el objetivo primario de este trabajo fue evaluar la CCA al llenado VI en pacientes con diagnóstico de *shock* séptico en comparación con sujetos sanos según la literatura, así como su asociación con el desarrollo de fibrilación auricular (FA) de nueva aparición.

Métodos: Estudio observacional realizado en una UCI polivalente de 29 camas durante 14 meses. Se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico de *shock* séptico. Se analizaron características clínicas así como el cálculo de la CCA a partir de la integral de velocidad tiempo (VTI) del flujo bifásico transmitral de las ondas de llenado pasivo (E) y de contracción auricular (A). $CCA = (VTI-A)/(VTI-E + VTI-A)$.

Resultados: La mediana de edad fue 67,5 y el 44,4% fueron mujeres. La HTA (51,9%), neoplasia (40,7%) y diabetes (25,9%) fueron las comorbilidades más frecuentes. Solo el 7,4% tuvo miocardiopatía previa y el 33,3% de los pacientes desarrolló FA. La mortalidad a los 28 días fue de 14,3%, con una estancia media de 8 días (RIQ 4-15) y duración de ventilación mecánica 5 días (RIQ 1-10,5). Los pacientes sépticos tienen un incremento significativo en la contribución de la aurícula izquierda en comparación con los valores teóricos en los pacientes sanos (41,5 vs. 34,6%; p = 0,000). Esta diferencia se incrementó en menores de 60 años (48 vs. 29,26% en sanos; p = 0,002). El análisis según el incremento de más del 10% en la CCA, mostró que estos pacientes tuvieron una tendencia a desarrollar FA (46 vs. 14%; p = 0,193).

Conclusiones: Los pacientes sépticos presentan un incremento en la CCA, y dicho incremento parece ser mayor en pacientes menores de 60 años. Así mismo, parece haber una tendencia al desarrollo de FA en aquellos que no fueron capaces de incrementar porcentualmente más su CCA.

581. EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A VOLUMEN EN EL SHOCK SÉPTICO: ANÁLISIS DE CLÚSTERES METABÓLICOS

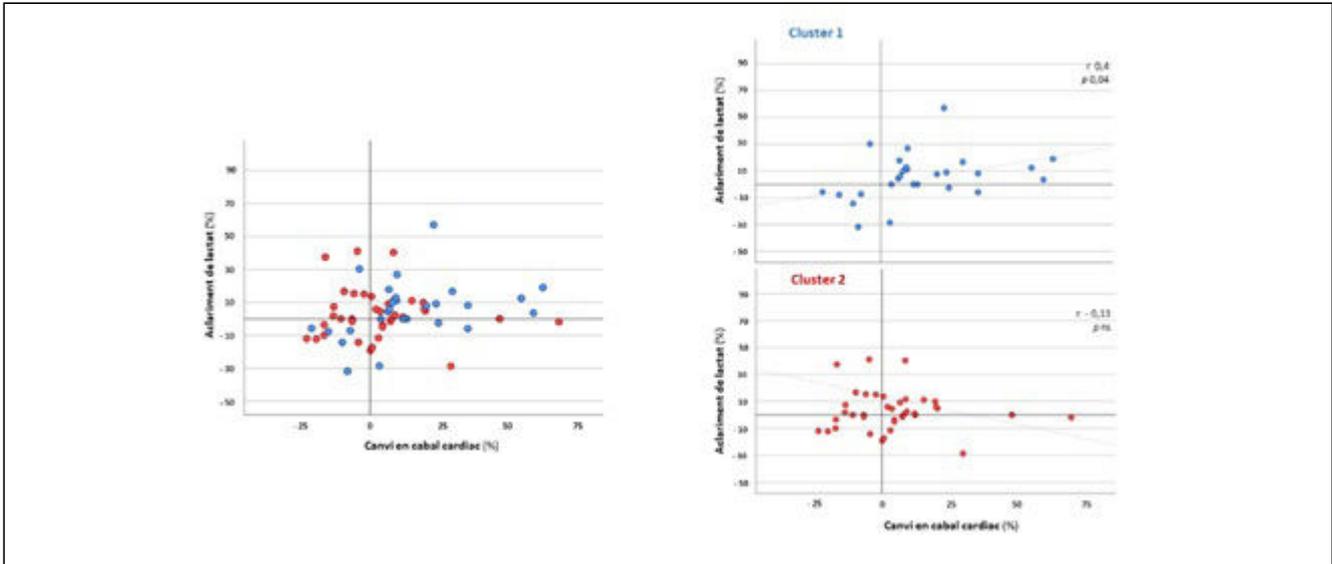
Prieto Jiménez E, Oller Sánchez F, Espinal Sacristan C, Cortés Sánchez E, Gil Velazquez A, Caballer López A, Nogales Herranz SE, Gruartmoner de Vera G y Mesquida Febrer J

Consorcio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona.

Objetivos: El proceso de resucitación del *shock* séptico (SS) pivota en la detección de hipoxia tisular y en las intervenciones destinadas a incrementar el gasto cardiaco (GC) para revertirla. Las últimas guías recomiendan la utilización del lactato como guía, obviando que en situaciones de disoxia las intervenciones podrían ligar efectos deletéreos. Este estudio pretende analizar el valor de la integración de los distintos marcadores metabólicos en la evaluación de la respuesta a volumen en el proceso de resucitación hemodinámica de pacientes en SS.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en una UCI de 30 camas. Se incluyeron adultos con SS en las primeras 24 h de ingreso, con GC monitorizado, y en el que se indicara una carga de volumen por su equipo médico. Se analizó lactato, saturación venosa central (SvcO₂),

Figura Póster 581



diferencia veno-arterial de CO₂ (PcvaCO₂) y estimación del cociente respiratorio (PcvaCO₂/CavO₂) pre y posintervención. Se realizó un análisis de clústeres bietápico para agrupar a los pacientes según perfil metabólico y un análisis comparativo en la evolución del GC, así como correlaciones de Pearson de los cambios en estas variables, en función del clúster metabólico.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, 62% varones, de 62 ± 16 años. Lactato inicial de 50 ± 40 mg/dl, el 96% requerían noradrenalina. El motivo de la carga de volumen fue: persistencia de lactato elevado (81%) y/o SvcO₂ baja (42%). El mejor modelo de clústeres se dio con la inclusión de SvcO₂ (como variable de mayor peso), PcvaCO₂ y PcvaCO₂/CavO₂. El clúster 1 presentaba valores más bajos de SvcO₂ (61 ± 6 vs. 77 ± 5%, p < 0,001), más altos de PcvaCO₂ (8 ± 2 vs. 6,2 ± 2,2 mmHg, p < 0,001) y más bajos de PcvaCO₂/CavO₂ (1,5 ± 0,4 vs. 2,2 ± 0,7, p < 0,001), sin diferencias en los valores de lactato. El 65% incrementaron el GC (75% del clúster 1 y 60% del clúster 2, p ns). El incremento en el GC solo se asoció a descenso en el lactato en el clúster 1 (r 0,4, p 0,04; fig.). Ninguna variable aislada preintervención se asoció a la evolución del lactato.

Conclusiones: La integración de las variables metabólicas mejora la detección de hipoxia tisular y de pacientes que se beneficiarían de incrementar el GC. El uso del lactato como único marcador metabólico

podría ser insuficiente, e incluso inducir a error, en la toma de decisiones en el proceso de resucitación del shock séptico.

582. UTILIZACIÓN DE LA ESCALA VEXUS MODIFICADA COMO INDICADOR DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN LA REVASCULARIZACIÓN CORONARIA QUIRÚRGICA

Selva Armadans I¹, Bielsa Berrocal L¹, Ferrés Llach J¹, Blasco Torres C¹, Raguer Pardo L¹, Serra Soler S¹, Chàvez Dianderas F¹, Toboso Casado JM¹, Tejada Panduro GS² y Ricart Martí P¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: La insuficiencia renal aguda (IRA) es una de las principales complicaciones de los pacientes críticos y puede ser multifactorial, pero también puede deberse a la congestión venosa que empeora la perfusión tisular evolucionando al fallo orgánico. Beaubien-Souligny *et al.* propusieron el sistema VExUS basado en la combinación de los hallazgos ecográficos en las venas suprahepáticas, intrarrenales y la vena porta. Cuanto mayor es la congestión venosa, mayores son los cambios ecográficos. El diámetro de la vena cava inferior (VCI) se utilizó como primer parámetro para diferenciar a los pacientes con riesgo de congestión

Figura Póster 582

	mVExUS 0	mVExUS 1	mVExUS 2	mVExUS 3	VALOR P
MUESTRA n (%)	9 (16,9)	3 (5,7)	34 (64,1)	7 (13,3)	
EDAD media (DE)	62 (10)	74 (9)	64 (8)	66 (9)	0,2
SEXO	HOMBRES n(%)	8 (89)	3 (100)	29 (85)	4 (57)
	MUJERES n(%)	1 (11)	0 (0)	5 (15)	3 (43)
ERC n (%)	0 (0)	1 (33)	1 (2,9)	1 (14)	0,09
EUROSCORE II media (DE)	3,78 (2,99)	8,67 (2,08)	4,79 (2,45)	5,71 (3,04)	0,045*
IRA post intervención n (%)	4 (44%)	1 (33)	6 (18)	3 (43)	0,27
TCRR/DIÁLISIS	0	0	0	0	
HORAS VMI mediana (RIQ)	5 (4-5)	4 (4-5,5)	5 (4-6)	6 (6-6,5)	0,047*
USO INÓTRÓPICOS n (%)	1 (11)	2 (67)	8 (24)	1 (14)	
HORAS INOTRÓPICOS mediana (RIQ)	0 (0-0)	24 (12-31)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,2
USO VASOPRESORES n (%)	2 (22)	1 (33)	7 (21)	3 (43)	0,23
HORAS VASOPRESORES mediana (RIQ)	0 (0-0)	0 (0-6)	0 (0-0)	0 (0-10)	
Días estancia en UCI mediana (RIQ)	2 (1-2)	1 (1-1,5)	2 (1-2)	2 (1-4)	0,3
Días estancia HOSPITAL mediana (RIQ)	8 (8-8)	27 (17-36)	8 (7-9,8)	9 (8,5-13)	0,3

*valor P<0,05 = significación estadística, ERC: enfermedad renal crónica; IRA: insuficiencia renal aguda, TCRR:técnicas continuas de remplazo renal, VMI: ventilación mecánica invasiva, DE: desviación estándar, RIQ: rango intercuartílico

venosa, por lo que asumieron que los pacientes con VCI < 20 mm no tenían congestión. Dado que la VCI no es un método infalible para evaluar el volumen del paciente, proponemos una nueva clasificación (VExUS modificado -mVExUS) para clasificar la congestión venosa (mVExUS 0: sin congestión, mVExUS 1: leve, mVExUS 2: moderada, mVExUS 3: severa). Nuestro objetivo es demostrar si la congestión venosa severa determinada por mVExUS se asocia a una mayor incidencia de IRA en pacientes sometidos a revascularización coronaria quirúrgica.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Criterios de inclusión: pacientes sometidos a revascularización coronaria quirúrgica. Se han analizado los flujos venosos mediante ecografía a nivel de las venas suprahepáticas, porta e intrarrenales durante su estancia en la UCI. La relación entre las características de los pacientes y la escala mVexUS se evaluó mediante la prueba de la chi cuadrado, el ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis, según el tipo de variables estudiadas.

Resultados: 53 pacientes (83% hombres). Media de años de 64,4 (8,75). EUROSCORE II al ingreso fue de 4,96 (2,75). Mediana días de ingreso en la UCI fueron 2 (1-2) y de 8 (8-12) en el hospital.

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas ($p < 0,05$) en la presencia de IRA entre los pacientes con mVExUS 3 y mVExUS 0, 1 y 2. No hemos encontrado diferencias significativas entre pacientes con mVExUS 3 y mVExUS 0, 1 y 2 para las siguientes variables: días de ingreso en la UCI, días de ingreso hospitalario, necesidad de inotrópicos y necesidad de vasopresores. Los pacientes con mVexus 3 presentan más horas de VMI respecto mVExUS 0, 1 y 2. Los pacientes con mVexus 1 tiene un EUROSCORE más elevado respecto los otros grupos.

583. EXPERIENCIA CON EL USO DE VASOPRESINA EN EL SHOCK EN PACIENTES CRÍTICOS

Adell García P, Sánchez Moron G, Mora Moreno M, Valverde Montoro Á y Herrera Gutiérrez ME

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

Objetivos: Evaluar las características y resultados de los pacientes con shock que recibieron argipresina (ARG) e identificar qué parámetros predicen buenos resultados en mortalidad.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que recoge la experiencia con el uso de argipresina (dosis de 0,03 U/h) como segundo vasopresor (añadido a noradrenalina bitartrato) en los pacientes con shock ingresados de julio a diciembre de 2022. Se registraron datos demográficos, de disfunción multiorgánica al inicio del estudio, a las 12 horas y al alta; dosis de vasopresores a las 2,4,8 y 12 horas, tratamiento adyuvante al shock y estancia y mortalidad en UCI y hospitalaria. Los datos continuos se presentan como mediana y rango intercuartílico (IQR) y los datos categóricos como porcentajes (%). Para el análisis comparativo se emplearon el test de Fisher y el test no paramétrico para muestras pareadas de Wilcoxon. Se definió como paciente respondedor aquel que mostró una caída en la dosis de noradrenalina (NA) mayor o igual al 30% a las 8 horas del inicio de la ARG.

Resultados: 10 pacientes recibieron ARG como segundo vasopresor. Un 50% (5) fueron mujeres. La mediana de edad fue 58 años (IQR 40-74). El motivo de shock fue un 80% (8) séptico, 10% anafiláctico y 10% hemorrágico. Un 40% (4) recibió dobutamina. No hubo ninguna complicación por el uso de ARG. La mediana de SOFA al iniciar el segundo vasopresor fue 12 (IQR 8,75-15,25) y 12 horas después 10,5 (IQR 7,25-14) ($p = 0,20$). Un 70% (7) recibió esteroides y un 80% (8) terapia de reemplazo renal. Todos recibieron ventilación mecánica con una mediana de tiempo de 6 días (IQR 3-11,25). La dosis de NA a la que se inició la ARG fue de 0,97 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ (IQR 0,64-1,35) y a las 8 horas de 0,47 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ (IQR 0,29-1,01) ($p = 0,091$). La mediana de tiempo de uso de NA y ARG fue 96,5 horas (IQR 63-168) y 24 horas (IQR 15,75-58,5) respectivamente. Un 60% (6) fue respondedor a ARG. Los no respondedores murieron más (75 vs. 33,3%, $p = 0,26$). En una curva ROC, la respuesta al segundo vasopresor obtuvo una sensibilidad del 40% y especificidad del 80% (AUC 0,68 IQ 95% 0,328-1) como predictor de mortalidad en UCI. La mediana de estancia en UCI y hospital fue 10 días (IQR 3,75-29,5) y 42 (IQR 24-95,5) sin hallarse diferencias significativas entre respondedores y no respondedores. La mortalidad en UCI fue del 50% (5) y, de los que sobrevivieron, un 40% (2) fallecieron en el hospital.

Conclusiones: El uso de ARG en el shock es seguro. Reducir la dosis de NA más del 30% a las 8 horas del inicio de ARG podría predecir la mortalidad en UCI aunque estudios con mayor número de pacientes son necesarios para sacar conclusiones definitivas.

584. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: ACTUACIÓN MÉDICA DURANTE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA

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

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Evaluar la calidad de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) durante la parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria (PCR-IH) con el fin de identificar aspectos potencialmente mejorables de la actuación médica.

Métodos: Se estudió una cohorte de pacientes adultos que presentaron PCR-IH y recibieron maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) en nuestro hospital durante 3 años (2018-2021). El médico líder de la RCP cumplimentó un formulario diseñado ad hoc donde se registraba, además de variables demográficas, clínicas y de desenlace, información sobre la existencia de aspectos mejorables durante la realización de RCP, que fueron clasificados en 4 dominios: relacionados con el material disponible en el carro de parada, con la ejecución de la RCP (identificación de la PCR, manejo de la vía aérea, masaje cardiaco, monitorización/desfibrilación), con la medicación o con cuestiones organizativas durante la aplicación de las maniobras (distribución de funciones, profesionales implicados, escenario). Las variables se expresan como n y porcentaje. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación local.

Resultados: El estudio incluyó 95 pacientes (incidencia 1,7 casos/1.000 ingresos hospitalarios), de los cuales 33 pacientes (35%) recuperaron la circulación espontánea y 13 de ellos (39%) fueron supervivientes a alta hospitalaria. En 35 de los registros (37%) se determinó que la RCP podría haber sido mejorable o potencialmente mejorable. De los 38 eventos reportados, el 47% correspondieron al dominio de ejecución de la RCP, 24% al de cuestiones organizativas, 16% a incidencias relativas al material disponible y 13% relacionados con la medicación.

Conclusiones: Las maniobras de RCP son mejorables en un elevado porcentaje de casos. Una especial atención a aspectos relacionados con la ejecución de la RCP y con cuestiones organizativas permitirá el diseño de estrategias que mejoren la actuación médica durante la RCP.

585. RELACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LA RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y EL PRONÓSTICO EN PARADAS CARDIACAS INTRAHOSPITALARIAS

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

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: La duración de la resucitación pulmonar (RCP) recomendada en las guías de práctica clínica es de 20 min tras asistolia persistente en ausencia de causa reversible. Nuestro objetivo fue describir la experiencia, a nivel local, de la relación de la duración de la RCP y el pronóstico (recuperación de la circulación espontánea -RCE- y supervivencia hospitalaria -SUPV-).

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes que presentan parada cardiaca intrahospitalaria (PCR-IH) durante 3 años (2018-2021) en nuestro hospital. Se recogen variables demográficas, clínicas y de desenlace, y se compara la proporción de pacientes en los que se consigue RCE y SUPV según la duración de la PCR. Se emplea t de Student para el análisis de las variables cuantitativas y chi cuadrado o test exacto de Fisher, según proceda, para variables cualitativas. Los datos se expresan en porcentajes o medias y rango. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética local.

Resultados: De los 95 pacientes incluidos (1,7/1.000 ingresos, edad 74 años [rango 40-96], 61% varones, 9% en ritmo desfibrilable), en 33 (35%) se consiguió RCE, 26/54 (48%) con tiempos de RCP ≤ 20 min y 7/37 (19%) con tiempos de RCP > 20 min ($p = 0,005$), incluyendo 4/9 (44%) con duración > 30 min. De los 33 con RCE, 10/25 (40%) con RCP ≤ 20 min, y 3/7 (43%) con RCP > 20 min fueron SUPV ($p = 0,611$), incluyendo 3/4 (75%) con RCP > 30 min. Los diagnósticos de estos 4 pacientes con RCP > 30 min fueron tromboembolismo pulmonar en dos casos, síndrome coronario agudo y shock distributivo. La escala Cerebral Performance Category de los 3 SUPV fue de 2 y 5 (tercero no disponible).

Conclusiones: La RCE con tiempos > 20 min en nuestra serie es clínicamente relevante (número necesario para tratar para conseguir RCE

con RCP > 30 min: 5 pacientes). Por otro lado, entre los pacientes con RCE, no parece existir relación entre la duración de la RCP y la supervivencia. Este hecho sugiere que existen otros factores, probablemente relacionados con el tratamiento en cuidados intensivos, sobre los que se podría actuar para mejorar la supervivencia de estos pacientes.

586. ¿HA MEJORADO LA ATENCIÓN INICIAL EN CUANTO A LA RCP EXTRAHOSPITALARIA? ANÁLISIS SEGÚN EL PERFIL DEL TESTIGO

Peral Santos A, Espinosa González MC, Corcobado Márquez MdC, Sobrino López AM, Segovia García de Marina L, Muñoz Moreno JF, Rubio Prieto E, Abdel-Hadi Álvarez H, Ortiz Díaz-Miguel R y Ruiz Lorenzo FJ
Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar la incidencia de la reanimación cardiopulmonar extrahospitalaria (RCP-EH) realizada por testigos, su supervivencia y el pronóstico neurológico al año en el área sanitaria del Hospital General Universitario de Ciudad Real, en un periodo de 10 años.

Métodos: Estudio descriptivo y prospectivo en el que se analizan las paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias (PCR-EH) que llegan con vida a nuestro centro en los años 2010, 2015 y 2020, del total de las PCR registradas (intra/extrahospitalarias) en los últimos 10 años, N 435. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, ritmo, duración, lugar, etiología, presencia de testigos, atención inicial (ninguna, RCP básica o RCP avanzada), supervivencia al año y su situación neurológica de la PCR medida mediante la escala Cerebral Performance Categories (CPC score).

Resultados: Un total de 63 PCR fueron EH. En el 2010 llegaron 10 PCR (16%), en el 2015 30 PCR (48%) y en el 2020 23 PCR (37%) El 81% fueron hombres. La mediana de edad fue de 59 años (17-86). La mediana de duración de RCP fue de 17 minutos (1-65). El 80% fue de origen cardiológico, y de estas un 69% secundaria a cardiopatía isquémica. El ritmo inicial fue desfibrilable en un 64%. El 19% de las PCR se produjeron en domicilio, 25% en lugar público, 19% en centros de salud, 24% en UVI móvil y 13% en otros lugares. La supervivencia global fue del 52% y un 54% de los supervivientes lo hicieron con buena clase funcional CPC score 1-2. El 97% de las PCR fueron presenciadas y un 52% de las mismas fueron presenciadas por personal no sanitario (LEGO). El 68% de las PCR presenciadas por LEGO no se reanimaron inicialmente y su distribución por años fue: un 63% en el 2010, un 73% en el 2015 y un 67% en el 2020. En cuanto a la supervivencia y pronóstico según la presencia de testigos, la supervivencia fue del 42% en las PCR presenciadas por LEGO frente al 63% en las presenciadas por sanitarios. La situación neurológica CPC score 1-2 fue del 42% en las PCR presenciadas por LEGO, frente al 66% de CPC 1-2 de los presenciados por sanitarios.

Conclusiones: 1. En nuestra área sanitaria, el porcentaje de PCR-EHs que no recibió RCP inicial y fueron presenciadas por personal LEGO, es significativamente mayor con respecto a otros registros internacionales y se ha incrementado con el paso de los años. 2. Además, el pronóstico de los pacientes que sufren una PCR-EH presenciada por LEGOs es peor, con menor supervivencia y peor pronóstico neurológico. 3. Son necesarias más campañas de educación sanitaria en materia de RCP para personal no sanitario afín de mejorar la supervivencia y el pronóstico de los pacientes.

587. CORRELACIÓN DE LA ESCALA MIRACLE2 Y EL ESTADO NEUROLÓGICO A LOS 6 MESES DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HUNSC TRAS SUFRIR UNA PCR EXTRAHOSPITALARIA: ¿ES ÚTIL?

Secaduras Arbelo T, Rivero Darias A, Zamora Bazo A, Viera Rosales S, Miranda Montero S, López Ferraz C, Conde Deniz P y López López S

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

Objetivos: La parada cardíaca extrahospitalaria (PCREH) es un grave problema de salud pública a nivel mundial. En España se estima que anualmente se producen 52.300 paradas cardíacas, 30.000 en la comunidad y 22.300 en los hospitales. Tan solo entre el 5 y el 10% se recuperan si se producen fuera del entorno hospitalario. Se estima que, en España, de las 30.000 paradas cardíacas anuales en la comunidad, algo más de 4.000 consiguen la recuperación de la circulación espontánea y llegan vivos al hospital. Establecer el pronóstico del paciente que sufre una PCREH en el momento del ingreso es un reto que requiere de un abordaje multimodal, normalmente después de 72 horas tras la recuperación de la circulación espontánea. Sin embargo, la escala MIRACLE2 es

simple y permitiría establecer un pronóstico neurológico tras una PCREH de forma precoz.

Métodos: Nuestro objetivo es determinar la validez de la escala MIRACLE2 en una población de pacientes recuperados de una PCREH que fueron ingresados en nuestro centro entre enero 2018 y junio 2022. La valoración neurológica se realizó de acuerdo a la escala CPC (Cerebral Performance Categories) a los 6 meses de seguimiento.

Resultados: Se recogieron un total de 129 pacientes recuperados de una PCREH, donde la edad media fue de $59,3 \pm 13,45$ años, siendo la mayoría de los pacientes varones (77,5%). El porcentaje de pacientes con bajo riesgo según la escala MIRACLE2 fue de 17,8%, de riesgo moderado 43,4% y 38,8% de alto riesgo. El objetivo primario de mal pronóstico neurológico (CPC 3-5) tuvo lugar en 87 pacientes (67,4%) a los seis meses. La puntuación media de la escala MIRACLE2 en nuestra población fue de $3,96 \pm 1,56$ con un área bajo la curva (AUC) de 0,83, IC (0,75-0,9); $p < 0,001$.

Conclusiones: En nuestra población, la escala MIRACLE2 en el momento del ingreso ha demostrado tener una buena correlación en la determinación de mal pronóstico neurológico a los 6 meses de seguimiento. Esta escala supone un buen punto de partida para optimizar el manejo y tratamiento de estos pacientes, pero se requieren más estudios para establecer su aplicabilidad en distintos escenarios de asistencia sanitaria antes de su uso en la práctica clínica diaria.

588. ANÁLISIS DEL MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN NUESTRA UCI

Garrino AP, Blanco Sáez I y Villegas del Ojo J

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el manejo diagnóstico terapéutico de los pacientes que ingresaban en una Unidad de Medicina Intensiva de un hospital de segundo nivel con el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar (TEP). Estudiar la existencia o no de asociación entre variables clínicas y analíticas y su evolución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Periodo de estudio de enero 2021 a diciembre 2022. Se excluyeron pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2. Analizamos variables clínicas, variables analíticas, escalas de riesgo, pruebas diagnósticas y morbimortalidad. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS V25. Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y las cuantitativas como media \pm desviación estándar y/o mediana (mínimo-máximo).

Resultados: Incluimos 29 pacientes. 62,2% fueron hombres y la edad media $57,8 (\pm 14,8)$ años. La estancia media fue de 3,0 (1-29) días, y mortalidad fue del 10,8%. En relación a las pruebas diagnósticas: 100% angioTAC; ecocardiografía al ingreso 34,5% (100% durante su evolución en UCI). Hasta un 72,2% presentó dilatación de cavidades derechas en algunas de las pruebas descritas. Un valor positivo de escala PESI simplificada ≥ 1 lo presentaron el 79,1% y elevación de troponinas hasta el 75,9%. Con respecto a la estratificación del riesgo: 13,8%: riesgo alto; 51,7%: riesgo intermedio-alto; 34,5%: riesgo intermedio-bajo. Se realizó fibrinólisis al ingreso en el 44,8%. Preciso fibrinólisis de rescate el 6,9% (2). Ninguno tuvo complicaciones hemorrágicas. Precisar ventilación mecánica el 6,9% (2) y 17,2% (5) soporte con fármacos vasoactivos. Al estudiar la asociación entre riesgo alto y mortalidad encontramos asociación: Riesgo-alto mortalidad 75 vs. 25% ($p < 0,004$). Al analizar la existencia de asociación entre la elevación de Tpl Us y la evolución al *exitus* no encontramos significación estadística.

Conclusiones: En nuestra serie el porcentaje de fibrinólisis no se ajustó a las recomendaciones de las últimas guías clínicas de TEP, sin mostrar un aumento de las complicaciones hemorrágicas. El mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de TEP que ingresaron en nuestra Unidad cumplían criterios de riesgo intermedio-alto. Encontramos asociación entre que los pacientes sean estratificados como de alto riesgo y la mortalidad de forma significativa. La Tpl US elevada no mostró asociación con la mortalidad.

589. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA

Peral Santos A, Espinosa González MC, Corcobado Márquez MdC, Rubio Prieto E, Sobrino López AM, Segovia García de Marina L, Muñoz Moreno JF, Yuste Domínguez LJ, Martínez Migallón M y Ruiz Lorenzo FJ

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar las posibles diferencias entre sexos en la atención inicial, características, supervivencia y pronóstico de la parada cardiorespiratoria extrahospitalaria (PCR-EH) sucedidas en el área sanitaria de Ciudad Real.

Métodos: Registro observacional y prospectivo que recoge las PCR-EH que recuperan la circulación espontánea y e ingresan en la UCI del Hospital General Universitario de Ciudad Real entre los años 2010-2020. Se excluyen las PCR intrahospitalarias. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, ritmo, lugar, duración, etiología, presencia de testigos, atención inicial, supervivencia al año y situación neurológica de la PCR mediante la escala Cerebral Performance Categories (CPC score).

Resultados: Se incluyeron 160 PCR-EH, el 25% fueron mujeres con una edad media de 66 años (DE \pm 14) frente al 75% de hombre con una edad media de 59 años (DE \pm 13). La duración media de la PCR fue de 20 minutos (DE \pm 18). El 90% de las PCR fueron presenciadas, el 18% no recibieron RCP inicial. La localización de la PCR fue: un 38% en vía pública, 23% en domicilio, 13% en centro de salud, 16% en UVI móvil y un 10% en otras localizaciones. El 73% fueron de origen cardiológico, de estas un 61% secundaria a cardiopatía isquémica y se registraron un 63% de ritmos desfibrilables. La supervivencia global al alta hospitalaria y al año fue de un 52% y 47% respectivamente, con un CPC 1-2 del 47%. Por sexos, el 50% de las mujeres sufren una PCR en el domicilio frente al 34% de los hombres y solo el 1% de las mujeres se paran en la vía pública en comparación con el 28% de hombres. En cuanto a la atención inicial y presencia de testigos, solo el 28% de las PCR de mujeres son presenciadas por testigos, y el 30% no reciben RCP inicial, frente al 4% y 17% de los hombres respectivamente. Por etiologías el 50% de las PCR son de origen cardiológico en el grupo de las mujeres frente al 80% de los hombres, presentando menos ritmos desfibrilables (28% en mujeres frente al 72% en hombres). La supervivencia al alta hospitalaria y al año fue del 30%-28% en las mujeres frente al 59%-54% en hombres respectivamente, con un CPC 1-2 del 30% en mujeres y del 53% en hombres.

Conclusiones: Las mujeres sufren menos PCR-EH que los hombres, son menos presenciadas por testigos y reciben una menor atención inicial. Existe una menor incidencia de etiología cardiología y por ello de ritmo desfibrilables en el grupo de mujeres. La supervivencia y el pronóstico neurológico es peor en este grupo. Tal vez la edad (más añosas), una menor atención inicial y un menor porcentaje de etiología cardiológica como desencadenante, marque su evolución.

590. ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: PREVISIÓN DEL RIESGO

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

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: El pronóstico de la parada cardiorespiratoria intrahospitalaria (PCR-IH) tras las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) continúa siendo pobre. Nuestro objetivo fue describir eventos y circunstancias que ocurren antes de la PCR-IH, así como la calidad asistencial en los momentos previos, para elaborar estrategias de mejora.

Métodos: Se estudió una cohorte de pacientes adultos que presentaron PCR-IH y recibieron maniobras de RCP en nuestro hospital (Hospital Universitario de Getafe) durante 3 años (2018-2021). El médico líder de la RCP cumplimentó un formulario diseñado *ad hoc* para recoger información sobre aspectos previos a la PCR-IH, que fueron agrupados en 5 dominios: constantes previas, diagnóstico previo, tratamiento, sistema de vigilancia adoptado (monitorización, analítica y ubicación) y cuestiones organizativas. Las variables se expresan como n y porcentaje. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación local.

Resultados: El estudio incluyó 95 pacientes (incidencia 1,7 casos/1.000 ingresos hospitalarios, edad 74 años [rango 40-96], 61% varones), de los cuales 33 (35%) recuperaron la circulación espontánea, y 13 de ellos (39%) fueron supervivientes al alta hospitalaria. Se cumplimentó el formulario en 94 casos. Analizando las circunstancias previas a la PCR-IH, en 39 ocasiones (41%) se consideró que la actuación previa podría haber sido mejorable. El 28% de los eventos reportados estaban relacionados con el sistema de vigilancia adoptado, y el 18% con cada uno de los 4 dominios restantes. Los 6 eventos más frecuentemente reportados como mejorables fueron la PCR-IH periintubación, el trom-

boembolismo pulmonar (sospechado o confirmado), la hiperpotasemia, PCR-IH en localizaciones especiales (radiodiagnóstico, sala de espera, pasillos), pacientes ancianos o con dependencia funcional sin acompañamiento familiar y pacientes ingresados en planta procedentes de Urgencias o de UCI en sus primeras 24 horas.

Conclusiones: Es posible identificar con frecuencia factores mejorables previos a la PCR-IH. La identificación de estos eventos ayudará al diseño de estrategias preventivas de la PCR-IH.

591. ECMO VENOARTERIAL CON TÉCNICAS CONTINUAS DE REEMPLAZO RENAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA: EXPERIENCIA INICIAL Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Presa Orúe A, Rodrigo Pérez H, Ansotegui Hernández A, Vázquez Yoldi A, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Zabalza Goya A, Martínez San José N, Llorente Sánchez A y Yeregui Baztán L

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

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

Métodos: Estudio observacional prospectivo de pacientes que recibieron tratamiento con ECMO VA con TCRR, desde enero del 2016 hasta diciembre de 2022 en el Hospital Universitario de Navarra, centro de referencia de Cirugía Cardíaca para una población aproximada de 650.000 habitantes, sin programa de trasplante cardíaco. Se excluyen pacientes trasladados a centro de trasplante de referencia. Se estudian variables demográficas (edad, sexo), comorbilidad general (índice de Charlson), SOFA ingreso y variables específicas relacionadas con las TCRR: AKI previo a indicación de TCRR, diuresis en las 24 horas previas a TCRR, uso de TCRR previo a ECMO, indicación principal de TCRR para manejo de volemia, días de TCRR, dosis inicial de terapia, balance en las primeras 72 horas tras inicio de terapia, uso de hemoadsorción y supervivencia en UCI, a los 30 días pos-UCI y al año pos-UCI. Se realiza análisis descriptivo con mediana y rango intercuartílico para variables cuantitativas continuas y porcentajes para variables cualitativas.

Resultados: Se incluyen 14 pacientes que recibieron soporte combinado con ECMO VA y TCRR, que representan el 50% de todos los que precisaron ECMO VA. Edad 60,1 (50,5-68,25) años. Sexo varón 71,4%. Índice de Charlson 3,6 (1,25-3,75). SOFA SCORE 8,9 (8,25-10,5). AKI estadio III KDIGO previo a TCRR 57,14%, AKI estadio II KDIGO previo a TCRR 35,71%. La mediana en la diuresis en las 24 h previas a TCRR fue de 530 cc (160-1.085), uso de TCRR previo a ECMO en el 21,42%. En el 42,85% de los casos la indicación principal de inicio de las TCRR fue el control de volemia. Días de TCRR 14 (3,25-19,25). Dosis inicial de terapia 33,5 ml/kg/h (29,25-39,5). La mediana de balance positivo a las 72h de inicio de la terapia fue 5.013,5 cc (2.205,5-9.454,5). Uso de hemoadsorción en el 14,28%. Supervivencia al alta de UCI 50%, supervivencia a los 30 días y al año del alta de UCI de 42,85% y 28,57% respectivamente.

Conclusiones: Alta prevalencia de uso de TCRR acopladas a ECMO-VA y mortalidad asociada similar a centros de alto volumen. Empleo selectivo en pacientes jóvenes con baja morbilidad previa. Alto porcentaje de indicación con objetivo de manejo de volemia y balance positivo a las 72 horas de terapia. Días de TCRR acopladas a ECMO y porcentaje de hemoadsorción similar a centros de alto volumen. Alto empleo de recursos sanitarios.

592. SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON SOPORTE MECÁNICO TIPO ECMO VA

Mendoza Prieto M, Espinosa Rueda I, Navarro Rodríguez J, Quirós C, Palomo López N y Martín Villén L

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

Objetivos: Describir las características y la evolución a largo plazo de los pacientes con shock cardiogénico asistidos con ECMO VA en un hospital con programa de trasplante cardíaco.

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo desde enero de 2013 a septiembre de 2022. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en UCI con shock cardiogénico refractario y precisaron ECMO

VA. Se continuó seguimiento de todos los que fueron dados de alta del hospital hasta el 31 diciembre de 2022. Se analizaron antecedentes, evolución clínica, complicaciones a largo plazo y supervivencia. Variables cualitativas descritas con frecuencias; cuantitativas con mediana y rango intercuartílico (RI).

Resultados: Se incluyeron un total de 135 pacientes de los cuales 96 (71,1%) pudieron ser decanulados con éxito del ECMO. De estos 96 pacientes, 66 (68,75%) fueron dados de alta del hospital. La mortalidad hospitalaria de los pacientes que sobrevivieron al ECMO fue del 31,25%. El 95,31% de los pacientes que fueron dados de alta del hospital, seguían vivos a los 6 meses. Características demográficas, supervivencia y complicaciones de este grupo de pacientes se recogen en la tabla.

Evolución y supervivencia a largo plazo	
Variables	Supervivientes al hospital
n (%) / Mediana (RI)	N = 66
Antecedentes personales	
Varón	39 (59,1)
Edad	52,50 (39,50, 60)
HTA	29 (43,9)
ERC	3 (4,5)
IMC > 30	7 (10,61)
Motivo implante ECMO	
Shock postcardiotomía	23 (34,8)
Shock pos-IAM	21 (31,8)
Miocarditis aguda	7 (10,6)
Fallo primario del injerto	6 (9,1)
Fallo ventrículo derecho	6 (9,1)
Otros	3 (4,55)
Supervivencia tras retirada del ECMO	
3 meses	100%
6 meses	95,53%
12 meses	87,5%
36 meses	85,71%
60 meses	83,33%
Complicaciones a largo plazo	
Neuropatía extremidades	27 (40,91)
Síndrome ansioso-depresivo	10 (15,15)
Insuficiencia renal	9 (13,63)
Infección herida quirúrgica	8 (12,12)
Causas mortalidad; n (%)	
Neoplasia	2 (50)
Neumonía	1 (25)
Ictus hemorrágico	1 (25)
Clase NYHA a los 12 meses	
I	36 (54,54)
II	20 (30,0)
III	9 (13,64)
IV	1 (1,51)

Conclusiones: El ECMO VA se postula como una herramienta de utilidad en el manejo de los pacientes en shock cardiogénico refractario. Su uso se usa con una alta mortalidad precoz pero tras superar la fase hospitalaria, la supervivencia de estos pacientes se mantiene elevada.

593. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DEL SHOCK CARDIOGÉNICO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Aguirre Martínez S, Catalán Muñoz V, Rodríguez Vasquez PE, Quesada Díaz MDM, Azcariz Bertrán MJ y Ramos Cuadra JÁ

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

Objetivos: Describir la evolución del tratamiento (Tto) del shock cardiogénico (SC) en una UCI de tercer nivel en los últimos 5 años que sirva como base para cambios y mejoras futuras. Comparar la mortalidad actual del SC con la futura tras la implantación completa de asistencias ventriculares (AV) en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de los diferentes tratamientos del SC en una UCI de 28 camas desde enero de 2019 hasta septiembre de 2022. Los criterios de inclusión (CI) fueron: pacientes entre 18 y 90 años diagnosticados de SC (tensión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos; necesidad de catecolaminas para mantener dicha TAS y signos de congestión pulmonar o de bajo gasto cardiaco). Se excluyeron a los pacientes con shock mixto, reanimación cardiopulmonar durante más de 30 minutos o fallecimiento en las primeras 12 horas de ingreso. Se encontraron 92 historias clínicas de las cuales 53 cumplieron CI. Las variables cuantitativas (VC) se expresan

como medias acompañadas de sus desviaciones estándar. Las cualitativas (VCL) se muestran mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Las (VC) se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las VCL con chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: Se analizaron 53 pacientes con diagnóstico de SC que presentaron una mortalidad del 50,94%. Los principales fármacos utilizados fueron noradrenalina (NA) (81,13%), seguido de dobutamina (D) (56,60%) y levosimendán (L) (15%). El uso de AV ha aumentado en el periodo de estudio: 5 balones intraaórticos de contrapulsación (9,43% de SC); 8 Impellas VI (IVI) (15% de SC) y 2 ECMO + IVI (3,77%). Se analizó el periodo de implantación de las AV: el 53,3% se implantó durante el cateterismo cardíaco; el 20% inmediatamente tras este; y el 26,7% restante en las siguientes horas. En relación al soporte vital al momento del ingreso: el 49% requirió ventilación mecánica (VM); el 13% ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y en ningún paciente se iniciaron técnicas sustitutivas renales.

Conclusiones: El tratamiento del SC ha cambiado en los últimos años con la aparición de nuevas AV. En nuestro hospital se han incorporado progresivamente. La gran mayoría de pacientes fueron tratados con tratamiento farmacológico destacando el uso de NA y dobutamina. La AV más utilizada ha sido el Impella de VI. Otro soporte vital que han requerido los pacientes ha sido la VM. La mortalidad ha sido del 50,94% requiriendo más datos para el análisis bivariante.

Pósteres orales

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD VII 11:05-12:35 h. SALA EXPOSICIONES

594. AFECTACIÓN PSICOLÓGICA DEL SÍNDROME POST-CUIDADOS INTENSIVOS EN PERSONAS CON PSICOPATOLOGÍA PREVIA

Iglesias Franco J¹, Martín Torres J², González de Marcos B¹, Temprano García I¹, Corredor Jiménez D¹, Bustos López A¹, Abad Santamaría B¹, Ashbaugh Lavesiera R¹, Canabal Berlanga A¹ y Vega González G³

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

Objetivos: Identificar el riesgo que supone la psicopatología previa para el desarrollo de malestar psíquico derivado del ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en los pacientes y sus familiares.

Métodos: Estudio de cohortes con evaluaciones repetidas. Se incluyeron pacientes que permanecieron más de 3 días, y sus familiares (máximo 3 por paciente), en una UCI médico-quirúrgica de adultos de un hospital de tercer nivel. La psicopatología previa se asumió en aquellas personas que tomaban psicofármacos. Las medidas de afectación psicológica empleadas fueron: ansiedad mediante State-Trait Anxiety Inventory y Hospital Anxiety and Depression scale (HADs), depresión mediante Beck Depression Inventory y HADs, y estrés postraumático mediante Impact of Event Scale Revisited. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes y 144 familiares. La mayoría nunca habían recibido atención psicológica especializada. El 33% de los pacientes y el 22% de los familiares tomaba psicofármacos o los había tomado durante el último año (Tabla 1). El uso previo de psicofármacos supuso mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología tanto en el momento del alta de la UCI y paso a planta de hospitalización (ansiedad y depresión en pacientes: RR = 3, IC95%: 1,3-7; p = 0,01; depresión en familiares: RR = 1,6, IC95%: 1,1-2,4; p = 0,05), como 3 meses después del alta hospitalaria (estrés postraumático en familiares: RR = 2, IC95%: 1,1-4; p = 0,05).

Conclusiones: La morbilidad psicológica previa es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología secundaria al ingreso en la UCI. La intervención psicológica temprana en la UCI por parte de un especialista podría abrir la posibilidad a la prevención primaria mediante el reconocimiento precoz de las personas en riesgo y el desarrollo de intervenciones psicológicas concretas como optimizar el afrontamiento, facilitar a los familiares a asumir un nuevo rol como cuidadores y minimizar la ansiedad de transferencia.

Figura Póster 594

Necesidades psicológicas		Pacientes		Familiares		
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Atención psicológica previa	No sabe / No contesta	0		39 (27,1)	20-35	
	No	59 (81,9)	72-89	77 (53,5)	45-61	
	En el último año	12 (16,7)	10-27	3 (2,1)	1-6	
	Entre 1 y 5 años	0		8 (5,6)	3-11	
	Hace más de 5 años	1 (1,4)	0,2-7	17 (11,8)	8-18	
Toma de psicofármacos	Basal	24 (33)	24-45	23 (22)	15-31	
	Al ingreso en la UCI	22 (32)	21-42	22 (21)	14-30	
	Durante la estancia en la UCI	No	17 (23,6)	16-35	63 (60,6)	51-69
		Si:	55 (76)	65-85	41 (39,4)	31-49
		- Antidepresivos	12 (21,8)	13-34	12 (29,3)	18-44
		- Ansiolíticos	21 (38,2)	27-51	29 (70,7)	56-82
		- Antipsicóticos	20 (36,4)	25-50	0	
	- Eutimizantes	0		0		
	Al alta de la UCI	7 (9,7)	5-19	16 (23,2)	15-34	
	Tras el alta hospitalaria	A los 3 meses	3 (10)	3-26	7 (12,7)	6-24
A los 6 meses		0		1 (2,1)	0,4-11	

NOTA: Abreviaturas: n: número total; %: proporción; IC95%: intervalo de confianza del 95%; UCI: Unidad de cuidados intensivos.

595. CUADRO DE MANDOS PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN TIEMPO REAL

Morillas Pérez J, Núñez Vázquez K, Baeza Gómez I y Molina Latorre R
 Hospital de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Disponer de toda la información relevante de cada paciente ingresado en la UCI, de forma conceptualizada y visual para poder tomar decisiones estratégicas en el pase de guardia.

Métodos: Se ha creado un mapa de datos (ICU Clinical Data Model) para poder obtener toda la información de las variables definidas de cada paciente y que se recogen con la práctica diaria habitual en la gráfica electrónica o departamental de UCI y que proporcionan información de situación hemodinámica, soporte respiratorio, accesos vasculares, necesidad de trasfusión, función renal y tratamiento antibiótico, de cada paciente desde el momento del ingreso hasta su evaluación en el pase de guardia. Se ha utilizado el *software de bussiness intelligence* de Microsoft (Power BI) que muestra la información recogida del departamental de UCI, en nuestro caso ICCA de Philips, para diseñar distintos paneles de control del cuadro de mandos, con los

filtros necesarios para evaluar la situación de cada paciente y asistir a la toma de decisiones.

Resultados: Se dispone de información estructurada, conceptualizada y detalla, en tiempo real del episodio completo de cada paciente durante su estancia en UCI, lo que ha permitido la toma de decisiones con todo el contexto del paciente, disminuyendo los errores por omisión de información.

Conclusiones: Este sistema de información complementa la información clínica de la historia y permite tomar decisiones con todos los datos contextualizados y detallados facilitando la adecuación de estrategias de tratamiento. El uso previo de psicofármacos supuso mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología tanto en el momento del alta de la UCI y paso a planta de hospitalización (ansiedad y depresión en pacientes: RR = 3, IC95%: 1,3-7; p = 0,01; depresión en familiares: RR = 1,6 IC95%: 1,1-2,4; p = 0,05), como 3 meses después del alta hospitalaria (estrés postraumático en familiares: RR = 2, IC95%: 1,1-4; p = 0,05).

Conclusiones: La morbilidad psicológica previa es un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología secundaria al ingreso en la UCI. La intervención psicológica temprana en la UCI por parte de un especialista podría abrir la posibilidad a la prevención primaria mediante el reco-

Figura Póster 595

Necesidades psicológicas		Pacientes		Familiares		
		n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Atención psicológica previa	No sabe / No contesta	0		39 (27,1)	20-35	
	No	59 (81,9)	72-89	77 (53,5)	45-61	
	En el último año	12 (16,7)	10-27	3 (2,1)	1-6	
	Entre 1 y 5 años	0		8 (5,6)	3-11	
	Hace más de 5 años	1 (1,4)	0,2-7	17 (11,8)	8-18	
Toma de psicofármacos	Basal	24 (33)	24-45	23 (22)	15-31	
	Al ingreso en la UCI	22 (32)	21-42	22 (21)	14-30	
	Durante la estancia en la UCI	No	17 (23,6)	16-35	63 (60,6)	51-69
		Si:	55 (76)	65-85	41 (39,4)	31-49
		- Antidepresivos	12 (21,8)	13-34	12 (29,3)	18-44
		- Ansiolíticos	21 (38,2)	27-51	29 (70,7)	56-82
		- Antipsicóticos	20 (36,4)	25-50	0	
	- Eutimizantes	0		0		
	Al alta de la UCI	7 (9,7)	5-19	16 (23,2)	15-34	
	Tras el alta hospitalaria	A los 3 meses	3 (10)	3-26	7 (12,7)	6-24
A los 6 meses		0		1 (2,1)	0,4-11	

NOTA: Abreviaturas: n: número total; %: proporción; IC95%: intervalo de confianza del 95%; UCI: Unidad de cuidados intensivos.

nocimiento precoz de las personas en riesgo y el desarrollo de intervenciones psicológicas concretas como optimizar el afrontamiento, facilitar a los familiares a asumir un nuevo rol como cuidadores y minimizar la ansiedad de transferencia.

596. REGISTRO DE LAS ÓRDENES VERBALES EN EL PACIENTE CRÍTICO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

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

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: La gravedad del paciente crítico y la complejidad de su tratamiento hace que el proceso de prescripción de medicación repercuta en su seguridad. Por ello, se decidió estudiar este proceso en el servicio de Medicina Intensiva (SMIV) de un hospital de tercer nivel en el cual, el equipo facultativo prescribe de manera electrónica y enfermería lo transcribe a una gráfica manual, observándose que la prescripción electrónica (PE) y manual (PM) no coincidía y había órdenes verbales (OV) no registradas. Entre las recomendaciones del Institute for Safe Medication Practices (ISMP), dice que las OV deben estar restringidas a casos de emergencia y se exige que se registren en la prescripción. Por ello, objetivo de este estudio fue, tras formar al personal facultativo en la importancia de la prescripción según las recomendaciones ISMP, evaluar las mejoras en la calidad de la prescripción de medicación.

Métodos: Estudio prospectivo antes-después en el cual se revisó aleatoriamente la PE y PM de pacientes ingresados en el SMIV durante septiembre-octubre de 2022. Tras el primer periodo, se informó al equipo médico, formándolos en la importancia de la prescripción. Tras ello, se realizó una nueva ronda de revisión durante noviembre-diciembre de 2022. Las variables recogidas fueron: número de medicamentos prescritos, coincidencia de la PE con la PM para cada paciente y si hubo OV no registradas en la prescripción. La revisión de la PE se realizó en Mambriño XXI® y la PM mediante la revisión de las gráficas.

Resultados: En el primer periodo, en el que se revisaron un total de 19 pacientes, con una mediana de medicamentos prescritos de 10 (rango 2-21), no hubo coincidencia entre ambas prescripciones en ningún paciente. En el segundo periodo, se recogieron 23 pacientes, cuya mediana fue de 9 medicamentos (rango 4-16), con un 60,9% de coinciden-

cia entre prescripciones. Durante el primer periodo, en el 100% de los pacientes se detectaron OV, y un 73,9% en el segundo periodo, con un 53% de medicamentos no prescritos, y siendo el restante órdenes de no administrar dosis puntuales o modificar velocidades de infusión.

Conclusiones: Aunque en el primer periodo de revisión no hubo coincidencias entre ambas prescripciones, tras reforzar al equipo médico en la importancia de la reducción de errores asociados a la prescripción, el segundo periodo fue muy positivo, con un 60,9% de coincidencia. Habiendo aún margen de mejora, podemos concluir que esta evaluación proactiva fue clave para identificar puntos críticos de riesgo y diseñar prácticas seguras para minimizar el riesgo de errores de prescripción en el paciente crítico.

597. ¿EL PERSONAL DE UCI SUFRE SÍNDROME DE BURNOUT?

García Valiente M, Arcis Conesa A, Navarro Martínez J, Lorente Conesa MdC, Agámez Luengas AA y Castillo Sánchez JM

Hospital Rafael Méndez, Murcia.

Objetivos: Publicaciones recientes informan una prevalencia del síndrome de burnout de hasta el 75% de los médicos, destacando quienes desarrollan su actividad en condiciones de gran exigencia profesional y personal por la gravedad del paciente y el trato con los familiares como podría ser el personal de UCI. Asimismo, tras la crisis sanitaria vivida a consecuencia de la pandemia por SARS-CoV-2 se reportan destacables tasas de ansiedad y depresión. Este síndrome afecta a tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y se ha determinado como predictor independiente de errores médicos. El objetivo principal de nuestro estudio es evaluar el síndrome de burnout en el personal sanitario de UCI mediante el cuestionario MBI.

Métodos: Se evaluó el síndrome de burnout en la UCI del H.U. Rafael Méndez. La población a estudio la conforma el personal médico, enfermería, auxiliares de enfermería y celadores que trabajan en dicha UCI. El cuestionario consta de 22 preguntas que analizan las tres dimensiones afectadas por dicho síndrome que deben responderse según la escala de frecuencia. Según la versión catalana del MBI se clasificó cada una de las dimensiones afectadas en diferentes niveles: bajo, medio o alto. La recogida de datos se realizó entre el 01/10 y el 23/12/2022.

Figura 1 Póster 597

SÍNDROME BURNOUT EN UCI

Doy mi consentimiento para participar en el estudio: Sí No

Sexo: Hombre Mujer

Edad: <30 años 30-45 años > 45 años

Profesión:

- Médico/a Adjunto
- Médico/a Residente
- Enfermero/a
- Auxiliar de enfermería
- Celador/a

ESCALA MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems que evalúan 3 aspectos del síndrome de Burnout: agotamiento, despersonalización y realización personal. Los ítems deben ser respondidos haciendo uso de la siguiente escala de frecuencia:

- 0 = Nunca / Ninguna vez
- 1 = Casi nunca / Pocas veces al año
- 2 = Algunas veces / Una vez al mes o menos
- 3 = Regularmente / Pocas veces al mes
- 4 = Bastantes veces / Una vez por semana
- 5 = Casi siempre / Pocas veces por semana
- 6 = Siempre / Todos los días

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2	Me siento cansado/a al final de una jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
3	Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada laboral	0	1	2	3	4	5	6
4	Siento que puedo entender fácilmente cómo se sienten los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5	Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6	Siento que trabajar todo el día con gente supone un gran esfuerzo y me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10	Siento que me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo la profesión	0	1	2	3	4	5	6
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	0	1	2	3	4	5	6
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18	Me siento motivado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21	Siento que en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	0	1	2	3	4	5	6
22	Siento que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

Puntuación	Escala de frecuencia
0	Nunca / Ninguna vez
1	Casi nunca / Pocas veces al año
2	Algunas veces / Una vez al mes o menos
3	Regularmente / Pocas veces al mes
4	Bastantes veces / Una vez por semana
5	Casi siempre / Pocas veces por semana
6	Siempre / Todos los días

Tabla 1. Escala de frecuencia de tipo Likert

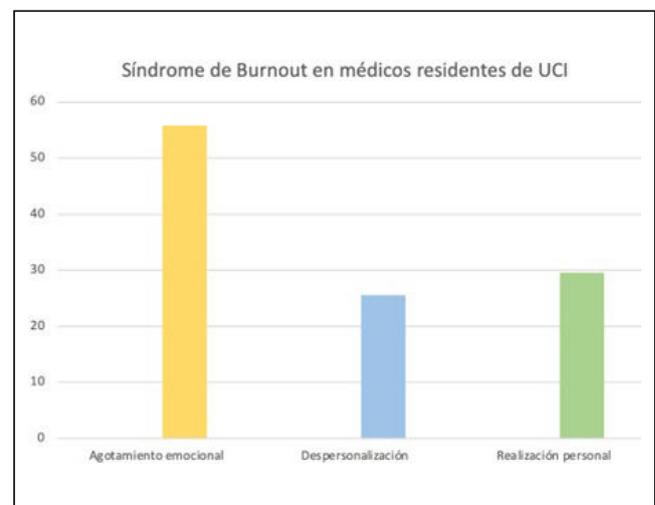
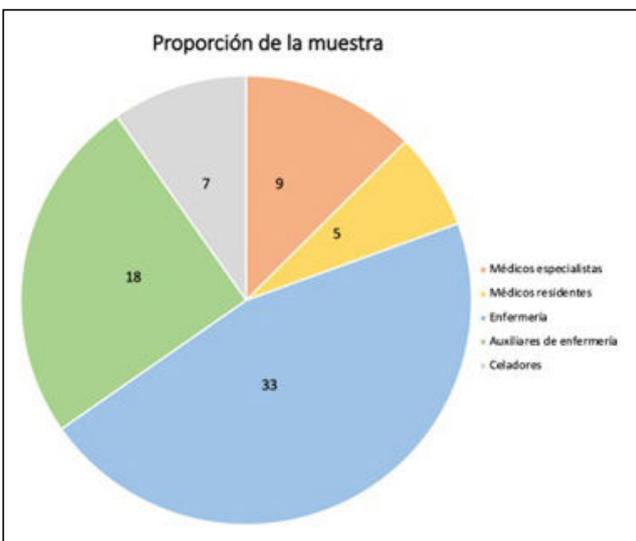
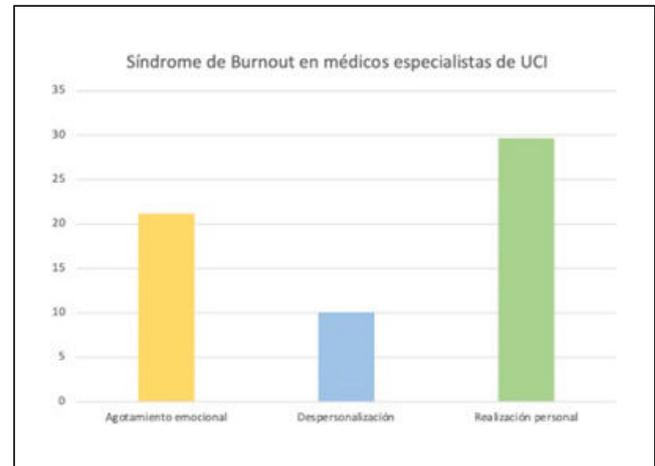
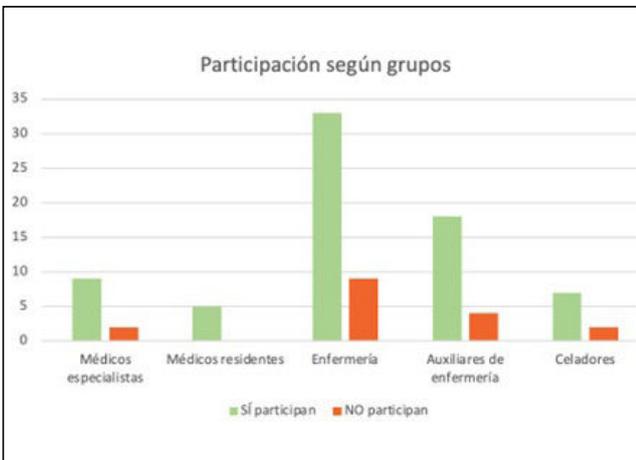
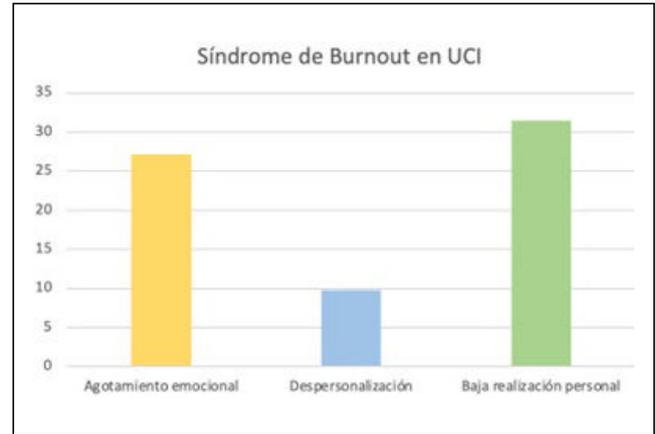
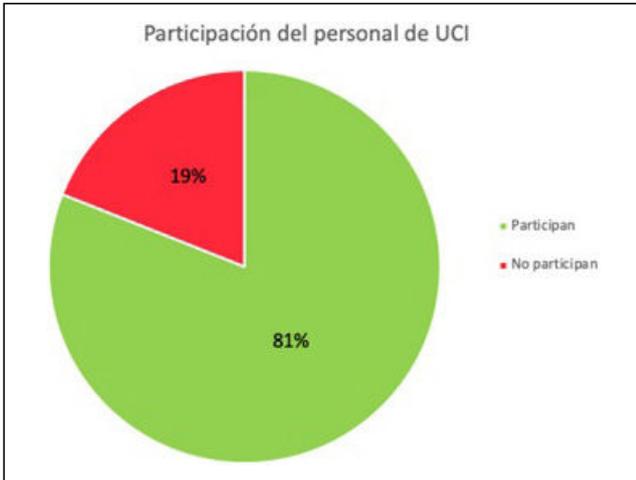
Nivel	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Bajo	≤ 17	≤ 8	≥ 37
Medio	17 - 26	9 - 13	36 - 31
Alto	≥ 27	≥ 14	≤ 30

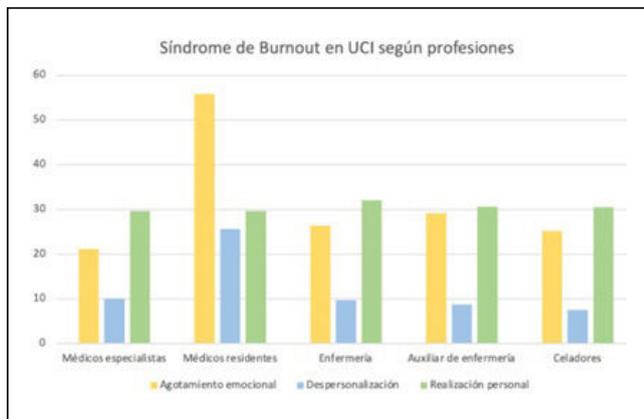
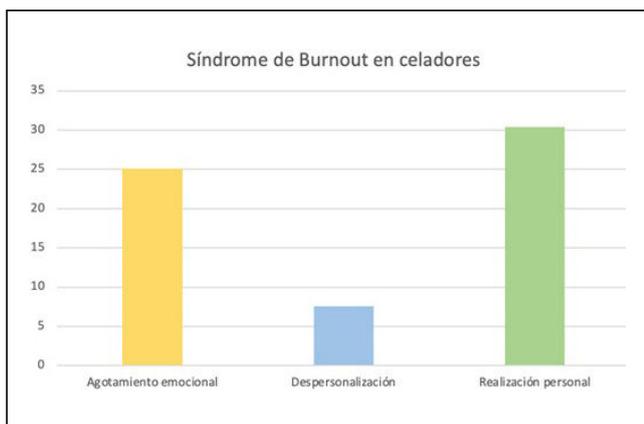
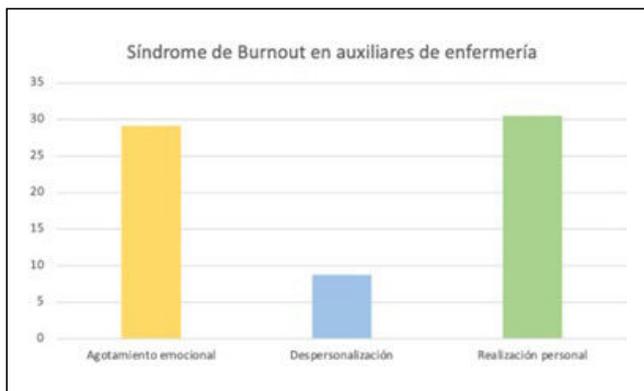
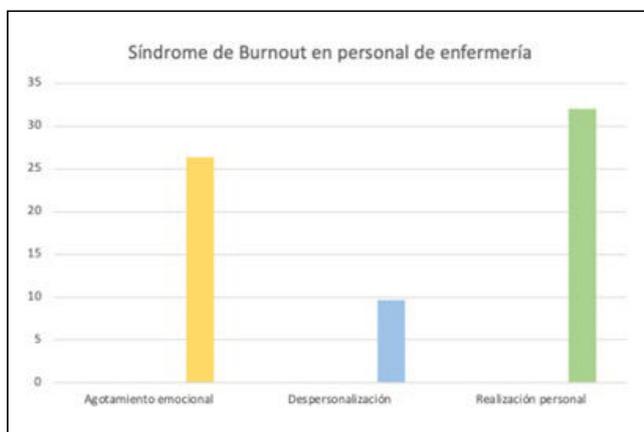
Tabla 2. Clasificación según versión catalana de MBI

Resultados: Se obtuvo una muestra constituida por 72 profesionales, que corresponde con una tasa de participación global del 81%. A nivel de todo el personal sanitario que ejerce en dicha UCI, los valores medios obtenidos en las distintas dimensiones del MBI fueron de 27,15 en el agotamiento emocional, 9,82 en la despersonalización y 31,46 en la realización personal. De esta forma, la muestra estudiada presentaría niveles altos de agotamiento emocional, niveles medios de despersonalización al igual que niveles medios de baja realización personal. Destaca

el importante agotamiento emocional y la despersonalización del grupo de médicos residentes. Y si se analizan las 22 cuestiones del cuestionario, los peores resultados se obtienen en las preguntas que hacen referencia a la mala organización del trabajo.

Conclusiones: El personal sanitario de UCI de un hospital de segundo nivel sufre el síndrome de *burnout*. Dada la repercusión de este tanto para el personal sanitario como para el paciente, se propone realizar estrategias de detección y prevención de dicho síndrome.





598. REPERCUSIÓN DE LAS MEDIDAS DE INTERVENCIÓN DEL GRUPO MULTIDISCIPLINAR SOBRE LA INCIDENCIA EN UN BROTE DE *C. PARAPSILOSIS* RESISTENTE A AZOLES

Fernández Delgado E¹, Reina Martínez FJ¹, García Marín M², del Campo Tejedor R¹, Carral Sutil C¹ y Amaya Villar R¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

²Hospital Infantil (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: La aparición de especies fúngicas resistentes capaces de crear brotes intrahospitalarios suponen un desafío para su control y erradicación. En este estudio analizamos la epidemiología y la utilidad de las medidas de control de intervención del Grupo de Infección Nosocomial creado ante la aparición de *C. parapsilosis* resistente a azoles (CPRA) en la unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel

Métodos: Se incluyen todos los casos aislados de CPRA detectados desde junio a diciembre de 2022. Desde septiembre, se instauraron reuniones multidisciplinarias semanales (Microbiología, Medicina Preventiva, Limpieza, Farmacia, Unidad de Grandes Quemados, E. Infecciosas y Cuidados Intensivos) y se inició un programa de evaluación y educación (cribado activo semanal, control de limpieza ambiental e higiene de manos, asesoramiento PROA-UCI) y la repercusión con la incidencia acumulada de CPRA.

Resultados: Se aislaron 81 pacientes portadores de CPRA, de los cuales, 13 (15%) fueron infecciones y 68 colonizaciones. Todos los casos aislados correspondieron a la misma clona de CPRA con mutación resistente a todos los azoles. El 29% de los casos totales fallecieron, aunque en el *exitus* la infección por CPRA pudo ser determinante en 5 de ellos. Respecto al cribaje, se tomaron 1.354 muestras; con positividad en 56 casos en el frotis axilar y 10 en el inguinal. Respecto a la higiene de manos, en ninguna de las semanas se alcanzó el 80% de cumplimiento exigido por la OMS. Los FEA, fueron los profesionales que mejor cumplimiento hacían de mediana (95,55%) y los que menor, los profesionales externos. La incidencia acumulada fue muy variable durante el periodo, siendo inicialmente de un 17% en la primera semana pasando a un 4% en la última, con picos puntuales, que coincidieron posteriormente a las semanas sin observación de “higiene de manos” parte del equipo de Medicina Preventiva coincidentes con puentes y festivos.

Conclusiones: Las estrategias de prevención y control de infecciones nosocomiales aseguran una disminución de transmisión de las cepas de CPRA. Es importante valorar en el aumento de incidencia la probable flexibilidad de las medidas de higiene durante los puentes y festivos.

599. IMPLANTACIÓN PROGRAMA EXTRA-UCI H.U. DE ALCORCÓN: EXPERIENCIA PRIMEROS 6 MESES

Huerta Palacios V, Godoy Tundidor MV, Martín Cuenca T, Núñez Gómez A, Campos Moreno MC, Afonso Rivero D, Yagüe Huertas M, Roviroso Bigot S, Mata Martínez C y Ruíz de Luna González R

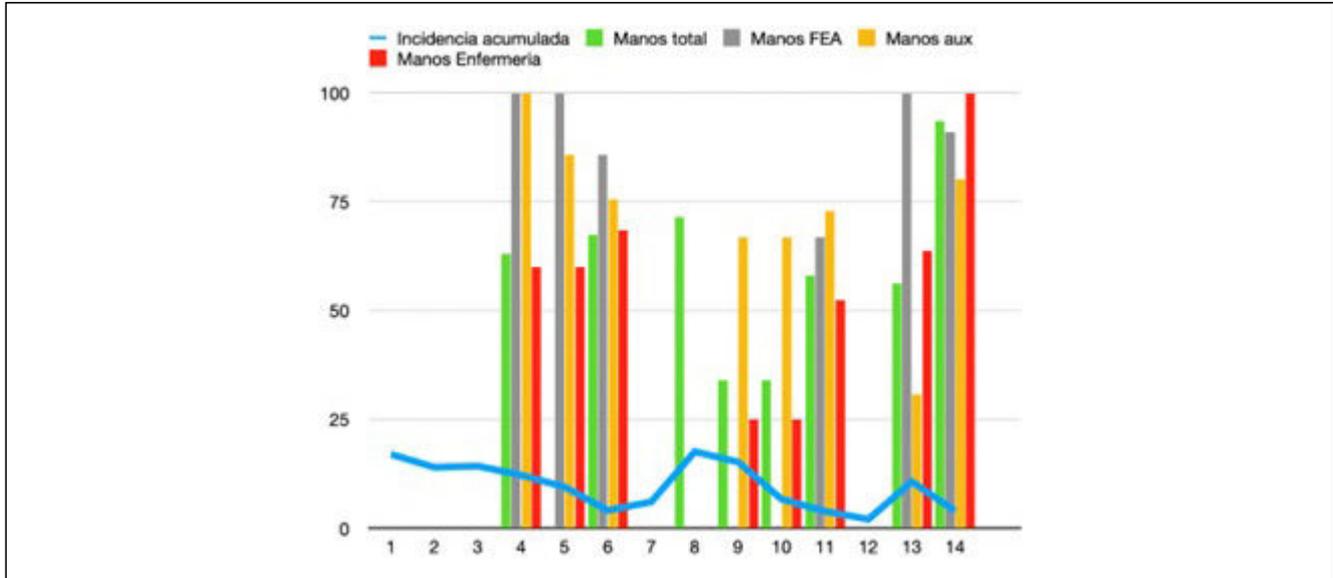
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Describir la actividad fuera de UCI del H.U.F. Alcorcón, detectando pacientes de riesgo y su evolución. El objetivo es disminuir la morbimortalidad y estancia hospitalaria previniendo situaciones más graves incluso realizando ingresos precoces en UCI. Se detallan las características de los pacientes, dónde nos activan, cómo finaliza el seguimiento y la mortalidad en estos enfermos.

Métodos: Incluidos los pacientes valorados por el equipo extra-UCI del HUFA (hospital nivel 2 Comunidad de Madrid) entre 15/6/22 y 7/1/23, que no fueron ingresados en UCI tras su primera valoración. Un intensivista analiza cada día los pacientes de la observación de urgencias y realiza un seguimiento de los que se solicita valoración durante la guardia y no precisan ingresar. Análisis estadístico SPSS.

Resultados: En 6 meses, 203 pacientes fueron valorados sin requerir ingreso en UCI inicialmente. 135 fueron varones (66,5%); media de edad fue 68,6 años (DE ± 17,4). Las ubicaciones más frecuentes fueron Urgencias con 129 pacientes (63,5%) y planta medicina interna con 22 pacientes (10,8%). Del total de pacientes ingresamos 35 (17,3%) siendo su mortalidad del 9,1% (3 pacientes) La mortalidad en los no ingresados (167) fue del 22,9% (38 pacientes). El seguimiento mínimo fue de 1 día y el máximo de 33 días siendo la media de 1,5 días. Los diagnósticos fueron variados destacando: insuficiencia respiratoria aguda 59 pacientes (29,2%), sepsis: 42 (20,7%), síndrome coronario agudo: 11 (5,4%). 80 enfermos (39,4%) presentaron infección. Las bacterias más frecuentes fueron *E. coli* con 12, *K. pneumoniae* con 9 y 5 *S. aureus*. Hubo 10 aislamientos de virus respiratorios. Las causas más frecuentes de finalizar el

Figura Póster 598



seguimiento fueron: hospitalización en planta 104 pacientes (51,2%), fallecimiento de 41 pacientes (20,2%) y alta desde urgencias en 33 enfermos (16,3%). El procedimiento diagnóstico empleado fue la valoración clínica del intensivista (100%) Otras prácticas fueron la realización de pruebas de imagen destacando la ecografía clínica. Se decidió no ingresar en UCI y fijar un techo terapéutico en 55 pacientes (27,1%). Otra acción fue canalizar vías centrales en 17 pacientes (8,4%) El resto de acciones fueron solicitar analíticas y ajustar el tratamiento en consenso con su médico responsable.

Conclusiones: El equipo extra-UCI del H. U. de Alcorcón ha valorado a 203 pacientes en 6 meses siendo Urgencias donde más se ha actuado con un total de 129 (63,5%) En base a los resultados obtenidos, el papel del intensivista fuera de la UCI mejora la morbimortalidad de los pacientes aunque es necesario continuar estudiando esta actividad.

600. ANÁLISIS DEL REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS EN UCI POLIVALENTE DE HOSPITAL DE TERCER NIVEL

López López Á¹, Álvarez Chicote N¹, González Contreras J² y Garnacho Montero J¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla. ²Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: Conocer los eventos adversos más frecuentes registrados en una UCI polivalente, junto con la repercusión clínica según categoría.

Métodos: Estudio observacional de carácter prospectivo de pacientes ingresados en UCI polivalente de 30 camas (HUVM) que sufren un evento adverso durante los años 2021-2022. Se usó la hoja de registro de eventos adversos que recoge datos identificativos del paciente, tipo de evento adverso sufrido, categoría según gravedad del daño que ocasiona al paciente y franja horaria en la que se produce, además de la habitación donde acontece el evento adverso. Las variables cualitativas se expresan como número absoluto y porcentaje.

Resultados: Se registraron y analizaron un total de 91 eventos adversos (43 en 2021 y 48 en 2022). 55 de ellos (60,4%) ocurrieron en el turno diurno (8h a 20h), respecto a 36 (39,6%) que ocurrieron en el nocturno (20h a 8h), siendo la localización más frecuente los boxes situados en los extremos de la Unidad (27 eventos adversos, 29,7% del total). El evento adverso más repetido fue los errores de medicación (25 pacientes, 27,5%), siendo lo más frecuente errores en la administración (92% de ellos); lo más frecuente, la no administración de dosis de HBPM. Se sigue de retirada accidental de catéteres venosos centrales (20 pacientes, 22%), cuya localización más frecuente es yugular y femoral. El tercer evento más frecuente fueron las autoextubaciones (19 pacientes, 20,9%), todos ellos en fase de destete. Requirieron reintubación 5 pacientes, llegando a ser categoría H (compromiso vital del paciente) 3. En menor cuantía, se dieron las caídas en 7 pacientes, seguido de retirada drenajes torácicos (6), drenajes qui-

rúrgicos (5), SNG en vía aérea (5) sin inicio de NE en ninguno de ellos, retirada de catéter arterial (3), retirada de sonda vesical (1) y neumotórax en relación con acceso vascular (1). No ocurrió ningún hemotórax relacionado con acceso vascular. En cuanto a la categoría, lo más frecuente fue la categoría C (32 pacientes, 35,1%), seguido de categoría B (29,7%) y categoría E (19,8%). Menos pacientes se clasificaron como categoría D (5), categoría H (2) y categorías A y F, ambas con un paciente.

Conclusiones: Aunque existe un número considerable de eventos adversos, sobre todo relacionados con la administración farmacológica y retirada accidental de accesos vasculares, la mayor parte de ellos no tuvieron repercusión clínica significativa.

601. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EVOLUTIVAS DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE ESTABLECE UN TECHO TERAPÉUTICO INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE SEMICRÍTICOS

Muñoz-Mingarro Molina D, García Godes M, de Abreu A, Marín Raez R, González Fernández O, Sainz J y de Pablo R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: El objetivo principal del presente estudio es escribir las características de la población que ingresa en la Unidad de Semicríticos el Hospital Ramón y Cajal en los que se ha establecido un techo terapéutico. Como objetivos secundarios, planteamos registrar las terapias de soporte vital que precisaron estos pacientes.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyen todos los pacientes que ingresaron en la Unidad de Semicríticos durante un periodo de 8 meses en los que se establece en el momento del ingreso, un techo terapéutico. Dicha Unidad consta de 12 camas en las que se atiende a pacientes médicos con cualquier diagnóstico, cuyo nivel de atención no exige el ingreso en UCI. Se dispone de monitorización continua (invasiva y no invasiva) y la posibilidad de implementar soporte vasoactivo, respiratorio (oxigenoterapia de alto flujo y ventilación mecánica no invasiva) y renal (depuración extracorpórea). Las variables cuantitativas se expresan como mediana y RIC. Las variables cualitativas se expresan como porcentaje sobre el total. El análisis estadístico se llevó a cabo con R 4.2.2 para Windows.

Resultados: Durante el periodo del estudio, se incluyeron 43 pacientes (63% varones), con una mediana de edad de 78 años (69-81). Los scores APACHE II e Índice de Charlson fueron respectivamente 18 (15-25) y 7 (5-8). La estancia media fue de 4 días (2-6). La supervivencia a los 6 meses del ingreso fue del 83%. El diagnóstico más frecuente al ingreso fue la sepsis (57%), seguido de la insuficiencia respiratoria (18%). La necesidad de soporte vasoactivo fue del 54%. Un 32% de los pacientes precisó oxigenoterapia de alto flujo y un 27% ventilación mecánica no invasiva. La necesidad de depuración extracorpórea fue del 5%.

Conclusiones: El ingreso en una Unidad de Semicríticos de pacientes seleccionados con techo terapéutico para la implementación de ciertas medidas de soporte vital, se asoció en nuestra muestra a una elevada supervivencia a los 6 meses. Las medidas de soporte vital más frecuentemente precisadas fueron el soporte hemodinámico y respiratorio (oxigenoterapia de alto flujo y ventilación mecánica no invasiva).

602. RECOMENDACIONES DE NO HACER EN MEDICINA INTENSIVA POSPANDEMIA. ¿HAY QUE CAMBIAR ALGO?

Díaz Díaz D, Villanova Martínez M, Gonzalo Somoza G, López Pérez L, Martínez de la Gandara A, Bueno García B, García Gígorro R, Andrade Vivero G, Macaya Rendin L y Escuela M

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

Objetivos: Valorar grado de conocimiento de las practicas innecesarias propuestas por los grupos de trabajo y las recomendaciones genéricas de la Semicyuc, detectar e impulsar dichas prácticas, así como proponer nuevas prácticas innecesarias distintas de las recomendadas por la sociedad científica.

Métodos: Estudio prospectivo observacional desarrollado en el Servicio de Medicina Intensiva de un hospital de segundo nivel, mediante una encuesta cualitativa de opinión sobre las prácticas innecesarias pro-

puestas por la Sociedad Científica (SC), desarrollada en varias fases: 1. Diseño de la encuesta: Preguntas con 5 respuestas cerradas y 2 respuestas abiertas estructurada en 4 apartados. 2. Distribución de la encuesta en plataforma *online* (Microsoft Edge Form). 3. Análisis estadístico descriptivo durante el periodo del estudio octubre-diciembre 2022.

Resultados: El grado de participación en la encuesta fue del 80%, edad 47 años, 70% sexo femenino. El grado de desconocimiento de las “prácticas de no hacer” genéricas en M. Intensiva es del 20%, alcanzando hasta el 45% en el caso de las recomendaciones específicas de los grupos de trabajo. Han detectado “prácticas de no hacer” hasta en el 50% de los entrevistados en su práctica clínica diaria, siendo la realización de radiografía de tórax y analítica diaria las principales prácticas detectadas (fig. 1). Se considera que las principales razones para continuar realizando “prácticas de no hacer” son, difusión insuficiente de las mismas, dificultad para ponerlo en marcha, estar muy interiorizadas en nuestra práctica clínica habitual (fig. 2). En cuanto a las estrategias para cumplir con las “prácticas de no hacer”, se ha sugerido principalmente el uso de carteles recordatorios sobre la utilización adecuada de los recursos sanitarios, así como carteles recordatorios de las recomendaciones de no hacer (fig. 3). Se ha propuesto otras prácticas de no hacer, distintas de la recomendada por la sociedad científica y los grupos de trabajo, que abarcan desde mejoras en las estrategias de humanización, uso racional de la sedo analgesia y relajación hasta utilización

Figura 1 Póster 602



Figura 2 Póster 602

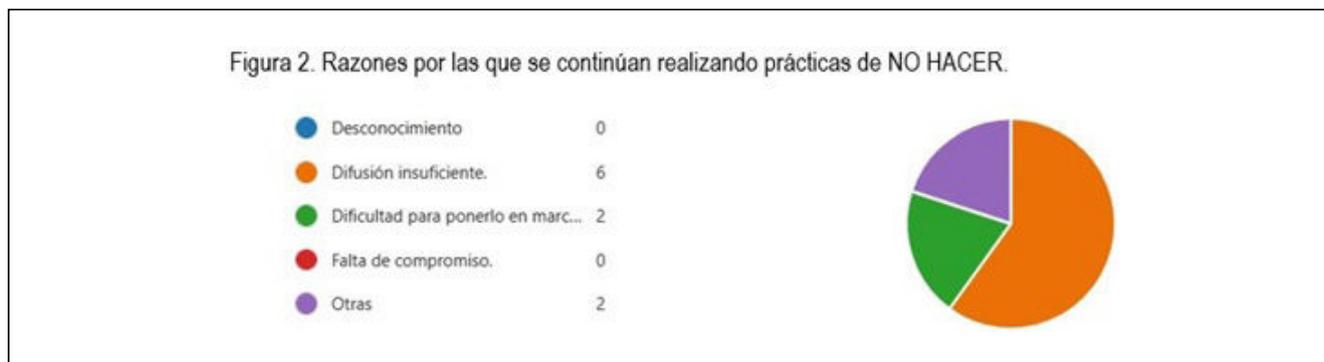
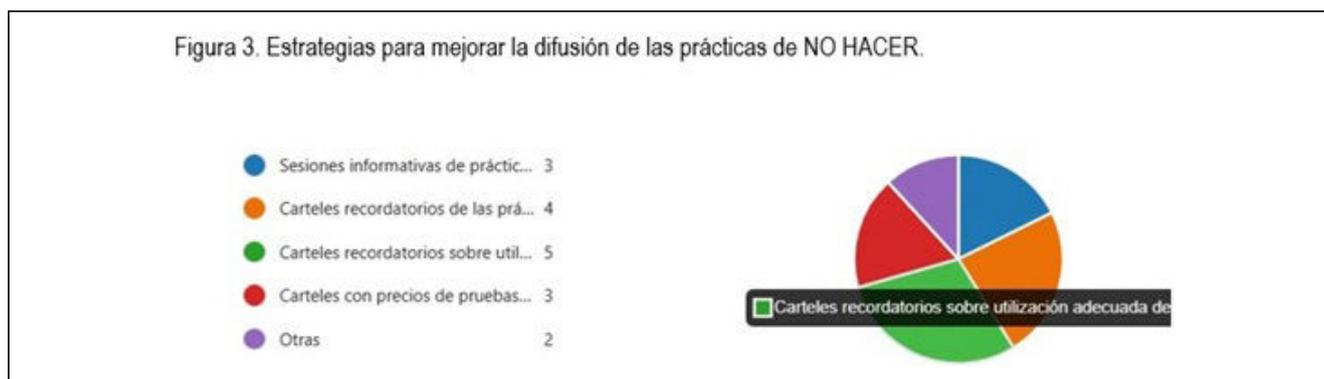


Figura 3 Póster 602



precoz de técnicas de depuración extrarrenal, así como estrategias para mejorar las resistencias antimicrobianas.

Conclusiones: El grado de desconocimiento de las practicas innecesarias continúa siendo elevado. La principal razón es la difusión insuficiente. Se considera necesario continuar impulsando las "prácticas de no hacer", así como revisar e incluir nuevas recomendaciones de no hacer genéricas, por parte de la sociedad científica.

Pósteres orales

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VIII 11:05-12:35 h. SALA POLIVALENTE

603. EVOLUCIÓN DE LOS AISLAMIENTOS POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN UNA UCI TRAS LA APERTURA DE UN NUEVO HOSPITAL

Obando Martínez C, Marcano Millán EJ, Figueroa Falconi JC, Ballesteros Herráez JC, Núñez Blanco N, Bueno Bueno M y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Conocer las tasas de colonización/infección (C/I) por bacterias multirresistentes (BMR), en la UCI polivalente-cardiaca del Hospital Universitario de Salamanca (HUS) tras la apertura de la nueva UCI en el nuevo hospital y compararlas con las tasas en los años previos.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes ingresados en la UCI polivalente-cardiaca del HUS desde octubre de 2021 a octubre de 2022. Mediante la base de datos Resistencia Zero, analizamos la incidencia de C/I por BMR durante el periodo de estudio y la comparamos con la incidencia media de los últimos 5 años. Describimos los gérmenes identificados y el momento de adquisición, al ingreso o durante el ingreso.

Resultados: En los primeros 12 meses de apertura ingresaron 735 pacientes. La tasa de C/I al ingreso por pacientes 100 ingresados previo al ingreso es de 2,59%, y durante el ingreso 2,18. La tasa de C/I durante el ingreso por 1.000 días de estancia es 3,11%. En los años anteriores la tasa de C/I por 100 pacientes al ingreso es de 1,52%, durante el ingreso 4,98%, y la tasa de C/I durante el ingreso por 1.000 días de estancia es 5,91%. Respecto a los pacientes con infección por multirresistentes. En el nuevo hospital la tasa de infección por 100 pacientes al ingreso en UCI es de 1,63, frente al 0,65% en el viejo. Durante el ingreso la tasa de infección por 100 pacientes adquisición es de 0,41% frente a 2,09 en el previo y la incidencia de infección por estancias es de 0,58 en el nuevo frente a 4,48 en el antiguo. En el hospital nuevo los gérmenes identificados al ingreso y durante el ingreso han sido: Enterobacteria BLEE 41,67%, BGN-carbapenemasa 22,22, ERV 16,67%, SARM 13,89%, *Pseudomonas* multirresistente 5,56%. En los años anteriores la flora de BMR es diferente BGN-carbapenemasa 40,40%, Enterobacteria BLEE 30,30%, SARM 15,38%, ERV 9,09%, *Pseudomonas* multirresistente 2,02%, *Acinetobacter* 1,01%.

Conclusiones: En el nuevo hospital las tasas de C/I por BMR, han disminuido. Ha aumentado la detección de BMR al ingreso en la unidad, y han disminuido los BMR adquiridos durante el ingreso. La flora habitual se ha modificado, disminuyendo las BGN-carbapenemasa, SAMR, repuntando las enterobacterias BLEE. Los datos son más favorables de acuerdo a los objetivos de resistencia zero. Los resultados de los años 2020 y 2021 se ven afectados por la pandemia COVID que provocó que en estos años aumentaran las infecciones por BMR durante el ingreso.

604. BACTERIEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON ASISTENCIA MEDIANTE MEMBRANA DE CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO)

Martínez A, Martín M, Fortea R, Talavera M, Aliaga M, Gómez V, Pemán J, Frasquet J, Ramírez P y Carrasco C

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Descripción y caracterización de la bacteriemia en el paciente crítico con ECMO con respecto al paciente crítico sin ECMO.

Métodos: Estudio prospectivo durante tres años consecutivos (2019-2021) en el que se incluyeron todas las bacteriemias de la UCI del Hospital La Fe. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar o mediana. Se realizó la prueba t de Student o U de Man-Whitney para variables continuas y el test χ^2 para las categóricas. Se compararon las bacteriemias en aquellos que han requerido ECMO para su estabilización con el resto de los pacientes.

Resultados: Se han incluido 143 pacientes con bacteriemia de un total de 4.513 ingresados (3,7%). Treinta de los episodios de bacteriemia (21%) ocurrieron en pacientes sometidos a ECMO (durante el periodo de estudio hubo 120 tratamientos con ECMO, de modo que el 16,6% sufrió un episodio de bacteriemia). En el grupo ECMO la edad fue significativamente menor y las comorbilidades fueron menos frecuentes. Todas las bacteriemias del grupo ECMO fueron nosocomiales (frente al 70% del grupo control; $p < 0,001$). El uso de ventilación mecánica y diálisis fue más frecuente en caso de ECMO (100 vs. 69%; $p < 0,001$ y 60 vs. 22%; $p < 0,001$ respectivamente). La proporción de bacteriemias primarias, secundarias o asociadas a catéter no difiere entre ambos grupos. La etiología bacteriana es similar entre los dos grupos, pero la frecuencia de cepas multirresistentes fue superior en el grupo ECMO (17 (56,67%) vs. 31 (27,43%) $p = 0,004$). La presentación en forma de shock séptico fue más frecuente en el paciente en ECMO (79 vs. 28%; $p = 0,042$). El 20% de las bacteriemias en el grupo ECMO fueron de brecha mientras que esta situación solo se dio en el 10% en el grupo sin ECMO, no obstante no alcanzó significación estadística ($p = 0,168$). El tratamiento antibiótico empírico fue apropiado en 124 pacientes (92%), en una proporción similar entre los dos grupos (83 vs. 87%; $p = 0,536$). Tanto la mortalidad intraUCI como la estancia en UCI fueron superiores en los pacientes con ECMO (67 vs. 24%; $p < 0,001$ y $40 \pm 21,22$ vs. $25,70 \pm 28,50$; $p = 0,007$ respectivamente). Sin embargo, no hubo diferencia en la mortalidad atribuida a la bacteriemia (23 vs. 17%; $p = 0,618$).

Conclusiones: La bacteriemia es una complicación frecuente en el paciente sometido a ECMO. Aunque la mortalidad atribuida a la bacteriemia fue similar en los dos grupos, existen factores en el paciente en ECMO de nuestra serie que podrían explicar un peor pronóstico global en comparación con el grupo no ECMO.

605. ANÁLISIS COMPARATIVO DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN UCI ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

Beltrán Bernáldez R, Cortés Díaz S, Sanmartino González C, Serra Sánchez C, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Tejero Pedregosa A, Beltrán Martínez L, Marcos Gutiérrez A y Taracón Maján C

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

Objetivos: Analizar posibles diferencias de comportamiento en la práctica clínica habitual de la aspergilosis pulmonar en el paciente crítico con coinfección por COVID-19 (CAPA) y los casos previos a la pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, con una muestra de 45 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva (UCI) del Complejo Asistencial de Zamora (CAZA) con diagnóstico de aspergilosis pulmonar y CAPA. Los datos se obtuvieron de las bases de datos de los Servicios de: UCI, Análisis Clínicos y Microbiología del CAZA. Periodo de estudio entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2022. Se analizan datos demográficos, scores de gravedad, mortalidad, días de Ventilación mecánica (VM) y método diagnóstico. El análisis estadístico se realizó con Excel y SPSS 24.0.

Resultados: Se documentaron 45 casos de aspergilosis pulmonar, de los cuales, 22 son CAPA y 23 aspergilosis pulmonar pre-pandemia. Los datos comparativos referentes a los pacientes pre-COVID y durante la pandemia se describen de la siguiente forma: días de estancia media en UCI 25,61 frente a 27,68 días; días hasta diagnóstico 17 (mediana 14, IQR 9-22) ($p = 0,002$) versus 9 días (mediana 7,5, IQR 2,5-9) ($p = 0,002$). Edad media de la muestra 56,8 años versus 58,68; En relación a los SCORES de gravedad se encuentran valores: APACHE 23,7 (mediana 25, IQR 15-32) vs. 21,62 (mediana 23, IQR 16-26) ($p > 0,05$); SAPS II 49,2 (mediana 44, IQR 39-53) versus 36,6 (mediana 36, IQR 28-42,5) ($p = 0,04$); Días de VMI 17,5 (mediana 17, IQR 9-22) versus 18,3 (mediana 14, IQR 8-24,5) ($p > 0,05$). Respecto a la técnica diagnóstica aplicada la distribución pre-pandemia fue del 100% en BAS, mientras que durante la pandemia se aprecia un 95% BAL y un 5% BAS. Analizando la mortalidad global previo al 2020 y desde 2020 encontramos una mortalidad del 30,7% versus 60% ($p > 0,05$).

Conclusiones: De este estudio podemos concluir que la incidencia de aspergilosis pulmonar ha sido mucho mayor durante la pandemia respecto a valores registrados previamente al 2020. La distribución muestral por grupos de edad, scores, días de VMI y estancia en UCI son muy similares. Desde 2020 se realiza un diagnóstico más precoz de aspergilosis pulmonar, siendo la técnica de recogida de muestra más prevalente el BAL mediante fibrobroncoscopia. Finalmente llama la atención que la mortalidad global de los pacientes con CAPA es mucho mayor que aquella no asociada a la coinfección por COVID-19.

606. STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA, ¿DEBEMOS CONSIDERAR LA DOBLE ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA EN NUESTRA UNIDAD, EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA?

Lence Massa B, Fernández Villanueva JR, de Larrinaga Romero I, Virgós Pedreira A, Santiago Langarica A, Alonso Lima MV y Rascado Sedes P
 Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.

Objetivos: La traqueobronquitis asociada a ventilación mecánica (TAV) es una entidad que en algunos estudios ha demostrado aumentar

la mortalidad, morbilidad y estancia en UCI. Aunque es una entidad polémica y no siempre bien diferenciada de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), el conocimiento de la etiología podría ayudar a mejorar los resultados en nuestra unidad. Los objetivos del análisis son determinar la incidencia de TAV, la etiología bacteriana, el motivo de ingreso inicial y el uso de antibioterapia.

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo retrospectivo llevado a cabo en la UCI del Hospital Clínico de Santiago de Compostela (Galicia, España) entre los años 2020 y 2022, con un aumento en el número de ingresos de pacientes con diagnóstico respiratorio debido a la pandemia provocada por la SARS-CoV-2. El análisis y gráficos se han realizado con el programa Excel 2021 (18.0). Se ha sido estricto con los criterios diagnósticos entre NAV y TAV.

Resultados: 516 pacientes presentaron una infección nosocomial durante su ingreso. De ellos, 349 se diagnosticaron de TAV. Lo que supone una incidencia del 67%, siendo la causa más habitual de infección nosocomial en nuestra unidad. El germen más frecuente fue la *Stenotrophomonas maltophilia* (30,9% de los casos), en segundo lugar la *Pseudomonas aeruginosa* (20,6%) y en tercer lugar, el *Staphylococcus aureus* (10,3%). Entre los pacientes que ingresan con patología respiratoria, dividida en los siguientes grupos diagnósticos: SDRA, neumonía, EPOC,

Figura 1 Póster 606

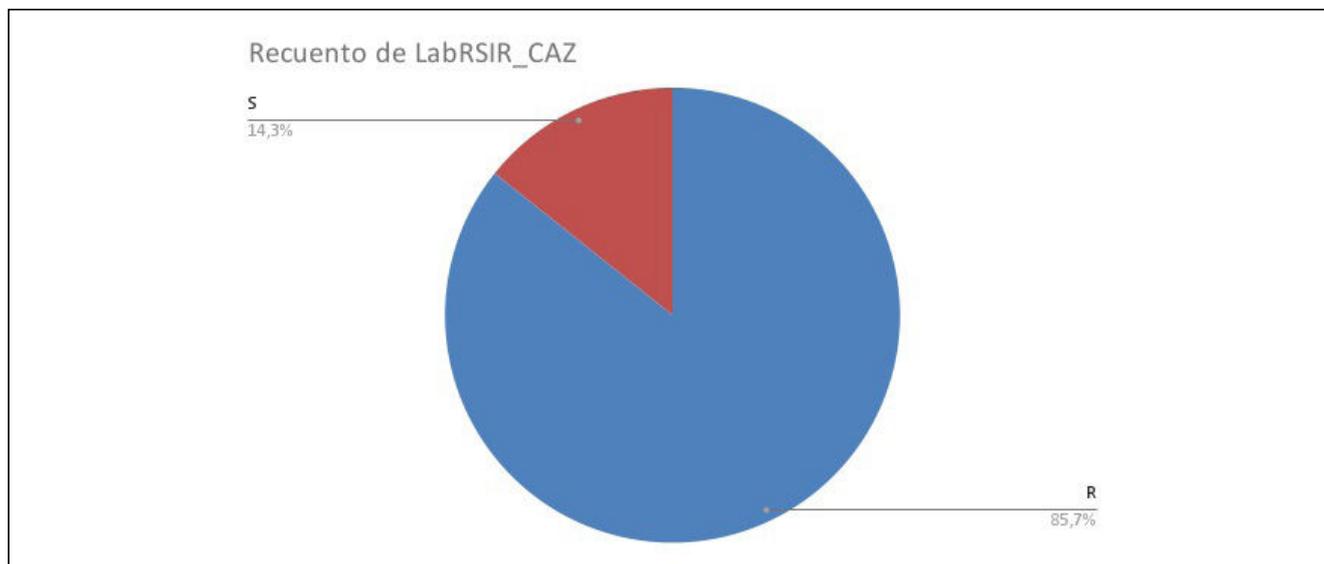


Figura 2 Póster 606

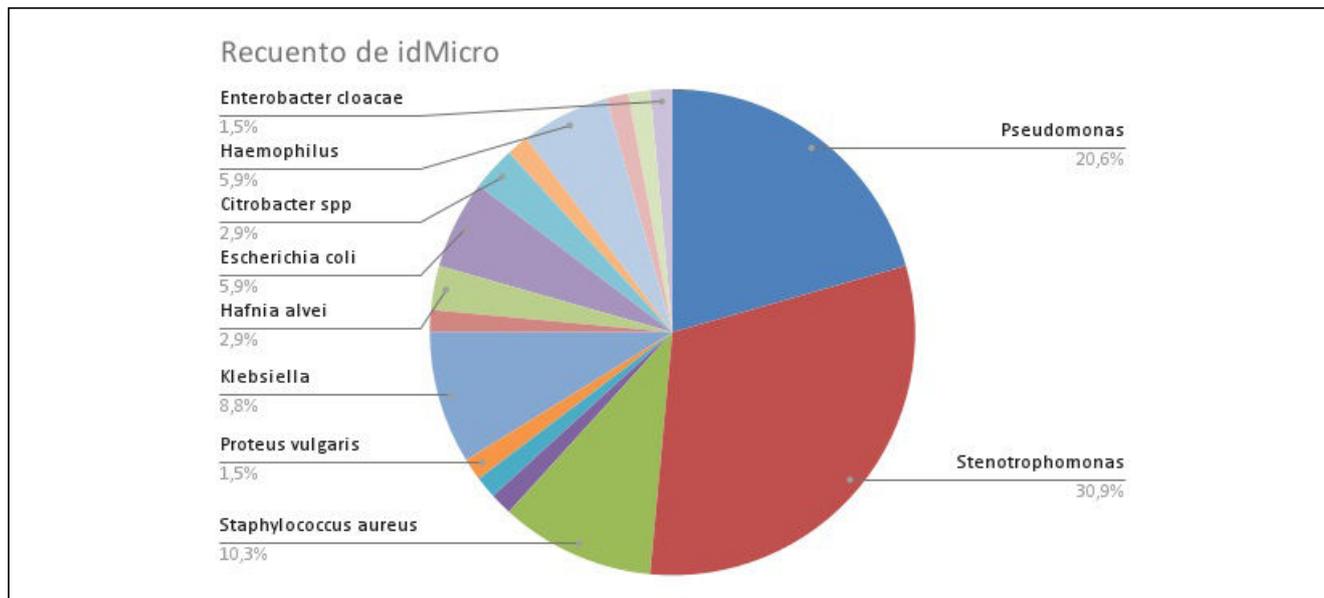
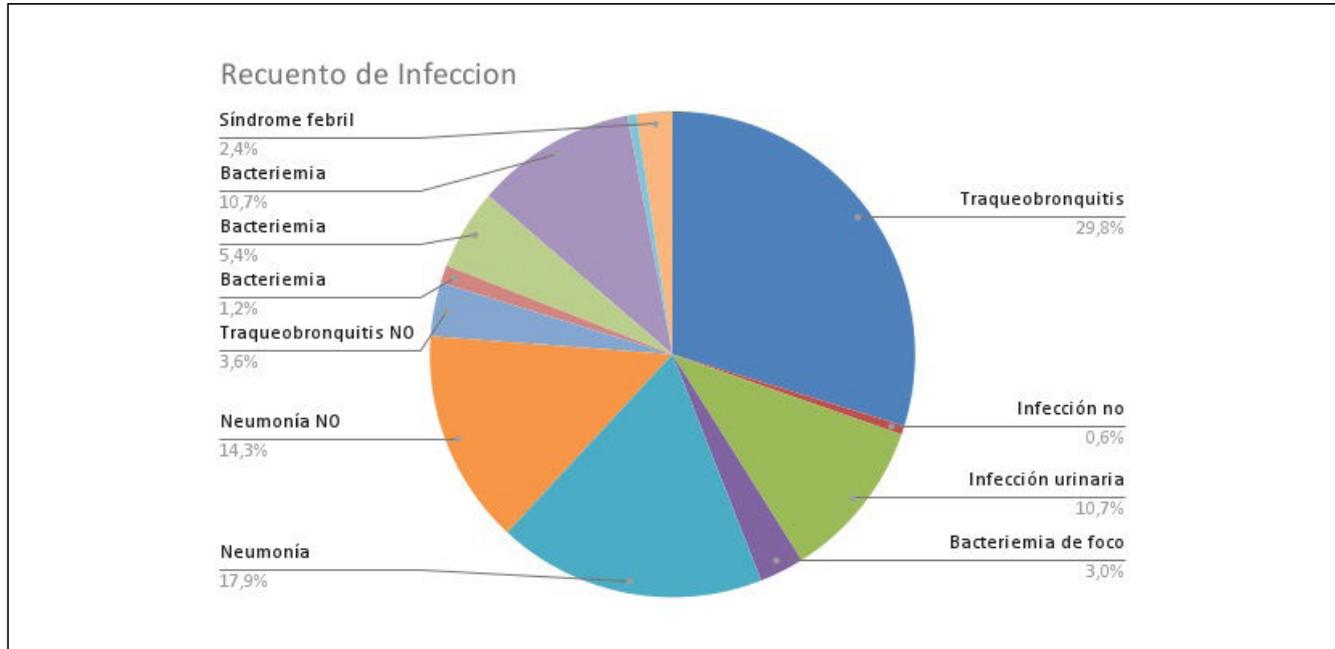


Figura 3 Póster 606



asma; de nuevo la TAV es la infección nosocomial más frecuente (29,8%). Analizando la *Stenotrophomonas maltophilia*, en los casos en los que tenemos el antibiograma (en el 57%), la mayoría eran resistentes a quinolonas en el antibiograma (el 85,7%), sensible a trimetoprim-sulfametoxazol.

Conclusiones: La TAV es la infección nosocomial más frecuente en nuestra UCI, causada principalmente por *Stenotrophomonas maltophilia*, con perfil de resistencia a quinolonas. Cabría la posibilidad de considerar iniciar cobertura antimicrobiana enfocada a la *Stenotrophomonas maltophilia* resistente a quinolonas, en pacientes diagnosticados en nuestra unidad de TAV, a la espera de resultados microbiológicos definitivos, con doble antibioterapia con trimetoprim-sulfametoxazol y levofloxacino, aunque aún no hay bibliografía que respalde esta decisión.

607. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE BACTERIEMIA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

Carrillo Auñón E, Gutiérrez Hernández M, Granado Saenz PB, Ruiz Martínez A, Cáceres Barrientos G, Romero León JA, del Valle Ortiz M, Ossa Echeverri SA, Nariño Molano C y Bolaño Navarro A

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

Objetivos: Describir el cambio en las tasas de bacteriemia en nuestro centro antes y después de la pandemia por COVID.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI del HUBU desde enero de 2019 hasta junio de 2022. Las variables a estudio son: edad media, estancia media, APA-

CHE II, mortalidad, índice de ocupación (IO), tipo de paciente, días de catéter venoso central (CVC), tasas de bacteriemia relacionada con catéter (BRC) por 100 pacientes ingresados y tasas de BRC por 1.000 días de CVC.

Resultados: Se han analizado los datos por semestres, considerando período de pandemia 2020-2021 y 2022 nueva normalidad. Durante la pandemia no se incrementó la edad media. Aumentó el APACHE II en dos puntos con respecto al previo, se duplicaron las estancias medias y se incrementó la mortalidad en un 46%. El IO se elevó en un 53,1% llegando hasta un máximo de 140%. Las tasas de BRC aumentaron de 0,16 hasta 4,95 por 100 pacientes y de 0,37 a 4,79 por 1.000 días de CVC. Predomina el porcentaje de pacientes médicos y disminuye un 50% los cardiológicos y quirúrgicos.

	Cardiológico	Médico	Neurocrítico	Trauma	Quirúrgico
01-06/2019	29,3	31,4	13,2	5,2	20,9
07-12/2019	30,8	30,7	8,9	7,8	19,3
01-06/2020	21,2	48,9	11,3	4,3	14,3
07-12/2020	12,1	71	8,2	3,3	5,4
01-06/2021	18,56	60,59	12,48	4,27	3,28
07-12/2021	24,4	41,3	11	6,7	3,7
01-06/2022	27,8	48,2	12,1	6,3	5,6

Conclusiones: Durante la pandemia se han incrementado de forma notable las BRC en relación a un aumento de las estancias medias, mayor número de días CVC, gravedad de pacientes, predominantemente médicos, y mortalidad. Tras la pandemia las tasas están aproximándose a cifras previas.

Tabla 1 Póster 607

	Edad	Estancia	APACHE II	Mortalidad	IO	Días CVC	Bacteriemias × 100 pct	BRC × 1.000 d CVC
01-06/2019	63,6	5,6	17,6	10,6	93,87	2839	0,16	0,35
07-12/2019	64,2	5,9	17,8	11,6	89,48	2668	0,16	0,37
01-06/2020	63	6,68	18,8	8,7	90,7	4224	1,48	1,66
07-12/2020	62,3	8,46	19,6	16,3	127,66	4321	4,95	4,79
01-06/2021	61,2	10,02	19,6	14,4	140,07	4182	3,11	3,59
07-12/2021	61,2	9,13	19,1	12,47	93,67	1749	0	0
01-06/2022	63	7,89	19,0	16,76	97,31	2781	0,66	1,81

608. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVM) EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

Carrillo Auñón E, Gutiérrez Hernández M, Granado Saenz PB, Ruiz Martínez A, Cáceres Barrientos G, Romero León JA, del Valle Ortiz M, Ossa Echeverri SA, Nariño Molano C y Martínez Barrio ME

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

Objetivos: Describir el cambio en las tasas de NAVM en nuestro centro antes y después de la pandemia por COVID-19.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCI del HUBU de enero de 2019 a junio de 2022. Las variables a estudio son: edad media, estancia media, APACHE II, mortalidad, índice de ocupación (IO), tipo de paciente, días de ventilación mecánica (VM), tasas de NAVM por 1.000 días de VM.

Resultados: Se han analizado los datos por semestres, considerando período de pandemia 2020-2021 y 2022 como nueva normalidad. Durante la pandemia no se incrementó la edad media. Se elevó dos puntos el APACHE II con respecto a cifras previas y, secundariamente, un aumento de la mortalidad en un 46%. Se duplicaron las estancias medias y el IO se incrementó en un 53,1% llegando hasta un total de 140%. Aumentaron los días de VM hasta un 80% con respecto a previos y se produjo un aumento de las tasas de NAVM que pasan de 1,14 hasta cifras máximas de 7,6 por 1.000 días de VM. Predomina la patología médica por síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) secundario a COVID-19.

Conclusiones: Durante la pandemia se produjo un incremento de NAVM en relación al aumento llamativo de días de VM explicado por la patología predominantemente médica, SDRA secundario a COVID-19. En la actualidad, nueva normalidad, la tendencia es decreciente hacia cifras previas a pandemia.

609. AHOGAMIENTO. REGISTRO DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL SON LLÀTZER DE PALMA DE MALLORCA. ANÁLISIS INFECCIOSO Y MICROBIOLÓGICO EN PACIENTES AHOGADOS QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Sala Carazo M, Hernández González VL, Nieto Piñar Y, Romero Carratalà M, Salaverria Marco I, del Castillo Blanco A y Rialp Cervera G

Hospital Son Llàtzer, Illes Balears.

Objetivos: Analizar las características microbiológicas y el tratamiento antibiótico empírico (TAE) de los pacientes ingresados por ahogamiento en la UCI del HUSLL en los últimos 20 años.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo incluyendo los pacientes admitidos en UCI del HUSLL entre el período 2002-2022 con el diagnóstico principal de ahogamiento, semiahogamiento

y asfixia por inmersión según la clasificación CIE-10. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, radiológicas y microbiológicas.

Resultados: Fueron incluidos un total de 65 pacientes con las características descritas en la tabla. Se añadió TAE en 56 pacientes ante la sospecha de neumonía aspirativa: amoxicilina-clavulánico (A/C) en 49 casos (75,4%) y piperacilina-tazobactam en 6 pacientes (9,2%). Ante la evolución clínica favorable, sin signos de infección y resultados microbiológicos negativos, el TAE se suspendió en el 57,7% (32 casos). Se diagnosticaron 24 infecciones respiratoria: 10 traqueo-bronquitis y 14 neumonías broncoaspirativas. Los microorganismos aislados en muestras de broncoaspirado fueron *H. influenzae* (N = 2), *H. parainfluenzae* (N = 1), *S. aureus* (N = 1), *K. pneumoniae* (N = 2), *E. cloacae* (N = 2), *P. aeruginosa* (N = 1), *S. agalactiae* (N = 1), *S. marcescens* (N = 1), *E. coli* (N = 1), *Rothia* spp (N = 1), *S. viridans* (N = 1). En un paciente se aisló *E. coli* en urocultivo y hemocultivos, siendo el broncoaspirado negativo. En un paciente se aisló *Streptococcus* spp en hemocultivo siendo el resto de cultivos negativos. En 4 pacientes (6,2%) el TAE inicial no fue apropiado y tuvo que modificarse el antibiótico tras los resultados microbiológicos: *E. coli* resistente a A/C (N = 1), *E. aerogenes* (N = 2), *P. aeruginosa* (N = 1). Únicamente la evolución infecciosa fue desfavorable (evolución hacia SDRA y *exitus* por insuficiencia respiratoria) en el caso de la neumonía aspirativa por *P. aeruginosa*.

Variable	Total (N=65)
Sexo (N)	Mujeres 30, Varones 35
Agua	
Salada	52 (80%)
Dulce de piscina	12 (18'5%)
Dulce estancada	1 (1'5%)
SAPS 3 (media)	62'1
APACHE II (media)	20'8
Parada cardiorespiratoria (N, %)	34 (52'3%)
Intubación orotraqueal (N, %)	38 (58'5%)

Conclusiones: Los microorganismos asociados a neumonía tras ahogamiento provienen del agua directamente o de la cavidad oral después de sufrir una aspiración. La sensibilidad a A/C es del 83% en las infecciones respiratorias. Llama la atención la ausencia de *Aeromonas* en nuestros resultados, reportada en la bibliografía como microorganismo frecuente sobre todo en ahogamiento en agua salada.

	Edad	Estancia	APACHE II	Mortalidad	IO	Días VM	NAVM × 100	NAVM × 1.000 días VM
01-06/2019	63,6	5,6	17,6	10,6	93,87	2151	0,95	2,79
07-12/2019	64,2	5,9	17,8	11,6	89,48	1752	0,32	1,14
01-06/2020	63	6,68	18,8	8,7	90,7	3259	1,48	2,15
07-12/2020	62,3	8,46	19,6	16,3	127,66	3545	2,97	4,23
01-06/2021	61,2	10,02	19,6	14,4	140,07	3464	2,69	3,75
07-12/2021	61,2	9,13	19,1	12,47	93,67	1053	2,13	7,6
01-06/2022	63	7,89	19,0	16,76	97,31	1891	2,62	6,35

	Cardiológico	Médico	Neurocrítico	Trauma	Quirúrgico
01-06/2019	29,3	31,4	13,2	5,2	20,9
07-12/2019	30,8	30,7	8,9	7,8	19,3
01-06/2020	21,2	48,9	11,3	4,3	14,3
07-12/2020	12,1	71	8,2	3,3	5,4
01-06/2021	18,56	60,59	12,48	4,27	3,28
07-12/2021	24,4	41,3	11	6,7	3,7
01-06/2022	27,8	48,2	12,1	6,3	5,6

610. BACTERIEMIA EN EL PACIENTE CRÍTICO CON INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Martínez A, Martín M, Ramírez P, Haener K, Pemán J, Romero E y Padrós MÁ
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Descripción de las bacteriemias nosocomiales en pacientes COVID-19 (grupo COVID) y en paciente críticos sin COVID (grupo control).

Métodos: Estudio prospectivo realizado en el Hospital La Fe durante tres años consecutivos (2019-2021) con inclusión consecutiva de las bacteriemias nosocomiales adquiridas en UCI. Estadística descriptiva de las principales variables. Las variables continuas se expresan en media ± DE; mientras que las categóricas se expresan en número absoluto (%). Se realizó la prueba t de Student o U de Mann-Whitney para variables continuas y el test ji cuadrado para las categóricas. Se compararon con las bacteriemias nosocomiales sin infección por SARS durante el mismo periodo de observación.

Resultados: Se han incluido 109 bacteriemias nosocomiales, de un total de 4.513 ingresados (2,4%). Cuarenta y seis de las bacteriemias (42,2%) pertenecen al grupo COVID y 63 (57,8%) al grupo control. No se han detectado diferencias en el sexo, la edad y los factores de riesgo cardiovascular. Sin embargo, el grupo control tuvo más antecedentes de disfunciones orgánicas, neoplasias activas e inmunosupresión. El uso de ventilación mecánica y de asistencia respiratoria mediante ECMO fue significativamente mayor en el grupo COVID (100 vs. 63,92% p = 0,003 y 45,65 vs. 3% p < 0,001, respectivamente). La respuesta inflamatoria medida por cifra de leucocitos, procalcitonina y PCR fue significativamente más alta en el grupo COVID. La distribución entre bacteriemias 1ª, 2ª o relacionadas con catéter fue similar entre los dos grupos. El foco predominante fue el respiratorio en ambos grupos. No hubo diferencias en la distribución de patógenos (predominaron las enterobacterias) y la proporción de MDR fue similar en ambos grupos (39,1 vs. 38%). El porcentaje de pacientes que presentaron evolución a shock séptico fue similar. Tanto la mortalidad intra-UCI como la estancia en UCI fueron superiores en el grupo COVID (54,3 vs. 28,6%; p = 0,007 y 44 ± 24,15 días vs. 29,68 ± 29,80 días; p = 0,008 respectivamente). Sin embargo, no hubo diferencia en la mortalidad atribuida a la bacteriemia (26,1 vs. 18,8%; p = 0,504).

Conclusiones: La bacteriemia nosocomial en el paciente crítico sin COVID-19 parece requerir de la existencia de un substrato patológico previo más grave en comparación del paciente con COVID-19. En nuestra serie, a pesar de que existe una mayor respuesta inflamatoria, una mayor estancia en UCI y una mayor mortalidad a los 30 días, la bacteriemia en el paciente COVID no tiene una mayor mortalidad atribuible a la misma en comparación con el paciente no COVID.

611. MALARIA GRAVE: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

Mayor Vázquez E, Marco Prats D, Tellez Santoyo A, López Delgado JC, Almorín L y Castro Rebollo P

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: Definir las características de una malaria grave. Tipificar los problemas asociados más frecuentes en los casos de malaria grave recogidos en nuestro centro en los últimos 2 años. Evaluar la supervivencia a los 30 días y a los 3 meses de dichos pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra: Pacientes con criterios de malaria grave que precisan de ingreso en UCI durante los 2 últimos años (2020-2022). Lugar de desarrollo: Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona, centro de referencia para dicha patología en Cataluña. Análisis estadístico: análisis estadístico univariable para caracterización de los pacientes (datos demográficos, comorbilidades, país de importación del caso de malaria, tiempo hasta el diagnóstico). Aspectos éticos: tratamiento de la información aprobado por el Comité de Investigación Clínica del centro. No medidas directas sobre los sujetos del estudio.

Resultados: Durante el periodo 2020-2022 fueron ingresadas en nuestra Unidad 24 personas bajo el diagnóstico de malaria grave. El principal motivo de ingreso fue una tasa de parasitemia en sangre elevada (> 1%). La muestra se caracterizó por pacientes jóvenes con viajes recientes a una zona endémica, especialmente del continente africano. El patógeno más prevalente fue el *Plasmodium falciparum* (> 90% casos). La evolución tras la instauración del tratamiento guiado fue positiva en la mayoría de los casos, no habiendo *exitus* en la muestra analizada aunque sí que aparecieron comorbilidades asociadas al ingreso (especialmente isquémicas y hemorrágicas).

Conclusiones: El manejo de una patología infrecuente en nuestro medio como la malaria en centros de referencia parece asociarse con una mayor tasa de supervivencia respecto a otras series de casos revisadas. La identificación y tratamiento precoz de dicha patología constituyen la base para una evolución de los pacientes afectos.

612. IMPACTO DE LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN LA MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID INGRESADOS EN UCI

Álvarez Lerma F¹, Gracia Arnillas MP¹, Gimeno Costa R², Mas Bilbao N³, Lobo Palanco J⁴, Catalán González M⁵ y Nuvials Casals X⁶

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

Objetivos: Evaluar las diferencias en la mortalidad y tasas de IRDI entre UCI que utilizan la descontaminación digestiva selectiva (DDS) con respecto a aquellas que no la aplican (noDDS).

Métodos: Análisis retrospectivo, multicéntrico y comparativo de datos de pacientes COVID, incluidos prospectivamente en el registro ENVIN, años 2020-2022. Se considera UCI-DDS cuando en el registro de antibióticos > 5% de los pacientes utilizaron alguna de las formas de DDS. Se comparan las características de las UCI, de los pacientes, evolución y complicaciones. Las variables cuantitativas se analizan con t-Student y cualitativas con χ^2 . Se considera significativa p < 0,05.

Resultados: De las 150 UCI que aportan pacientes COVID al registro, 23 (15,3%) se han clasificado como UCI-SDD y 127 como UCI-noSDD. Han predominado las UCI polivalentes (82,6 y 84,3%), predominando la DDS en las UCI de hospitales > 500 camas (60,9 vs. 45,7%). En la tabla se incluyen las características de los pacientes.

	UCI-DDS	UCI-no DDS	p
Pacientes, n°	1.405	5.724	
Edad, años, media, (DE), mediana	59,08 (12,9), 61	61,45 (12,8), 63	< 0,05
Sexo, hombre, n°, (%)	921 (65,6)	3.951 (69,0)	< 0,05
APACHE II, media (DE)	13,52 (6,4), 13	13,78 (7,0), 13	
Estancia UCI, días, media (DE), mediana	21,49 (19,0), 13	19,49 (17,3), 12	< 0,05
Mortalidad intra-UCI, n° (%)	220 (15,66)	1.407 (24,58)	< 0,05
Comorb. n° (%)			
Diabetes	337 (24,0)	1.456 (25,4)	
Insuf. Renal	103 (7,3)	462 (8,1)	
Inmunodepresión	147 (10,5)	550 (9,6)	
Neoplasia	109 (7,8)	493 (8,6)	
Cirrosis	24 (1,7)	68 (1,2)	
EPOC	86 (6,1)	605 (10,6)	< 0,05
Desnutrición	28 (2,0)	169 (3,0)	0,049
TOS	40 (2,9)	99 (1,7)	< 0,05
BMR previas ingreso UCI	100 (7,11)	223 (3,89)	< 0,05
Fact.riesgo extrín. n° (%)			
Antibiot. previo a UCI	608 (43,3)	2.410 (42,10)	
Trat. antib. en UCI	1.133 (80,6)	4.406 (77,0)	
Cir. previa	44 (3,1)	175 (3,1)	
Cir. urg. (en UCI)	34 (2,4)	116 (2,0)	
CVC	1.178 (83,8)	4.673 (81,6)	
Vent. mec.	986 (70,2)	3.629 (63,4)	< 0,05
S. urinaria	1.231 (87,6)	4.922 (86,0)	
DVE	5 (0,4)	10 (0,2)	
TCRR	93 (6,6)	367 (6,4)	
NPT	83 (5,9)	410 (7,2)	
ECMO	49 (3,4)	92 (1,6)	< 0,05
Neutropenia	9 (0,6)	63 (1,1)	
BMR durante estancia UCI	192 (26,7)	884 (14,74)	
Pac. con 1 o > IN, episodios × 100 pacientes	375 (26,7)	1.721 (30,1)	< 0,05
DI, episodios × 1.000 días dispositivo			
NAV	13,64	16,9	< 0,05
IU-SU	5,82	6,70	
BP	6,42	8,16	< 0,05
BS	2,32	3,65	< 0,05

Conclusiones: Los pacientes COVID en las UCI con DDS han tenido menor mortalidad y menores tasas de IRDI.

613. DIAGNÓSTICO DE LA ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES VENTILADO. REGISTRO ENVIN-HELICS

Nuvials Casals X¹, Álvarez Lerma F², Gracia Arnillas MP², Gimeno Costa R³, Mas Bilbao N⁴, Lobo Palanco J⁵ y Catalán González M⁶

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

Objetivos: Analizar los métodos diagnósticos en los pacientes ingresados en UCI ventilados mecánicamente con aspergilosis pulmonar.

Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo, multicéntrico, se incluyeron todos los pacientes del registro ENVIN año 2022 ventilados con diagnóstico de NAV por *Aspergillus* spp. Se analizan métodos de diagnóstico utilizados y la etiología microbiológica de la infección. Se expresan los datos en valores absolutos y porcentajes.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registraron 874 episodios de NAV en 765 pacientes de las cuales 43 (4,91%) por *Aspergillus* spp. Se aisló *Aspergillus* spp en 44 muestras: 24 (54,55%) *A. fumigatus*, 5 (11,36%) *A. terreus*, 2 (4,55%) a *A. niger*, 2 (4,55%) a *A. flavus* y en 11 casos (25,0%) se registraron como *Aspergillus* spp. La tabla muestra las técnicas microbiológicas utilizadas en el diagnóstico.

Aspergilosis pulmonar (n = 43)	
Cultivo BAS: n (%)	26 (60,47)
Cultivo BAL: n (%)	14 (32,56)
Galactomanano BAL $\geq 1,0$: n (%)	20 (46,51)
Galactomanano en suero $> 0,5$: n (%)	2 (4,65)
Lateral flow assay BAL $> 1,0$: n (%)	1 (2,33)
PCR BAL: n (%)	0 (0)
Aspergilosis probada (examen histológico)	2 (4,65)

Conclusiones: Las muestras microbiológicas obtenidas mediante fibrobroncoscopia para el diagnóstico se utilizan en menos de la mitad de los pacientes con el diagnóstico de aspergilosis pulmonar en pacientes ventilados.

614. BACTERIAS MULTIRRESISTENTES: ¿CÓMO HA CAMBIADO LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 SU PRESENCIA EN NUESTRA UCI?

González Fernández M, Martín Badía I, Lesmes González de Aledo A, Chacón Alves S, Molina Collado Z, Sáez de la Fuente I, Arribas López P, Temprano Vázquez S, Catalán González M y Sánchez-Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar la incidencia de colonización e infección por bacterias multirresistentes (BMR) entre 2019 y 2022 en una UCI Polivalente de un hospital de alta complejidad.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de cohortes a partir del registro ENVIN-HELICS en la UCI polivalente del Hospital Universitario 12 de Octubre de 2019 a 2022. Se incluyen todos los pacientes ingresados. El Proyecto Resistencia Zero está implementado desde 2014. Se analizan variables demográficas, colonización e infección por BMR al ingreso y durante la estancia en UCI. El análisis estadístico se realiza con el sistema SPSS.

Resultados: Durante 4 años de estudio ingresaron 2,442 pacientes, con mediana anual de 549 pacientes (RIC 511-770), predominio masculino (65%), edad media de 56 años (DE 15,45) e ingreso por enfermedad médica (85%). Las escalas de gravedad APACHE II y SAPS II mostraron valores medios similares durante los 4 años (16,12 DE 8,6 y 39,87 DE 17,87 respectivamente). En la fase pandémica (2020-21) ingresaron menos pacientes inmunosuprimidos (13%), trasplantados de órgano sólido (4%) y neutropénicos (2,5%) que en 2019 (21%, 8% y 4,4% respectivamente) y en 2022 (22%, 6,5% y 4,3%). La estancia media en UCI fue asimismo más prolongada en fase pandémica (9,2 DE 9,4) que en 2019 (5,9 DE 6,54) y 2022 (6,85 DE 7,4). La mayor mortalidad fue de 24% en 2020 reduciéndose a 18% en 2022. La tasa de pacientes con BMR al ingreso por cada 100 ingresados (colonización o infección) disminuyó de 9,73 a 4,93 de 2020 a 2021 repuntando de nuevo en 2022 (9,72). Por contra, la tasa de pacientes con BMR adquirida durante el ingreso en UCI ascendió de

1,55 por cada 100 ingresados a 4,23 entre 2019 y 2020 disminuyendo a 1,87 en 2022. La infección por BMR durante el ingreso en UCI ha continuado en descenso pasando de una tasa de 2,54 por cada 100 ingresados en 2020 a 0,75 en 2022.

Conclusiones: Pese al incremento de pacientes con BMR (colonización o infección) tanto al ingreso en UCI como durante este en la fase pandémica, se ha producido una importante reducción de las tasas de adquisición en UCI en 2022. Entre otros factores, la aplicación optimizada de los Proyectos Zero supone un papel fundamental para disminuir la incidencia de BMR durante el ingreso en UCI.

615. ANÁLISIS DE UN BROTE DE CANDIDA PARAPSILOSIS RESISTENTE A FLUCONAZOL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

del Valle Ortiz M¹, Mantecón Vallejo MA¹, Mesquida A², Fisac Cuadrado L¹, Ossa Echeverri S¹, Megías Lobón G¹, Ortega Lafont MP¹, Muñoz P², Escribano P² y Guinea J²

¹Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos. ²Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid.

Objetivos: Estudiar las características clínicas y microbiológicas de un brote de *C. parapsilosis* resistente a fluconazol (CPRF) en una UCI de polivalente.

Métodos: Se recogen datos demográficos, clínicos, APACHEII, estancias y mortalidad de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de 24 camas con aislamientos de CPRF desde el 04/2021 al 06/2022. Las cepas fueron genotipadas y se secuenció el gen *erg11*. Se estudió la susceptibilidad a los antifúngicos (AF) siguiendo los criterios EUCAST para interpretar los puntos de corte. Se presentan las variables cualitativas en porcentajes y las cuantitativas con media y desviación estándar.

Resultados: Se analizan los aislamientos de 19 pacientes. La edad fue de 62,8 \pm 17,7 años. El 84,2% varones. El APACHE II medio fue 26 \pm 8, con una estancia de 68,1 \pm 31,4 días. Los días de dispositivo invasivo hasta la aparición de CPRF fueron de 21,8 \pm 13,2. El 63,15% de los aislamientos correspondieron a colonizaciones: 63,1% (8,3% de catéter venoso central (CVC), 36,4% respiratoria, 8,3% urinaria y el 50% multiclonización), a infecciones: 36,8% (candidemias: 28,6% primarias, 14,3% relacionada con CVC, 14,3% secundaria a foco urinario y el 42,8% secundaria a foco abdominal). Todas las cepas mostraron resistencia también al voriconazol excepto 3 que presentaron sensibilidad intermedia. Las cepas se agruparon en 2 genotipos relacionados clonalmente. El mecanismo de resistencia detectado fue la mutación Y132F en el gen *erg11*. Características de los pacientes: oncológicos el 15,8%, con tratamiento inmunosupresor el 36,8%, antibiótico de amplio espectro previo el 94,7%, todos portaban CVC y 94,7% sonda urinaria, se les administró corticoides previos al 59,9%, estaban malnutridos el 84,2%, el 21% se habían sometido a cirugía abdominal, el 21% eran diabéticos, el 57,9% tenían insuficiencia renal, el 52,6% recibieron técnicas de reemplazo renal, un 5,2% eran cirróticos, 21% eran trasplantados e ingresaron por COVID el 50%. Recibieron AF previos el 73,68% (71,42% fluconazol, 14,28% voriconazol y 14,28% caspofungina). El episodio se resolvió favorablemente con tratamiento en todos los casos menos en 1 que falleció con el episodio activo. La mortalidad a los 30 días fue de 10,52% sin ser atribuible ningún caso a la CPRF.

Conclusiones: Los pacientes afectados por CPRF son de elevada gravedad, con larga estancia en UCI, dispositivos invasivos de larga data y algún tipo de inmunodepresión o patología crónica. Además se evidencia un alto porcentaje de consumo previo de azoles. A pesar de ello la resolución del cuadro fue favorable y no se asocia a un incremento de la mortalidad.

616. ASPERGILLOSIS PULMONAR ASOCIADA A CORONAVIRUS ANÁLISIS DE DOS AÑOS DE PANDEMIA

Sanmartín González C, Cortés Díaz S, Serra Sánchez C, Beltrán Bernáldez R, Berenguer Rodríguez M, Jerez Sánchez R, Marcos Gutiérrez A, Tejero Pedregosa A, Beltrán Martínez L y Tarancón Maján C

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

Objetivos: Análisis de factores de riesgo, mortalidad y tratamiento recibido en pacientes con aspergilosis pulmonar y coinfección por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de CAPA. Ingresados en UCI del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre 2022. Según datos registrados en las bases de los Servicios: Medicina Intensiva (UCI), Análisis Clínicos y Microbiología del CAZA. Se analizaron: datos demográficos, escalas de gravedad, factores de riesgo, días hasta diagnóstico, tratamiento inmunosupresor asociado, tratamiento antifúngico y ajustes realizados en función de su perfil farmacodinámico (pD).

Resultados: Se recogen 22 pacientes. 60% hombres y 40% mujeres. Edad media 58,6 años (IC95%:58,46-70,38). Días de ingreso en UCI 27,68 (IC95%: 11,63-49,53). APACHE 23,7 (mediana 25, IQR 15-32), SAPS II 49,2 (mediana 44, IQR 39-53). Factores de riesgo: EPOC 17%, diabetes mellitus 25%, ERC (enfermedad renal crónica) 25%, tratamiento corticoideo previo 60%, inmunodepresión de otra causa 18,2%. El diagnóstico de infección se realizó mediante muestra obtenida en lavado broncoalveolar (BAL) en el 95% y BAS (broncoaspirado) en el 5% restante. En la primera ola de pandemia los días de ingreso en UCI hasta el diagnóstico fueron de media 19,67 y 7,9 días en el resto (p > 0,05). El 86% recibió de inicio tratamiento con voriconazol, en todos estos casos se hizo seguimiento de niveles sanguíneos y ajuste de dosis en base al criterio pD, encontrando solo un 43,2% de casos en rango terapéutico. En el 60% de los pacientes se cambió el tratamiento (toxicidad/ausencia de niveles óptimos), el 30% recibieron isavuconazol (33% de inicio y 67% como alternativa terapéutica por mala evolución o imposibilidad de conseguir parámetro pD óptimo) y 18% de los pacientes recibieron doble terapia antifúngica. La mortalidad global fue del 54,5% y los grupos con mayor mortalidad: IRC (75%) y corticoterapia previa (70%).

Conclusiones: En los últimos 3 años hemos visto un aumento de casos de aspergillosis pulmonar, coincidiendo con el periodo de pandemia por SARS-CoV-2. Los principales factores de riesgo han sido el tratamiento previo con corticoides y la ERC. Tras el mayor número de casos, ha aumentado también la sospecha diagnóstica de CAPA, realizándose de manera más precoz a través de muestras obtenidas en BAL y disminuyendo así los días hasta su diagnóstico. Todos recibieron monoterapia con voriconazol de inicio pero fue necesario ajuste de dosis para rango terapéutico en más de la mitad. Sigue persistiendo elevada mortalidad a pesar del diagnóstico e inicio de tratamiento precoz.

617. TRATAMIENTO CON CEFIDEROCOL DE INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CRÍTICOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Balandin Moreno B¹, Pérez Pedrero MJ², Martínez Sagasti F³, Sancho González M⁴, Martín Dalgesso C⁵, Soriano Cuesta C⁶, Chicot Llano M⁷, Asensio Martín MJ⁸, Ruiz de Luna González R⁹ y Catalán González M¹⁰

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ²Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo. ³Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón (C. H. Gregorio Marañón), Madrid. ⁵Hospital Universitario del Sureste-Empresa Pública Hospital del Sureste, Madrid. ⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁷Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ⁸Hospital Universitario La Paz (C. H. La Paz), Madrid. ⁹Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Estudiar la eficacia y seguridad de cefiderocol (CFL) en el paciente crítico con infecciones graves por bacilos Gram negativos (BGN).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo y multicéntrico (2019-2022) de pacientes ingresados en 14 UCI españolas con infecciones por BGN tratados con CFL (≥ 48 h). Se evalúan datos demográficos, tipo y gravedad de la infección, terapias de soporte vital y eficacia. Se analizan los factores pronósticos de mortalidad a 30 días de tratamiento con CFL mediante análisis estadístico (regresión logística y χ^2).

Resultados: Se incluyeron 63 pacientes, 54 varones; edad 52,9 \pm 15 años, inmunodeprimidos 46,4%. Índice de Charlson 3 (1-4) y APACHE II 17 (13-23). Los motivos de ingreso en UCI fueron sepsis en 39,6%, COVID-19 (19%) y patología cardiovascular (11,1%). CFL se prescribió como terapia dirigida (55,5%) y de rescate (36,5%). El 85,7% recibían antibioterapia previa al uso de CFL. La gravedad de las infecciones se clasificó como sepsis (60,3%) y shock séptico (30,2%). Las principales infecciones tratadas con CFL fueron: neumonía (60,3%), bacteriemia (9,5%) y abdominal (8%). Durante el trata-

miento con CFL precisaron ventilación mecánica 90,5%, drogas vasoactivas 60,3% y terapia renal 24%. CFL se administró combinado en 33 pacientes (colistina 18, tigeciclina 5, aminoglicósidos 3). La duración del tratamiento fue 11 días (7-14). Las bacterias aisladas fueron *P. aeruginosa* en 36 casos (XDR en 78%), enterobacteriales 13 (productores de carbapenemasa tipo VIM en 69,2%), *A. baumannii* carbapenem-resistente (6), *S. maltophilia* (5) y otros (3). Respuesta clínica favorable en 79,3% casos, respuesta microbiológica (erradicación) en 39,6%. Toxicodermia como efecto adverso en 1 paciente. La estancia en UCI fue 57 días (RIQ 25-92). SOFA al 1º, 3º y 7º día de CFL fue 6,6 \pm 3,8, 5,7 \pm 4,1 y 5,1 \pm 3,9 (p < 0,001). SOFA 7º día disminuyó 1,39 puntos (-1,97;-0,81, p < 0,001) puntos con respecto a SOFA 1º. La mortalidad fue de 28,5% (relacionada con infección 55%), y se asocia a mayores índices de comorbilidad: Charlson [4 (3-5) Vs 2 (1-4)] y APACHE II [20,5 (16-27) vs. 16 (11-21)], y con mayor SOFA 1º día [8 (5-10) vs. 16 (11-21)] (p < 0,05). No hubo diferencias en monoterapia y terapia combinada (23,3 vs. 33,3%; p = 0,77).

Conclusiones: CFL es un fármaco eficaz en infecciones graves del paciente crítico por BGN multirresistentes donde las opciones terapéuticas son limitadas. El principal factor asociado a la mortalidad es la comorbilidad al ingreso en UCI y la mayor gravedad al inicio de la infección. No se observaron diferencias entre los pacientes tratados con monoterapia y terapia combinada.

Pósteres orales

RESPIRATORIO/VENTILACIÓN MECÁNICA 11:05-12:35 h. SALA MULTIUSOS 1

618. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y ORDEN DE NO INTUBACIÓN TRATADOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

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

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

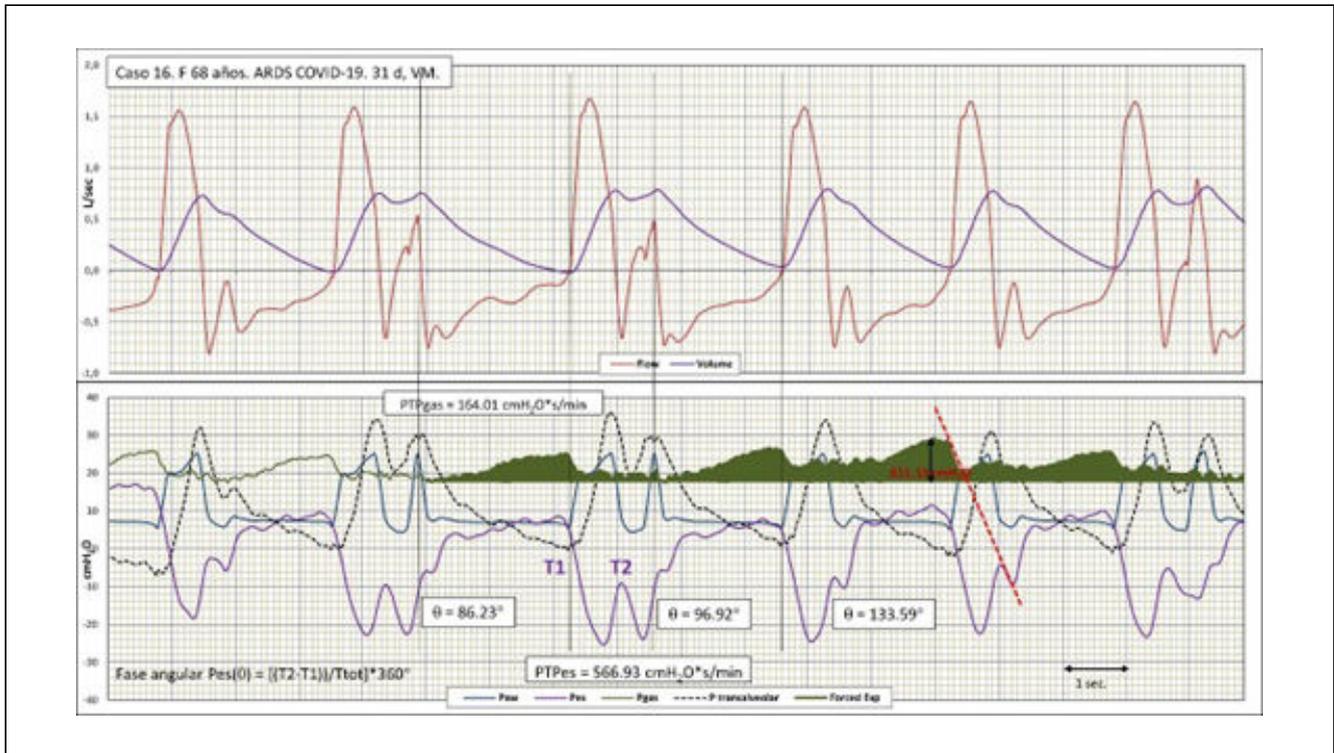
Objetivos: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda y orden de no intubación (ONI) tratados con ventilación no invasiva (VNI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, de todos los pacientes ingresados de forma consecutiva, desde 1997 hasta 2021. Los pacientes se dividen en dos grupos: presencia o ausencia de ONI. Se analizaron variables clínicas, analíticas y evolutivas. Los datos se expresan como medias \pm desviación típica, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante j^2 de Pearson, t de Student, Mann Whitney. Se realiza análisis de propensión apareado mediante el modo *nearest-neighbor*.

Resultados: Se analizan 5.707 pacientes, 1.259 (22,1%) con ONI, con un descenso en la incidencia entre los años analizados, del 28,9% inicialmente hasta el 13,1% en los últimos años. La causa más frecuente en pacientes con ONI fue la enfermedad respiratoria crónica (39%) y cirrosis (18%). Tanto la edad (ONI: 75,7 \pm 12,4 y No ONI: 66,6 \pm 14,9), como el género (54,4% y 61,2% de varones) difieren en ambos grupos (p < 0,001). Los antecedentes más frecuentes en ONI fueron la inmunosupresión, el cáncer y la disfunción renal crónica, (26,9% frente al 11,0%, 18,7% frente al 9,3% y 19,4% frente al 12,5%, respectivamente) [p < 0,001]. El SAPS II fue mayor en el grupo de ONI: 48,9 \pm 14,5 y 41,4 \pm 14,2 (p < 0,001), así como el SOFA máximo, 8,4 \pm 4,4 y 5,1 \pm 2,6 (p < 0,001). La tasa de fracaso de la VNI en ONI fue del 34,8%, frente al grupo No ONI: 9,8%; (p < 0,001). La mortalidad en UCI fue del 42,2% en ONI y 11,8% en No ONI (p < 0,001), y en hospital de 58,4% y 16,3% (p < 0,001). Se comparó un grupo de 223 pacientes con y sin ONI mediante propensión apareada. La OR ajustada de mortalidad en UCI para ONI fue de 3,06 (IC95%: 1,85-4,98) y en hospital 2,93 (IC95%: 1,93-4,43).

Conclusiones: La ONI es frecuente en pacientes con IRA tratados con VNI. La incidencia ha disminuido con los años. Múltiples variables se

Figura Póster 619



relacionan con la presencia de ONI. Los pacientes presentan un peor pronóstico con mayor tasa de fracaso de la VNI y de mortalidad.

619. "PSEUDO-REVERSE TRIGGERING", NUEVA ASINCRONÍA ASOCIADA A LIBERACIÓN DE ESPIRACIÓN ACTIVA DURANTE VENTILACIÓN CON PRESIÓN DE SOPORTE

Luna-Castro J¹, Martínez Carmona JF¹, Joya Montosa C¹, Delgado Amaya M¹, Rodríguez Delgado M², Benítez Lozano JA¹ y Serrano Simón JM³

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Comarcal de la Merced, Sevilla. ³Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: *Reverse triggering* (RT) es una asincronía en la que el centro respiratorio del paciente es activado en respuesta a inflación pulmonar mecánica pasiva, atribuida a fenómenos reflejos. La activación de los músculos espiratorios (AME) es un recurso respiratorio en pacientes con insuficiente fuerza muscular inspiratoria o soporte ventilatorio. Nosotros hemos observado un fenómeno similar a RT durante esfuerzo iniciado por el paciente, asociado a relajación de AME, para el que hemos adoptado el término "Pseudo-Reverse triggering", que puede estar acompañado por doble ciclado. Esta interacción paciente-ventilador puede tener implicaciones fisiopatológicas importantes relacionadas con el incremento de la presión transalveolar/transvascular, responsables de potencial daño autoinfligido (P-SILI). Nuestro objetivo es describir las características de esta asincronía.

Métodos: Estudio prospectivo observacional, en UCI de 3^{er} nivel, enero a mayo 2020, en pacientes que inician ventilación en presión de soporte (PSV). Mediante inspección visual de las señales monitorizadas de flujo, presión de vía aérea (Paw), esofágica, gástrica (Pes, Pgas) o intravesical (iVP), se identificaba AME. Adquisición de señales 60 min, 1.045 Hz. Los datos clínicos y demográficos fueron recogidos. Mediciones fisiológicas: Fase angular (θ) de retardo del esfuerzo secuencial en Pes. Esfuerzo como producto presión-tiempo/min (PTP) inspiratorio y espiratorio (PTPgas). Presión transpulmonar (PL). Aparente RT fue definido como patrón repetitivo de esfuerzo de paciente tras ciclo mecánico iniciado espontáneamente. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: 27 pacientes con AME. RT fue identificado en Pes como imagen de "W" o "escalera". 8 casos (29%) mostraban aparente RT

(Pseudo-RT): 5 (62,5%) varones, edad 61 (57,75-61) años. Diagnóstico: trasplante pulmonar 4 (50%), SDRA-neumonía 2 (25%), cirugía abdominal 1 (12,5%), meningitis 1 (12,5%). Ventilación 7 (5-8) días. PSV 10 (\pm 5), Peep 7 (\pm 2) cmH₂O. $q = 86,5$ (77,75-100,89)°. Doble ciclado 66,66%. PTPgas 187,5 (134,75-217,75) cmH₂O*s/min. PL 25 (22-34) cmH₂O. Sedación RASS: -2 -3.

Caso representativo de paciente durante PSV, con "Pseudo-reverse triggering" asociado a liberación de espiración activa.

Conclusiones: Pseudo-RT es una asincronía que puede generarse por liberación de la energía potencial generada por AME, incrementándose de forma cíclica el retroceso elástico de caja torácica y pulmonar. P-SILI puede ser favorecido por esta interacción paciente-ventilador.

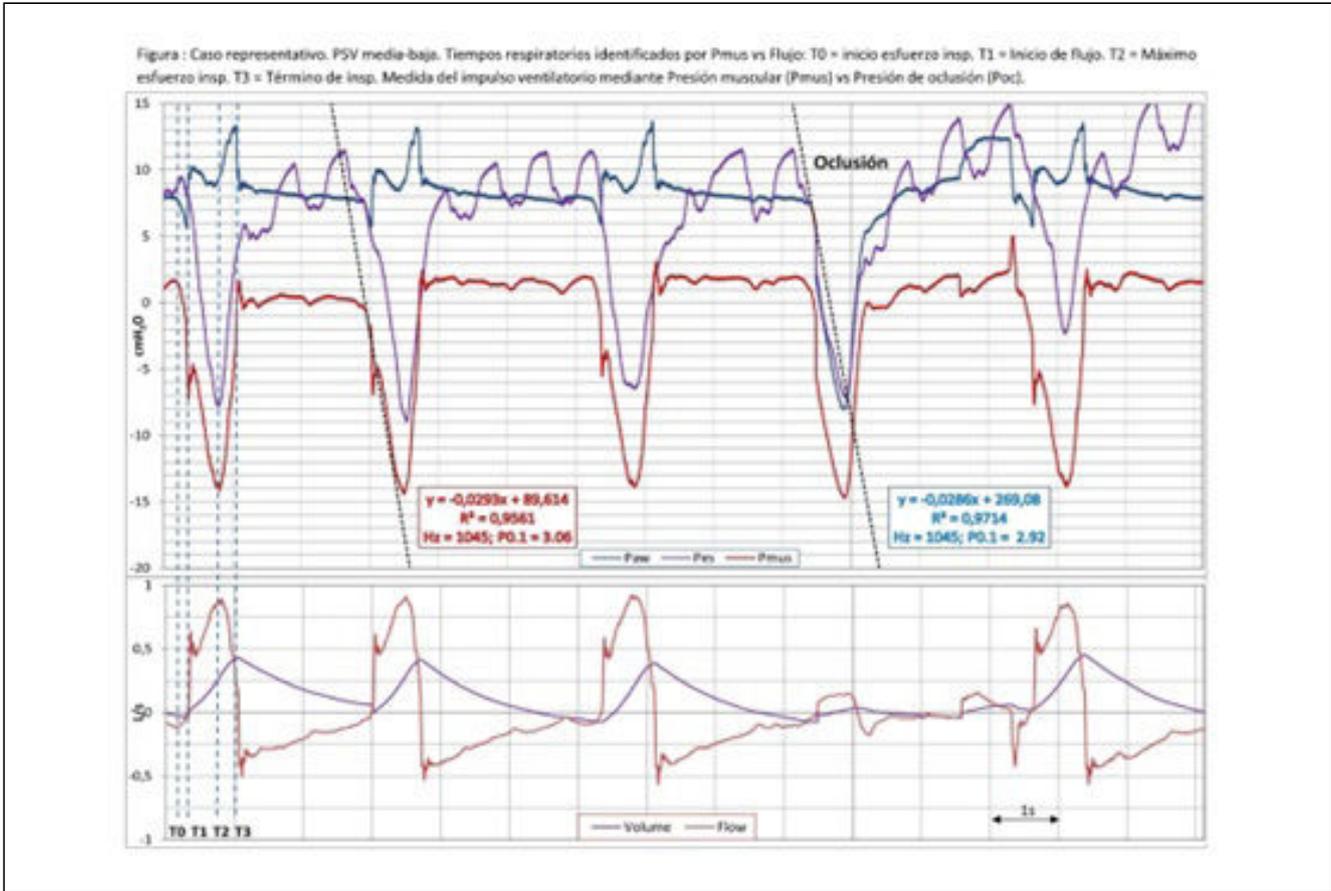
620. MONITORIZACIÓN CONTINUA DEL IMPULSO VENTILATORIO MEDIANTE LA SEÑAL DE PRESIÓN MUSCULAR

Mora Moreno M¹, Joya Montosa C¹, Luna Castro J¹, Delgado Amaya MJ², Martínez Carmona JF¹, Benítez Lozano JA¹ y Serrano Simón JM³

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga. ³Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba.

Objetivos: La monitorización del esfuerzo inspiratorio es un componente esencial para decisiones terapéuticas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda. El esfuerzo excesivo es potencial responsable de daño pulmonar autoinfligido por presiones transpulmonares elevadas. El impulso ventilatorio es un indicador del esfuerzo inspiratorio, habitualmente medido mediante presión de oclusión en vía aérea (Poc) o en presión esofágica (Pes), en los 100 ms tras la oclusión inspiratoria. La señal de presión muscular (Pmus) obtenida mediante Ecuación de movimiento (EM), permite identificar los tiempos neurales respiratorios durante ventilación mecánica (vm), facilitado por las espículas de su trazado que reflejan la aceleración del flujo (fig.). El primer segmento T0-T1 refleja contracción isométrica muscular inspiratoria y por tanto podría ser útil para medir P0,1 sin maniobras de oclusión. Nuestro objetivo es evaluar esta hipótesis, para lo cual comparamos las medidas de P0,1 realizadas en el trazado de Pmus vs. Poc.

Figura Póster 620



Métodos: Estudio fisiológico. En un período de 6 meses (enero a junio 2020) hemos revisados los registros disponibles conteniendo flujo, Presión en vía aérea (Paw), Pes de una serie de pacientes consecutivos ventilados y en fase de retirada de vm, incluidos para estudio original Pmus-12 aprobado por CEI H.U.R. Córdoba. Todos los pacientes fueron ventilados en 3 niveles de presión de soporte (PSV). La señal de Pmus se obtuvo mediante EM tras cálculo de *elastance* del sistema respiratorio (Ers) mediante pausas, y resistencias totales (Rrs) por cte tiempo. En segmento T0-T1 de Pmus trazamos la recta de regresión, considerada válida para cálculo de PO,1 si $R^2 > 0,95$. La sensibilidad de *trigger* inspiratorio fue la máxima permitida por respirador. PO,1 fue medida en 10 ciclos consecutivos regulares en Pmus y comparada con la obtenida en Poc en cada nivel de asistencia. Análisis: t-Student, regresión lineal y concordancia.

Resultados: Pacientes N 27. Edad: $64,22 \pm 8,10$ años. Varones 74,2%. PaO₂/FiO₂ $265,72 \pm 121,47$. Diagnóstico: SARS-CoV-2 8. SDRA-neumonía 4. Trasplante pulmonar 4. Cirugía cardíaca 2. Sepsis abdominal 3. Traumatismo 4. Otros 2. Días VM 6 (1,74-15). Presión inspiratoria $10,55 \pm 5,22$; PEEP $7,56 \pm 1,95$ cmH₂O. Ers: $22,99 \pm 6,45$; Rrs: $14,69 \pm 4,45$ cmH₂O/L/s.

Conclusiones: La medición del impulso ventilatorio mediante la señal de Pmus es precisa, no invasiva ni intrusiva, y permite su monitorización continua. Este método puede ser incorporado en la monitorización del respirador.

621. VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES OBESOS GRADO II/III CON SDRA GRAVE. EL VALOR DE LA POTENCIA MECÁNICA Y LA PCO2

Rodríguez Ruiz C, García Gigorro R, Martínez de la Gándara A, Andrade Vivero G, Gonzalo Somoza G, de Sousa Moura I, Villanova Martínez M y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: La ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes obesos con SDRA es más prolongada que en otros enfermos. Estudiamos la VMI prolongada en pacientes muy obesos con SARS-CoV-2 y su asociación a variables de mecánica pulmonar precoz.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que analiza, durante 17 meses, la VMI en todos los pacientes con índice de masa corporal (IMC) > 35 kg/m² y SDRA por neumonía SARS-CoV-2. La mediana de VMI fue de 15 (10-28) días, consideramos VMI prolongada ≥ 15 días. Se recogen variables demográficas, mecánica pulmonar y evolución. Los resultados se expresan cómo% o mediana (RIC). Comparamos variables cualitativas con chi-cuadrado y cuantitativas con U-Mann Whitney, supervivencia con curvas de Kaplan-Meier. Significación aceptada del 5%.

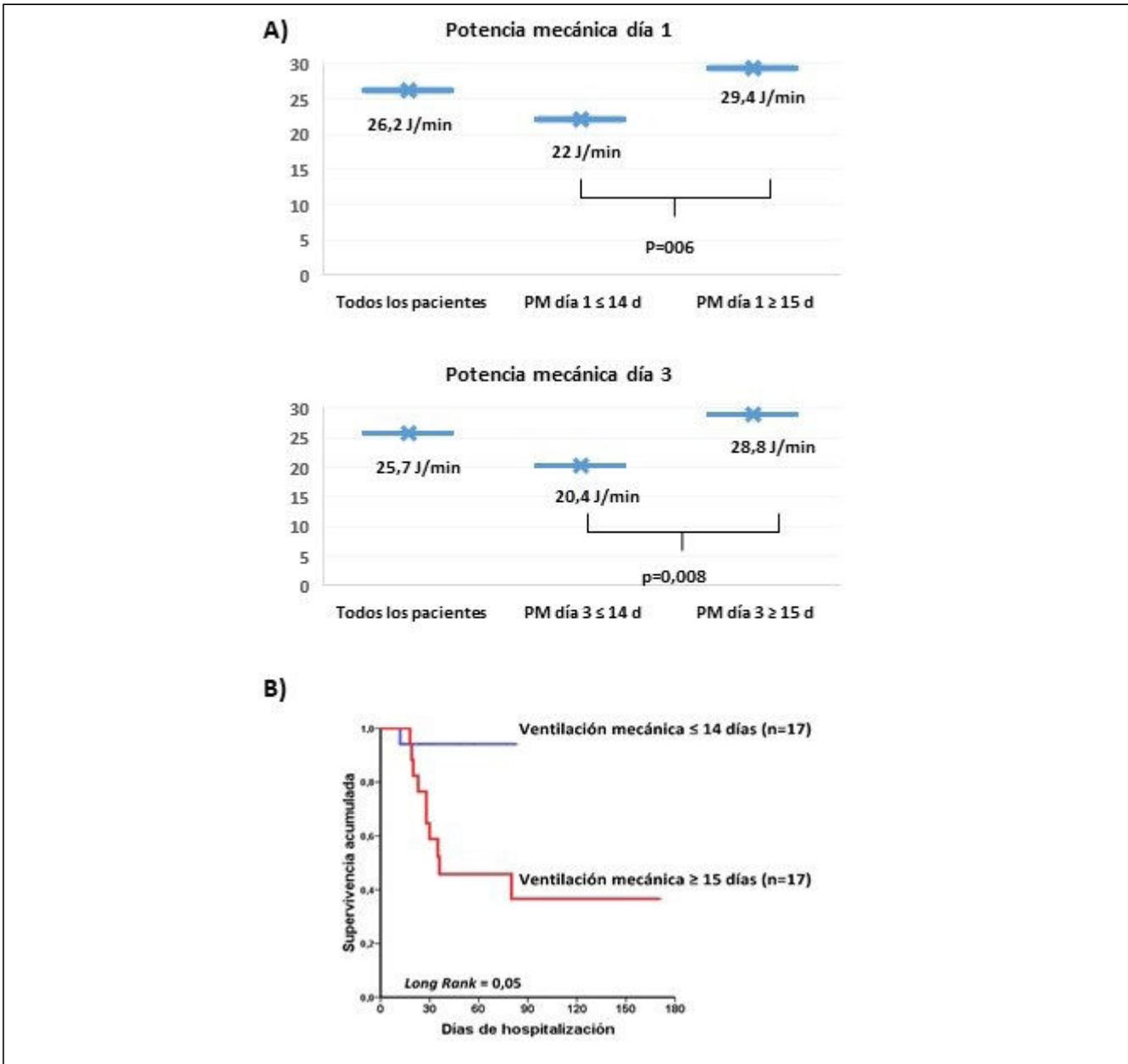
Resultados: Ingresamos 199 pacientes SARS-CoV-2, 34 (17%) con obesidad grado II/III; 47% obesos mórbidos. La figura 1 recoge las características de todos los pacientes y en función del tiempo de VMI. No hubo diferencias en las características basales ni forma de ventilar entre grupos, pero si en mecánica pulmonar. Los pacientes con VMI muy prolongada, tenían persistentemente en las primeras 72 horas una potencia mecánica más elevada (29,4 vs. 22 y 28,8 vs. 20,4 J/min los días 1 y 3 de VM, respectivamente, $p < 0,05$, figura 2A). A partir del 5º día, los pacientes con VMI ≥ 15 días tenían mayor ΔpCO_2 arterial entre los días 1-5 (11,5 vs. 1,6, $p = 0,006$). Y, los pacientes con VMI ≥ 15 días tenía peor evolución; con una mediana de ingreso de 29 (20-57) días, la supervivencia a los 28 días de ingreso fue del 90,1 vs. 58,8% para los pacientes con VMI ≤ 14 y VMI ≥ 15 días, respectivamente (log-rank = 0,05) (fig. 2B).

Conclusiones: La potencia mecánica persistentemente más elevada en las primeras 72 horas de VMI, ha sido el principal parámetro de mecánica pulmonar precoz relacionado con una ventilación muy prolongada en pacientes muy obesos con hipoxemia grave por SARS-CoV-2. El aumento progresivo de pCO₂ a partir del quinto día sugiere mayor espacio muerto y puede ser un subrogado de necesidad de ventilación mecánica muy prolongada en estos enfermos.

Figura 1 Póster 621

Variable	TODOS (N=34)	VM ≤ 14 días (n=17)	IMC ≥ 15 días (n=17)	P
CARACTERÍSTICAS				
Hombres	22 (64,7%)	11 (64,7%)	11 (64,7%)	1
Edad	58 (47-64)	55 (42-63)	61 (49-67)	0,1
APACHE II	12 (8-16)	10 (8-13)	14 (12-17)	0,01
SAPS II	32 (27-36)	30 (24-35)	33 (29-40)	0,1
IMC	39 (37,7-42,7)	39,1 (37,7-43,2)	39 (37,7-43,9)	0,8
COMORBILIDAD				
HTA	18 (52,9%)	7 (41,2%)	11 (64,7%)	0,3
DM	11 (32,4%)	2 (11,8%)	9 (52,9%)	0,03
SAOS	16 (47,1%)	7 (41,2%)	9 (52,9%)	0,7
EPOC	6 (17,6%)	2 (11,8%)	4 (23,5%)	0,7
Cardiopatía	5 (14,7%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	0,9
DESENLACES				
Días VMI	15 (10-28)	10 (8-12)	28 (19-36)	<0,001
Traqueostomía	10 (29,4%)	0	10 (58,8%)	<0,001
Días UCI	17 (12-30)	12 (9-15)	30 (19-48)	<0,001
Días Hospital	29 (20-57)	25 (17-40)	35 (26-88)	0,03
Éxito hospital	11 (32,4%)	1 (5,9%)	10 (58,8%)	0,002
SOPORTE VENTILATORIO				
PRONACIÓN	29 (85,3)	13 (76,5%)	17 (100%)	0,1
Nº Pronos	3 (1-7,5)	2 (1-3)	6 (3-10)	0,001
BNM	30 (88,7%)	13 (76,5%)	14 (87,5%)	0,9
Días de BNM	10,5 (5-20)	5 (3-9)	18 (10-23)	<0,001
VMI Día 1				
FR	20 (22-24)	22 (20-23)	24 (21-24)	0,07
Vol (ml/kg)	7,7 (7,1-8,25)	7,6 (7-7,9)	7,8 (7,1-8,5)	0,3
PEEP	13 (12-15)	12 (12-15)	14 (12-16)	0,3
VMI Día 3				
FR	22 (22-25)	22 (20-23)	24 (22-26)	0,03
Vol (ml/kg)	7,7 (7,3-8,4)	7,6 (7,2-8,2)	7,3 (7,7-8,6)	0,6
PEEP	12 (12-14)	12 (10-12)	14 (12-14)	0,002
VMI Día 5				
FR	24 (21-25)	24 (21-25)	24 (21-26)	0,9
Vol (ml/kg)	7,7 (7,7-8,7)	7,6 (7-8,3)	8,1 (7,5-8,7)	0,2
PEEP	12 (12-14)	12 (10-14)	12 (12-14)	0,3
VENTILACIÓN Y MECÁNICA PULMONAR				
PAFI				
Día 1	79 (68-118)	94 (73-159)	71 (54-92)	0,01
Día 3	162 (121-203)	182 (140-227)	133 (106-186)	0,1
Día 5	163 (124-207)	200 (147-216)	135 (114-192)	0,01
Delta pafi	70 (48-113)	80 (-4,5-138)	64 (54-104)	0,9
PCO2				
Día 1	42 (38-50)	42 (38-50)	42 (36-50)	0,9
Día 3	46 (41-51)	45 (40-47)	49 (42-5)	0,06
Día 5	47 (42-55)	45 (40-48)	52 (45-57)	0,02
Delta pCO2	4 (-1-12)	1,6 (-1,2-4,2)	11,5 (4-16)	0,006
P. MESETA				
Día 1	27 (24-29)	26 (22-29)	26 (24-28)	0,1
Día 3	25 (23-27)	24 (21-26)	26 (24-28)	0,05
Día 5	26 (24-28)	25 (23-28)	26 (25-28)	0,3
P. DISTENSIÓN				
Día 1	13 (11-15)	12 (10-15)	14 (12-16)	0,2
Día 3	12 (11-14)	12 (10-14)	12 (11-158)	0,9
Día 5	14 (11-16)	14 (11-16)	14 (11-16)	0,9
COMPLIANCE				
Día 1	36 (29-42)	38 (29-46)	36 (28-41)	0,4
Día 3	37 (31-45)	36 (31-42)	39 (31-46)	0,7
Día 5	31 (28-41)	29 (25-41)	33 (28-41)	0,5
Poder mecánico				
Día 1	26,2 (19-30)	22 (17,8-27,6)	29,4 (26-32,5)	0,006
Día 3	25,7 (20-34,8)	20,4 (18,6-30,5)	28,8 (25-39,4)	0,008
Día 5	26,5 (24,3-32,6)	26,1 (16,5-33,2)	26,5 (24,8-33,3)	0,4

Figura 2 Póster 621



622. NECESIDAD DE PRONOS REPETIDOS EN PACIENTES CON OBESIDAD GRADO II/III CON HIPOXEMIA REFRACTARIA, UN SUBROGADO MÁS DE MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Rodríguez Ruiz C, García Gígorro R, Martínez de la Gándara A, Andrade Vivero G, Macaya Redín L, Díaz Díaz D, Bueno García B, López Pérez L y Palencia Herrejón E

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

Objetivos: Con la pandemia, el decúbito prono se ha convertido en una técnica habitual, con tasas superiores al 80%; incluyendo pacientes con obesidad grave, en los que, clásicamente, había sido un factor limitante. Estudiamos los factores asociados a mayor necesidad de prono en pacientes muy obesos con SARS-CoV-2.

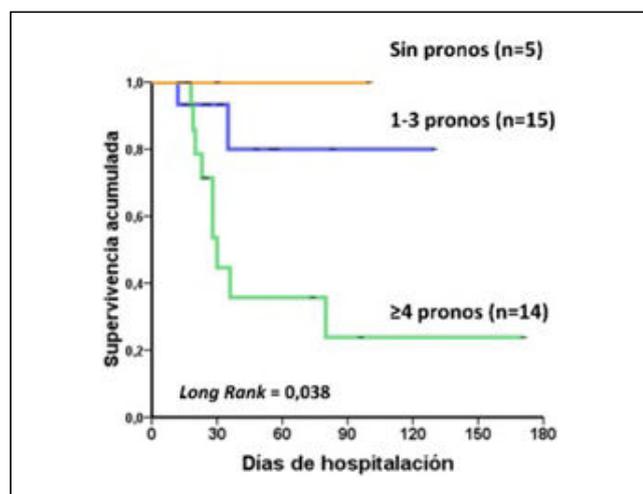
Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que analiza, durante 17 meses, el decúbito prono (24-36 horas) de los pacientes con IMC > 35 kg/m² con SDRA y neumonía SARS-CoV-2 que precisaron ventilación mecánica invasiva (VMI). Teniendo en cuenta la mediana de pronos realizada por paciente, dividimos a los enfermos en dos grupos (≤ 3 y ≥ 4 pronos) y los comparamos. Los resultados se expresan cómo % o mediana

(RIC). Comparamos variables cualitativas con chi-cuadrado y cuantitativas con U-Mann Whitney, supervivencia con curvas de Kaplan-Meier. Significación aceptada del 5%.

Resultados: Realizamos 137 maniobras de prono en 29 pacientes (85,3%) de los 34 pacientes obesos grado II/III ventilados, el 79,3% de los pacientes se pronó el 1º día de ventilación. Mediana de 3 (1-8) pronos por paciente; 6 pacientes recibieron ≥ 10 pronos (máximo: 16). Cinco pacientes no precisaron pronos, sin diferencias significativas basales respecto a los pacientes pronados. Comparamos los pacientes que recibieron ≤ 3 y ≥ 4 pronos (tabla). No hubo diferencias basales entre grupos. Sin embargo, los que recibieron más pronos tuvieron peor evolución (más días de VMI y mortalidad). No hubo diferencias en la mecánica pulmonar precoz (< 72 horas) entre ambos grupos. A partir del 5º día, los pacientes que recibieron ≥ 4 pronos tenían mayor presión meseta (28 vs. 16, p = 0,03), presión de distensión (16 vs. 13, p = 0,04) y ΔpCO₂ arterial 1-5 días (11 vs. 3, p = 0,04). Con una mediana de ingreso de 29 (20-57) días, la supervivencia a los 30 y 60 días de fue del 100%, 93,3% y 44%,6% y del 100%, 80% y 35,7% en pacientes que no se pronaron, con 1-3 pronos o ≥ 4 pronos, respectivamente (log-rank = 0,038).

Figura 1 Póster 622

VARIABLE	TODOS (N=34)	≤ 3 PRONO (N=20)	≥4 PRONOS (N=14)	P
CARACTERÍSTICAS				
Hombres	22 (64,7%)	14 (70%)	8 (57,1%)	0,5
Edad	58 (47-64)	54 (43-62)	61 (56-66)	0,09
APACHE II	12 (8-16)	10 (8-13)	15 (12-16)	0,7
SAPS II	32 (27-36)	31 (16-36)	33 (28-39)	0,5
IMC	39 (37,7-42,7)	39,2 (37,6-44,5)	39 (37-9-42,8)	0,9
COMORBILIDAD				
HTA	23 (67,6%)	12 (60%)	11 (78,6%)	0,3
DM	18 (52,9%)	9 (45%)	9 (64,3%)	0,3
SAOS	11 (32,4%)	5 (25%)	6 (42,9%)	0,5
SAOS	16 (47,1%)	9 (45%)	7 (50%)	0,9
EPOC	6 (17,6%)	4 (20%)	2 (14,3)	0,9
Cardiopatía	5 (14,7%)	3 (15%)	2 (14,3%)	0,9
DESENLACES				
BNM	30 (88,7%)	16 (80%)	14 (100%)	0,2
Días de BNM	10,5 (5-20)	45 (3-7)	19 (13-24)	<0,001
Días VMI	15 (10-28)	11 (8-15)	25 (17-36)	<0,001
Traqueostomía	10 (29,4%)	4 (20%)	6 (42,9%)	0,2
Días UCI	17 (12-30)	13 (10-20)	25 (18-44)	0,001
Días Hospital	29 (20-57)	31 (18-57)	28 (22-76)	0,7
Éxito hospital	11 (32,4%)	2 (10%)	9 (64,3%)	0,002
VENTILACIÓN Y MECÁNICA PULMONAR				
PAFI				
Día 1	79 (68-118)	100 (75-157)	68 (52-76)	0,02
Día 3	162 (121-203)	192 (153-230)	124 (109-175)	0,01
Día 5	163 (124-207)	190 (145-213)	131 (111-202)	0,04
Delta PAFI 1-5	70 (48-113)	76 (-7 - 128)	68 (55-116)	0,7
PCO2				
Día 1	42 (38-50)162	42 (39-50)	43 (34-49)	0,6
Día 3	46 (41-51)	45 (39-48)	49 (45-54)	0,06
Día 5	47 (42-55)	46 (41-53)	51 (44-63)	0,2
Delta pCO2 1-5	4 (-1-12)	3 (-3-6)	11 (2-17)	0,04
P. MESETA				
Día 1	27 (24-29)	26 (22-29)	28 (26-30)	0,2
Día 3	25 (23-27)	24 (22-27)	26 (24-28)	0,06
Día 5	26 (24-28)	25 (23-26)	28 (25-30)	0,03
P. DISTENSIÓN				
Día 1	13 (11-15)	13 (11-14)	14 (12-16)	0,08
Día 3	12 (11-14)	12 (10-15)	12 (11-14)	0,6
Día 5	14 (11-16)	13 (11-15)	16 (13-17)	0,04
COMPLIANCE				
Día 1	36 (29-42)	39 (30-46)	32 (25-37)	0,08
Día 3	37 (31-45)	38 (32-49)	35 (30-43)	0,1
Día 5	31 (28-41)	39 (29-43)	29 (26-34)	0,09
Poder mecánico				
Día 1	26,2 (19-30)	23,9 (18,6-28,1)	29,9 (20,9-32)	0,06
Día 2	25,7 (20-34-8)	23,1 (18,6-33)	28,8 (23,8-37,7)	0,09
Día 5	26,5 (24,3-32,6)	26 (16,5-31,9)	26,8 (24,7-35,2)	0,1



Conclusiones: El prono se ha convertido en una técnica habitual en pacientes obesos con hipoxemia refractaria, incluidos obesos mórbidos. La presión meseta y presión de distensión a partir del quinto día, así como el aumento del espacio muerto por encima de la hipoxemia mantenida, sugieren mayor necesidad de pronos, pudiendo ser subrogados de mala evolución clínica en pacientes muy obesos con SDRA.

623. INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD EN LA RESPUESTA A LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

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

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

Objetivos: Analizar la respuesta a la ventilación no invasiva (VNI) en pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria dependiendo del índice de comorbilidad de Charlson (ICCh).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, sobre base de datos prospectiva, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI desde 1996 hasta 2019, que recibieron VNI. Se dividieron los pacientes en 3 grupos según el ICCh, de 0 a 2, de 3 a 5 y mayor de 5. Se definió fracaso de la VNI la necesidad de IOT o muerte en UCI. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartilico), frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables mediante ANOVA y análisis multivariante mediante regresión logística.

Resultados: Se analizaron 5.272 pacientes, de los cuales el 58,9% eran hombres. Del total, 3.684 pertenecían al primer grupo, 1223 al segundo y 365 al tercero. A medida que el ICCh aumenta, se observa mayor inmunosupresión, diagnóstico de SIDA y disfunción renal crónica, con niveles de SAPS II mayores. La insuficiencia cardíaca y el fracaso posextubación fueron más prevalentes el primer grupo, el EPOC y el síndrome de obesidad-hipoventilación en el segundo y la neumonía en el tercero ($p < 0,001$). La IRA hipoxémica es más frecuente en el grupo con menor comorbilidad ($p < 0,001$), sin diferencias en las tasas de fracaso de la VNI ($p = 0,078$). Las complicaciones de la VNI eran mayores en el grupo con ICCh > 2 del 29,2% al 31% ($p = 0,004$). El fracaso de la VNI en las primeras 2-6 horas fue más frecuente en el grupo con menor comorbilidad (22,6 vs. 20,9%) y a partir de las 48 horas se producía en un porcentaje similar ($p = 0,887$). En relación a la etiología del fracaso se observó que la IRA posextubación era más frecuente a mayor ICCh ($p = 0,079$). También encontramos un aumento de la mortalidad en el grupo de pacientes de mayor comorbilidad tanto en UCI (RAM 8,7%, IC95% = 4 a 13,3%) como en hospitalaria (RAM 13,4%, IC95% = 7,8 a 18,9%).

Conclusiones: Existe una relación entre la etiología y el tipo de IRA sin diferencias en la tasa de fracaso dependiendo del ICCh. Se observa una relación entre el aumento de las comorbilidades y las tasas de mortalidad tanto en UCI como hospitalaria.

624. ¿ES EL GÉNERO UN FACTOR INFLUYENTE EN LA RESPUESTA DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA?

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

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

Objetivos: Analizar la mortalidad y los factores de riesgo asociados al fracaso en pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria que precisaron ventilación no invasiva (VNI) dependiendo del género.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y analítico en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI desde 1996 hasta 2019, que recibieron VNI. El fracaso de la VNI se definió como la necesidad de intubación orotraqueal o muerte. Las variables se expresan como medias \pm desviación estándar, mediana (rango intercuartilico), frecuencias absolutas y relativas. La comparación entre variables mediante ANOVA, y análisis multivariante mediante regresión logística, calculándose la reducción absoluta de riesgo (RAM) y los intervalos de confianza al 95%.

Resultados: Se analizaron 5.272 pacientes, de los que el 58,9% fueron hombres. La edad media fue de 68,1 \pm 14,3 en hombres y 70,5 \pm 15,4 en mujeres ($p = 0,051$). La EPOC fue más prevalente en hombres que en

mujeres (20,5 vs. 4,7%, $p = 0,001$), mientras que la insuficiencia cardíaca lo fue más en mujeres (30,9 vs. 25,9%, $p = 0,001$). La insuficiencia respiratoria hipoxémica fue más frecuente en mujeres (70,3 vs. 52,9%, $p = 0,001$). La orden de no intubación de del 20,7% en hombres y del 26% en mujeres ($p < 0,001$). El fracaso de la VNI fue de 27,8% en hombres y 28,8% en mujeres ($p = 0,650$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las tasas de complicaciones, causas del fracaso ni en el momento del fracaso. No se encontraron diferencias en la mortalidad en UCI (19,1 vs. 18,8%, RAM 0,3%, IC95% = -2,7 a 2,1%) ni hospitalaria (26,7 vs. 25,8%, RAM 0,1%, IC95% = -3,7 a 1,9%). Únicamente la IRA posextubación presentó una mortalidad mayor en mujeres (24,2 vs. 17,1%, $p = 0,016$).

Conclusiones: Se encontraron diferencias entre hombres y mujeres según la etiología y el tipo de IRA. Ni la presencia de complicaciones, fracaso de la técnica o mortalidad se relacionan con el género.

625. MONITORIZACIÓN DE PRESIÓN TRAQUEAL EN OPTIMIZACIÓN DE LA INTERACCIÓN PACIENTE-VENTILADOR

García Lozano C¹, Martínez Carmona JF¹, Delgado Amaya MJ², Joya Montosa C¹, Luna Castro J¹, Mora Moreno M¹, Benítez Lozano JA¹ y Serrano Simón JM³

¹Hospital Universitario Regional de Málaga (C. H. U. Regional de Málaga), Málaga. ²Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga. ³Hospital Universitario Reina Sofía (C. H. U. Reina Sofía), Córdoba.

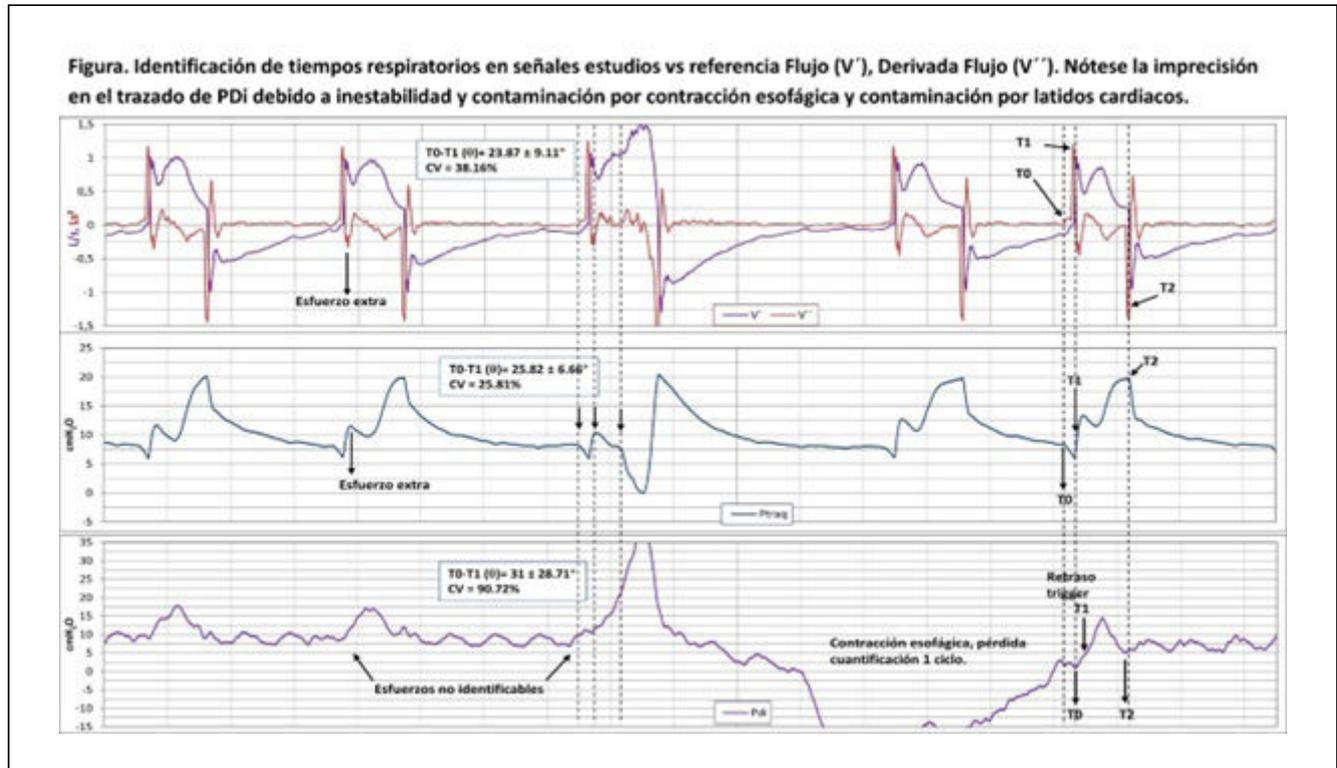
Objetivos: La interacción paciente-ventilador se basa en sincronía entre tiempos neurales y mecánicos. La presión esofágica (Pes) es habitualmente utilizada para identificar tiempos neurales del paciente; sin embargo, es invasiva y con frecuencia imprecisa. La presión traqueal (Ptraq) refleja cambios en espacio pleural, de acceso fácil y aparentemente menos imprecisa. Nuestro objetivo es evaluar la utilidad de monitorización de Ptraq para mejorar la interacción paciente-ventilador versus (vs) Pes, basado en medición de los tiempos respiratorios.

Métodos: Estudio observacional, periodo enero-mayo 2020 (H. Universitario Reina Sofía, Córdoba). Datos obtenidos de pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, monitorizados con propósitos clínicos durante periodo de retirada de ventilación mecánica (VM), modo presión soporte (PSV). Señales: Flujo (V'), Presión en vía aérea (Paw), Pes, Presión gástrica (Pgas) y Ptraq. PDI = Pgas-Pes. 45 min/registro. Se analizaron segmentos de 10 ciclos/paciente. Mediciones: Tiempos respiratorios reales referencias en señal de V' , para mayor precisión usamos su primera derivada (V''). Adoptamos los términos: T0, inicio esfuerzo inspiratorio; T1 inicio real V' ; T2 final de inspiración, Ttot: tiempo total de ciclo. Estudio de Tiempos de *trigger* (Tt) en Ptraq y Pes o PDI, respecto a inicio V' , expresados como fase angular (θ°) = $([T0 \text{ en señal estudio} - \text{inicio } V'] / Ttot) * 360^\circ$; extraesfuerzos, y frecuencia respiratoria total/min (FR). Los datos obtenidos en Ptraq y PDI o Pes fueron comparados con V' (tabla). Elastance (Ers) y Resistencias (Rrs) calculadas por métodos estándares. Análisis: t-Student; regresión lineal y concordancia. La sensibilidad en detección de esfuerzos extras como proporción en señales estudio en relación a V' .

Figura 1 Póster 625

Tabla. Relación en tiempos trigger (θ°).				
	Diferencias medias \pm DS	R ²	Límites ajuste, IC 95%	% Error
Ptraq vs V''	-0,05 \pm 2,08	0,94	-4,12 a 4,21	25,88
PDI/Pes vs V''	1,96 \pm 10,70	0,23	-19,45 a 23,36	62,85
Relación en Frecuencia /min.				
Ptraq vs V''	0,56 \pm 0,70	0,99	0,36 a 0,76	3,02
PDI/Pes vs V''	-3,70 \pm 2,89	0,88	-4,52 a 2,88	13,77

Figura 2 Póster 625



Resultados: N 15 pacientes. Edad 67 ± 12 años, Varones 71%. Días VM 6,5 (4,75-7,50). PaO₂/FiO₂ 174,30 (158,75-196). Diagnósticos: Neumonía-COVID 4. Trasplante pulmonar 3. Traumatismos 3. Neurológicos 3. Sepsis abdominal 2. PSV $17,7 \pm 4,0$; Peep $6,5 \pm 4,1$ cmH₂O. 32% Peepi $3,6 \pm 2,6$ cmH₂O. Ers: $24,93 \pm 8,2$ cmH₂O/L. Rrs $12,14 \pm 5,2$ cmH₂O/l/s. Tt, \emptyset : V^ˆ $16,05 \pm 8,75$ °; Ptraq $16,09 \pm 8,56$ (p 0,96); PDI o Pes $18,01 \pm 10,77$ ° (p 0,09). Extraesfuerzos: 9 pacientes con > 10% de la FR en Ptraq, en los mismos pacientes identificados 6% en PDI o Pes.

Conclusiones: La señal de presión traqueal detecta con mayor precisión los tiempos respiratorios comparada con presión esofágica/transdiafragmática. Lo que permite mejor comprensión y posibilidad de mejorar la interacción paciente-ventilador.

626. IMPORTANCIA DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DEL MECHANICAL POWER A TRAVÉS DE CRITERIOS DE INFORMACIÓN DE AKAIKE. REGISTRO MECHANICAL POWER DAY

González-Castro A¹, Modesto V², Medina Villanueva A³, Fajardo A¹, Escudero Acha P¹, Roncalli Rocha A¹, Gordo Vidal F⁴, Hernández López M⁵, Costa Romero M⁶ y Protti A¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias. ⁴Hospital del Henares, Madrid. ⁵Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava. ⁶Hospital Universitario de Cabueñes, Asturias.

Objetivos: Conocer la relevancia de los diferentes componentes del Mechanical Power (en base a las fórmulas publicadas) en pacientes ventilados de forma controlada.

Métodos: Se realizó un ajuste de modelos de regresión multivariable utilizando el modelo lineal general. La selección de las variables de cada modelo se realizó utilizando el Criterio de Información de Akaike (AIC). Para la comparación entre los diferentes modelos se utilizaron mediciones de su entropía informativa para maximizar su capacidad predictiva, retirando inicialmente los casos con valores faltantes para ajustar los modelos exactamente al mismo número de observaciones. Para decidir cuál era el “mejor” modelo explicativo, se calculó su AIC. Luego, para cada modelo se calcularon los Pesos de Akaike y los Pesos de la Evidencia de Turing-Good (Woe, por sus siglas inglesas) en contra

de cada modelo relativos al “mejor” modelo. Se perfiló un segundo tiempo de análisis: en primera instancia se realizó una transformación logarítmica a las variables MP, Strain subrogate y Strain Rate subrogate dada su distribución no normal y su no linealidad. Posteriormente, se realizó una regresión lineal múltiple para cada modelo elegido por AICw, según el modo ventilatorio. Registro Mechanical Power Day: NCT03936231.

Resultados: El valor MP en la muestra de pacientes en modalidad de volumen control, calculado mediante la fórmula simplificada de Gattinoni *et al.* fue de $16,01 \pm 6,88$ J/min, con una DP de $11,29 \pm 4,05$. Para los pacientes en modalidad de presión control, el MP calculado con la fórmula de Becher *et al.* fue de $19,20 \pm 8,44$. VC: MP = Strain subrogate + peep + Strain Rate subrogate + RR; Donde: Strain subrogate = Driving Pressure; Strain Rate subrogate = flujo/peep. Dada la relevante heterogeneidad en las fórmulas para el cálculo del MP en VC y PC, nuestros “mejores” modelos según AICw se expresan mediante las siguientes fórmulas: PC: MP = Strain subrogate + peep + Strain Rate subrogate + RR + ETv + insp time; Donde: Strain subrogate = ETv/peep; Strain Rate subrogate = Strain subrogate/insp time. En el análisis multivariado, la relación entre mayor MP y el modo ventilatorio fue estadísticamente significativo a favor de PC (p = 0,021; IC95%: [0,114-1,344] y p < 0,001; IC95%: [0,622-1,146] para PC y VC respectivamente).

Conclusiones: Nuestros “mejores” modelos según AIC definen estadísticamente -mediante las variables incluidas- el comportamiento viscoelástico pulmonar y la importancia de las variables dinámicas del mismo. Las propiedades viscoelásticas introducen un elemento fundamental en el comportamiento biomecánico del pulmón; la frecuencia.

627. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA SEDACIÓN Y LA PROFUNDIDAD DEL SUEÑO USANDO EL ODD RATIO PRODUCT (ORP)

Tua Hernández Y

Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona.

Objetivos: Los pacientes en VM tienen una mala calidad del sueño, con patrones anormales y sueño fragmentado. El ORP es un índice continuo para la profundidad del sueño puntuando desde 0 (completamente dormido) a 2,5 (completamente despierto). Las escalas subjetivas como RASS son el gold estándar para monitorear la profundidad de la seda-

ción. Proponemos comparar el ORP con el RASS y con las dosis de sedantes para evaluar la profundidad de la sedación. El objetivo principal del estudio es comparar el nivel de sedación usando RASS y la profundidad del sueño (ORP). Como objetivo secundario, comparar la distribución del sueño en función del sedante (midazolam o propofol) y de su dosis y de la modalidad de VM.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes en VM. Después de un periodo inicial de estabilización, se realizó un estudio del sueño durante una noche mediante el uso del dispositivo Prodigy (Cerebra Health (R)). Se registraron las características basales y demográficas, el tipo de ventilación y el nivel de sedación (RASS). Los pacientes se clasificaron en sedación profunda (RASS -4 o -5), sedación moderada (RASS -3 o -2) o sedación superficial (RASS -1 o más). También se registró el tipo y la infusión continua de sedantes.

Resultados: De los 46 pacientes se describen características basales (tabla 1). No hubo diferencias estadísticamente significativas en el ORP según la modalidad de ventilación (controlada vs. espontánea) y según sedantes (tablas 2-5).

Parámetros VM	N=46
VC, n (%)	36 (75)
PSV, n (%)	10 (20.8)
Otros, n (%)	2 (4.2)
FiO2, %, mediana (IQR)	35 (26-40)
TV, ml, mediana (IQR)	480 (429-542)
PEEP, cmH2O, mediana (IQR)	8 (5-10)

Tabla 1	n = 46
Edad, y. o. median (IQR)	67.5 (54-76)
Género Femenino (%)	13 (27.1)
Altura, cm mediana (IQR)	170 (165-175)
Peso, kg mediana (IQR)	82 (72.25-94.37)
Patología respiratoria, n (%)	31 (64.6)
Patología no respiratoria; n (%)	9 (18.8)
Cirugía, n (%)	8 (16.7)
EPOC, n (%)	9 (18.8)
Insuficiencia cardiaca, n (%)	11 (22.9)
DM, n (%)	15 (31.3)
Neuromuscular, n (%)	3 (6.3)
Cáncer, n (%)	8 (16.7)
Insuficiencia renal, n (%)	7 (14.6)
Cirrosis, n (%)	4 (8.3)
SAPS 3, mediana (IQR)	61 (53-61)
APACHE II, mediana (IQR)	10 (7-15)

	N= 46
Duración de VM días previos; mediana (IQR)	3 (2-5)
Registro del sueño con Propofol, n (%)	25 (52.1)
Registro del sueño con Midazolam, n (%)	14 (29.1)
Duración de la grabación hh:mm, mediana (IQR)	6:13 (5:29-6:44)
Promedio ORP; mediana (IQR)	0,85 (0,63-1,16)
% tiempo en ORP <1; mediana (IQR)	70.3% (19.7%-96.3%)
% tiempo ORP 1-1,75; mediana (IQR)	19.73% (0.33%-38.79%)
% tiempo ORP > 1,75, mediana (IQR)	7.5% (0.13%-12.85%)

Conclusiones: A pesar de no encontrar diferencias en el promedio y en el porcentaje de tiempo en cada rango de ORP, los pacientes con sedación ligera parecen pasar menos tiempo en sueño profundo y más tiempo en sueño inestable y despiertos. No se encontraron diferencias en los patrones de sueño entre diferentes modalidades de VM y sedantes. Con limitaciones, se necesitan más pacientes y registros más largos para poder comprender esta correlación.

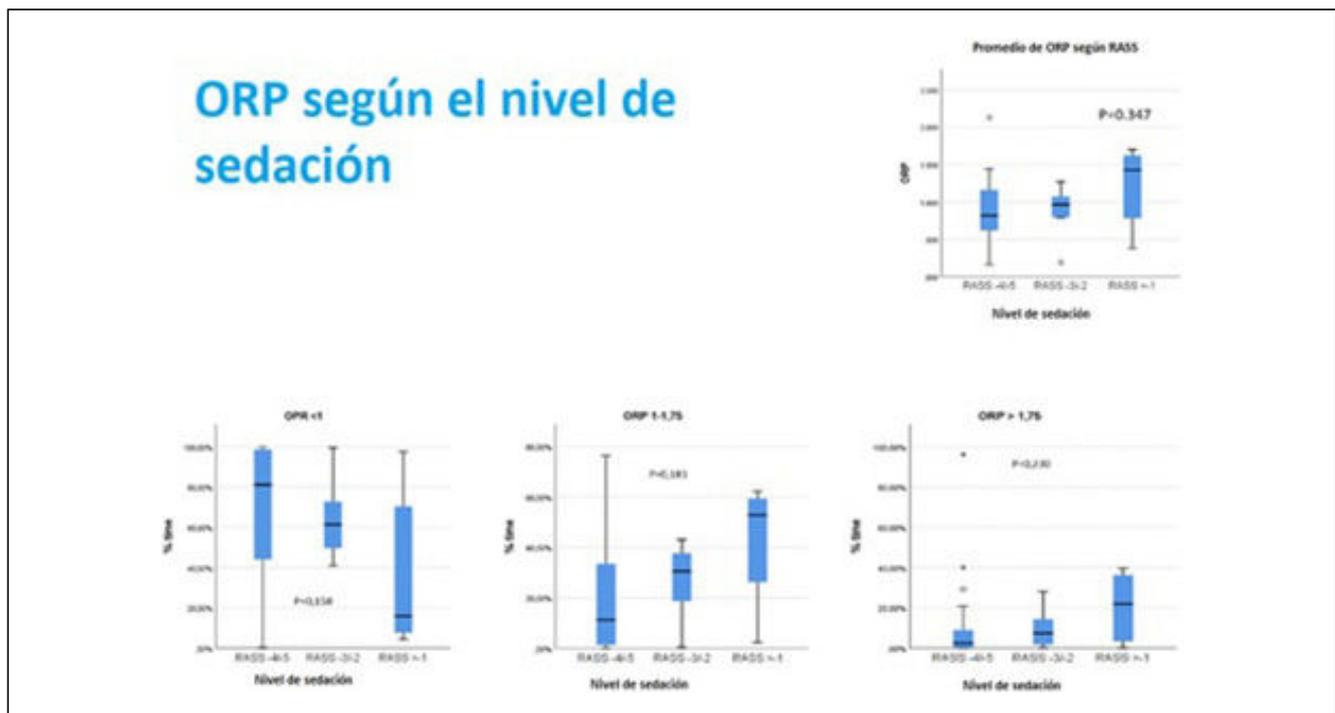
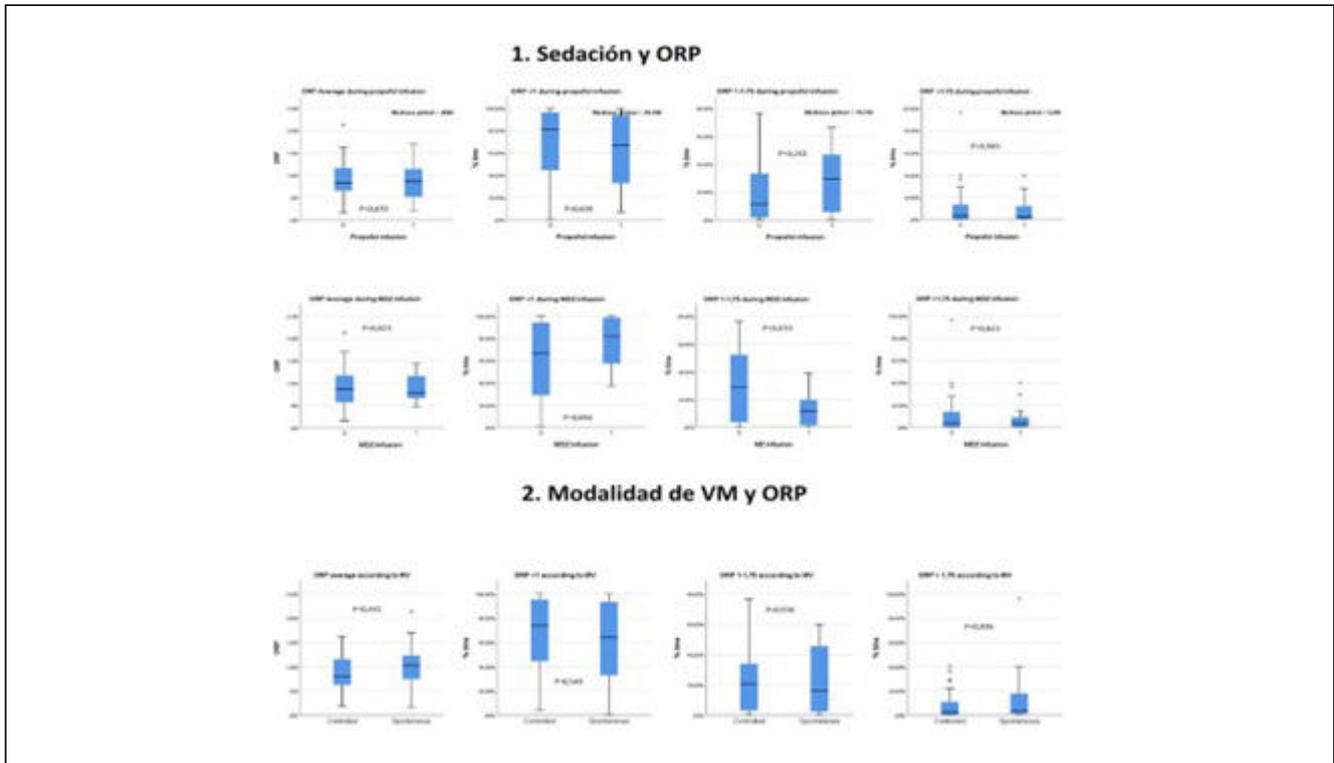


Figura 5 Póster 627



628. ASOCIACIÓN ENTRE EL “INTEGRATED PULMONARY INDEX™” Y FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES GRAVES SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Bujosa Ferragut D, Castellví Font A, Parrilla Gómez FJ, Muñoz Bermúdez R, Pérez Terán P, Fernández-Real Girona M y Masclans Enviz JR

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Evaluar la capacidad del IPI durante las primeras 48 horas de inicio de ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) para predecir evolución (días de VMI, tasa de extubación y reintubación, necesidad de traqueostomía, días de ingreso y mortalidad en UCI).

Métodos: Estudio prospectivo observacional y unicéntrico en una UCI polivalente. Se incluyeron pacientes con necesidad de VMI por IRA monitorizados con capnógrafo para obtener valores del IPI de manera continua durante al menos las primeras 24h. Se dividieron los pacientes en dos grupos según el porcentaje de tiempo dentro de la franja respiratoria “no segura” (IPI ≤ 7): en Alto riesgo (HR) si IPI ≤ 7 durante $\geq 50\%$ del tiempo y Bajo riesgo (LR), si IPI ≤ 7 durante $< 50\%$ del tiempo. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades y escalas de severidad al ingreso. A la primera hora tras iniciar VMI se recogieron datos de mecánica respiratoria, ventilación, oxigenación, valor de IPI y las variables derivadas. Se utilizaron t-test, Mann-Whitney o chi cuadrado según indicación. El valor predictivo del IPI para la mortalidad se calculó mediante curva ROC y su área bajo la curva (AUROC). CEIC 2020/9165.

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 36% HR y 64% LR. Los pacientes HR eran más añosos y presentaban EPOC con más frecuencia. La PaO₂/FIO₂ (174 ± 64 vs. 133 ± 50), el EtCO₂ (30 ± 4 vs. 26 ± 4) y el IPI (7 [6-8] vs. 6 [6-7]) eran mayores en el grupo LR ($p \leq 0,05$). El grupo de HR fueron extubados en menor proporción (26 vs. 38%, $p \leq 0,01$) y presentaron mayor mortalidad (71 vs. 19%, $p \leq 0,01$). El IPI a la hora de inicio de la VMI fue un buen predictor de mortalidad (AUC 0,688; IC95% 0,539-0,837, $p = 0,027$). En el análisis *post hoc* entre supervivientes y no supervivientes en los dos grupos: mientras sí había diferencia entre el porcentaje de tiempo en la franja no-segura del IPI en el grupo HR (70 vs. 85%, $p = 0,029$), no hubo diferencia dentro de los LR (17 vs. 20%, $p = 0,719$). En cuanto a la mecánica respiratoria solo el ratio ventilatorio era más bajo en el grupo no-superviviente LR comparado con el grupo no-superviviente HR ($1,62 \pm 0,17$ vs. $2,04 \pm 0,57$, $p \leq 0,05$). Los

no-supervivientes HR y LR vs. supervivientes presentaron menor tasa de extubación.

Conclusiones: Un IPI ≤ 7 después del inicio de la VMI se ha relacionado con una mayor mortalidad en pacientes con IRA. Asimismo, el tiempo que permanecen estos pacientes con un IPI en franja “no segura” se ha relacionado también con mayor mortalidad.

629. SEGURIDAD DE LA FISIOTERAPIA CICLOERGOMÉTRICA PRECOZ EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO PILOTO

Romero M, Rialp G, Hernández V, Nieto Y, Forteza C, Morey C, Gil I y Martín-Romo D

Hospital Son Llàtzer, Illes Balears.

Objetivos: Analizar la tolerancia a las sesiones de fisioterapia cicloergométrica respecto a las sesiones de fisioterapia convencional en pacientes críticos que precisan VM; comparando los cambios en las constantes vitales inducidos por las sesiones así como la necesidad de interrupción y el tiempo de sesión en cada grupo.

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo, aleatorizado con grupo control en pacientes ingresados en la UCI que precisan ventilación mecánica invasiva. Los criterios de inclusión > 18 años, ingreso en UCI con un tiempo de VM < 72 h e independencia funcional previa. Los criterios de exclusión: enfermedad neuromuscular, previsión de evolución fatal en menos de 48 h, imposibilidad para el movimiento de pedaleo, ingreso por paro cardiorrespiratorio, hemorragia activa, embarazo, recuento plaquetar $< 50 \times 10^9/L$, alteraciones psiquiátricas o agitación grave, inestabilidad hemodinámica con requerimientos de noradrenalina $> 1 \mu\text{g/kg/min}$. Los pacientes serán aleatorizados con una ratio 1:1 en grupo control (5 sesiones/semana de 30 min de fisioterapia precoz manual pasiva/activa/resistida) y grupo intervención (5 sesiones/semana de 15 min de fisioterapia precoz manual pasiva/activa/resistida + 15 min de movilización con cicloergómetro) (MOTomed® Letto 2, RECK-Technik GmbH&Co).

Resultados: Se analizaron un total de 806 sesiones, con aleatorización de 68 pacientes en grupo intervención: 34, grupo control 34. Se registraron los datos demográficos, escala SAPS3, variables fisiológicas antes y después de cada sesión, necesidad de interrumpir la sesión y el motivo. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y

Figura 1 Póster 629

	Manual (n:34)	Cicloerg. (n:34)	p valor
Sexo mujer	52	48	p: 0,80
Edad (mediana)	70	64	p: 0,66
Saps III (media)	58	60	p: 0,83

Figura 2 Póster 629

Sesiones	Manual (n 394)	Cicloerg. (n: 412)	p valor
Completada	290	281	p > 0,05
Interrumpida	71	79	
No realizada	33	52	
Respuesta Fisiológica patológica	44	52	
Tiempo (min) (mediana)	30	23	p < 0,01

Figura 3 Póster 629

	Manual	Cicloerg.	p valor
FC lpm (mediana)	89	91	p > 0,05
Variación Sat (mediana)	<0,02 (2%)	< 0,02 (2%)	
Variación FR rpm (mediana)	< 2	< 2	
Variación Vte ml (media)	15	24	
Variación TAS mmHg (mediana)	< 10	< 10	
Variación TAD mmHg (mediana)	< 10	<10	

escalas de gravedad. Los resultados en cuanto a la tolerancia de las sesiones se presentan en las tablas. No se observó diferencia en las variables fisiológicas analizadas durante las sesiones en ambos grupos.

Conclusiones: La fisioterapia cicloergométrica es un técnica segura y bien tolerada por el paciente, pudiéndose completar el mismo número de sesiones que en la fisioterapia convencional, sin una alteración patológica en la respuesta fisiológica del paciente. Será interesante analizar los potenciales resultados beneficiosos que la fisioterapia cicloergométrica puede suponer en este tipo de pacientes.

630. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD EN FUNCIÓN DEL TIEMPO DE VENTILACIÓN MECÁNICA PREVIO A TERAPIA ECMO EN PACIENTES CON NEUMONÍA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR SARS-CoV-2

Sánchez Martín JA, Ramis Munar FM, Soliva Martínez L, Murciano Marqués P, Usabiaga García L, Arenas Casanovas F, Serrats López P, Millán Guilarte MT, Amézaga Menéndez R y Raurich JM

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar si el número de días de ventilación mecánica invasiva previa a la instauración de la terapia ECMO en pacientes con neumonía secundaria a infección SARS-CoV-2 se correlaciona con la duración de la terapia y la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes en el que se incluyen todos los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Son Espases desde marzo de 2020 hasta febrero 2022 por neumonía secundaria a infección por SARS-CoV-2 y que precisaron terapia con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) debido a insuficiencia respiratoria refractaria a medidas habituales. Se dividió a los pacientes en dos grupos, aquellos que recibieron ventilación mecánica invasiva durante más de 7 días y aquellos que recibieron ventilación mecánica invasiva durante 7 días o menos previo al inicio de la terapia ECMO. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, SAPS II, APACHE, días ventilación mecánica previo a instauración terapia ECMO, días de oxigenoterapia de alto flujo previo instauración

de la terapia ECMO, días totales de ventilación mecánica, días de terapia ECMO y mortalidad. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana (IQR) y las variables cualitativas como número (porcentaje). Las comparaciones entre variables categóricas se realizaron con el test de chi-cuadrado y entre variables cuantitativas con el Mann-Whitney test. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes divididos en dos grupos según habían recibido ventilación mecánica invasiva con duración menor o igual a 7 días (14 pacientes) previo a la terapia o duración mayor de 7 días (12 pacientes). Las características demográficas de los pacientes con ECMO y ventilación mecánica previa mayor o menos de 7 días, así como los desenlaces, se resumen en la tabla.

Tabla 1. Características generales de los pacientes con ECMO y VM previa de ≤7 d vs. >7 d

	≤ 7 días (n: 14)	>7 días (n: 12)	p=
Sexo (F)	6 (42,9)	3 (25,0)	0,43
Edad (años)*	57 (50 - 62)	57 (52 - 61)	0,31
SAPS II	43 ± 13	40 ± 15	0,64
Apache	18 ± 5	15 ± 5	0,17
Duración VM previa ECMO (d)*	4 (3 - 6)	12 (9 - 14)	<0,001
Duración total VM (d) *	44 (21 - 55)	58 (53 - 72)	<0,02
Duración ECMO (d) *	19 (9 - 36)	30 (20 - 54)	0,11
Días OAF (d) *	1 (0 - 3)	0 (0 - 1)	0,15
Mortalidad (%)	5 (35,7)	6 (50,0)	0,69

(*) Mann-Whitney Test: Mediana (25%-75%) SAPS II y APACHE: expresados como media y DS

Conclusiones: Se pudo observar una tendencia mayor en la duración de la terapia ECMO VV en pacientes con mayor duración de ventilación mecánica invasiva previa. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para mortalidad. Sería necesario analizar una muestra de más tamaño.

631. USO DE LA VIDEOLARINGOSCOPIA FRENTE A LA LARINGOSCOPIA DIRECTA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Braval Flores A¹, Flores González J¹, Díez del Corral Fernández B¹ y Martín Ávila H²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

Objetivos: El videolaringoscopio (VL) está presente en la mayoría de las UCI, donde ha demostrado aumentar la tasa de intubación orotraqueal (IOT) en el primer intento, la visualización glótica y reducción del trauma, aunque su empleo sistemático y rutinario no es aún una realidad. **Objetivos:** comparar el tiempo de VL frente al tiempo de laringoscopia directa (LD); analizar el tiempo desde la administración del primer fármaco hasta la confirmación de la IOT, comparando la dosis plena de rocuronio frente a dosis estándar.

Métodos: Prospectivo observacional de IOT emergentes dentro de la UCI polivalente de un hospital comarcal desde abril a diciembre 2022. La dosis de rocuronio fue a decisión del operador (0,6 mg/kg vs. 1,2 mg/kg) así como el dispositivo empleado. Analizamos: tiempo desde la administración del primer fármaco hasta la obtención de onda capnográfica, fármacos y dosis, dispositivo de laringoscopia elegido, empleo de elementos facilitadores, *first-pass-success*, operadores que intervinieron y complicaciones. Los resultados se analizaron con SPSS18. Las variables cuantitativas fueron expresadas en media \pm DE o con la mediana (rango intercuartílico), y las cualitativas se agruparon como frecuencias (porcentajes). Tras comprobar la normalidad de la muestra usamos chi-cuadrado y t de Student para comparar las variables.

Resultados: Un total de 81 pacientes fueron incluidos. El tiempo medio global es de 155,74 \pm 73,94 s, encontrando que en un 77,7% de las ocasiones se optó por un videolaringoscopio con pala MAC frente a un 22,3% en el que se realizó LD. La media de tiempo para el grupo en el que se realizó LD es de 168,67 \pm 91,8 s frente a los 152,05 \pm 68,39 s del VL (-16,62s) sin alcanzar significación estadística ($p = 0,40$). En el 63,75% se usó dosis plena de rocuronio (1,2 mg/kg) aunque no encontramos diferencias significativas en ambos grupos (156,1 \pm 79,5 vs. 155,1 \pm 64,04; $p = 0,954$). La intubación al primer intento se logró en el 67% de LD, frente al 77% en los casos que se empleó VL, aunque sin ser estadísticamente significativas ($p = 0,4159$), teniendo en cuenta que el 72,4% de las IOT fueron realizadas por residentes.

Conclusiones: El empleo del VL debería sistematizarse siguiendo las guías clínicas y evidencia científica disponible, pero es fundamental un adecuado entrenamiento en su uso. En nuestra serie no resultan estadísticamente significativa las diferencias entre los tiempos ni los intentos a la hora de comparar el VL frente a LD probablemente por el reducido tamaño muestral, aunque esas diferencias realmente sí las consideramos "clínicamente significativas" al aumentar la seguridad del procedimiento.

632. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS Y SU RELACIÓN CON LA PANDEMIA COVID EN UN SERVICIO DE UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Figueroa Falconí JC, Granados Ricaurte JF, Fernández Díez I, Marcano Millán E, Obando Martínez C, Núñez Blanco N, Ballesteros Herraes JC, González Robledo J, Bueno Bueno M y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de los pacientes traqueotomizados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital de tercer nivel. Analizar la implementación de traqueotomía durante la etapa pre-COVID y los cambios observados durante la pandemia COVID.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de un total de 268 pacientes adultos críticos a los que se realizó traqueotomía durante su estancia en la UCI del Hospital Universitario de Salamanca durante el periodo comprendido entre enero del 2017 y junio del 2022.

Resultados: N = 273 traqueotomizados (4,6% de 5.850 ingresos); media edad 65 años (\pm 11,6 DE), 76% masculino; 23% (63/275) femenino. Factores de riesgo: 58% HTA, 47% diabéticos, 30% cardiopatía isquémica, 13% Inmunodepresión. Motivo de ingreso: patología respiratoria 54% (149/273), 42% (116/273) neumonías; 2º lugar POP de cirugía cardíaca 16% (46/273). Principal indicación traqueotomía: intubación orotraqueal prolongada 84% (229/273), 2º miopatía de paciente crítico 71% (196/273). Momento de traqueotomía: 20% (56/273) precoz y el resto > 7 días de VM. N = 461 COVID+, traqueotomía: 29%. COVID traqueotomizados: 1ª ola: 32% (43/134), menor incidencia 5ª ola: 5% (7/143). Traqueostomía pandemia: media 15 días (\pm 7 DE) de VM. Fuera de COVID traqueotomía día 14 (\pm 6 DE). Infecciones multirresistentes: 9% metalobetalactamasas (27/273), BLEES 6% (18/273) y 3% (9/273). Tipo de traqueotomía: 93% (256/273) traqueotomía percutánea, 6% (17/273) quirúrgica. Media días UVI: 36 días (\pm 19 DE), media días VMI 25 días (\pm 17 DE). Complicaciones > en traqueotomías quirúrgicas sangrado 41% (7/17), infecciones 35% (6/17). 75% (206/273) alta a la planta, 24% (67/273) *exitus*. APACHE media 20 puntos; 12% (35/273) APACHE > 25p, 9% (27/273) APACHE > 30. Causa *exitus* 24% (67/273) FMO.

Conclusiones: En la serie analizada sobre traqueostomía, predomina el sexo masculino, la principal indicación fue la intubación prolongada. El tipo de técnica más utilizada fue la percutánea observando menor riesgo de complicaciones, al contrario de la traqueostomía quirúrgica que presentó mayor incidencia de sangrado e infecciones. Un 20% de las traqueostomías se realizaron de forma precoz (< 7 días). Hasta un 29% de pacientes COVID requirieron traqueostomía, observando una mayor incidencia en la primera ola. El tiempo medio de días de VM hasta el momento de realización de la técnica fue de 15 días durante la época COVID y de 14 días fuera de la pandemia. Aproximadamente un cuarto de los pacientes traqueostomizados fallecieron en UCI y tuvieron un APACHE más elevado.

Pósteres orales

DONACIÓN/TRASPLANTES III

11:05-12:35 h. SALA MULTIUSOS 2

633. PRONÓSTICO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTES AÑOSOS EN ASISTOLIA CONTROLADA

Urroz Zabalegui M, Vizcay Iriarte I, Elosegui Ruiz de Larrea I, Vallejo de la Cueva A, Fernández Miret FDB, García Domelo P, Rodríguez Trujillo I, Poveda Hernández Y, Barrasa González H y Larrañaga Unanue L

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

Objetivos: Evaluar el posible impacto de la edad del donante renal en asistolia controlada en la supervivencia del injerto renal y del paciente al año y a los cinco años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo durante 12 años elaborado a partir del análisis de la base de datos del Registro de Donación y Trasplante de Coordinación de Trasplantes. Se incluyen en el estudio todos los donantes en asistolia controlada efectivos renales (aquellos donantes de los que se implantó en el receptor al menos un riñón) del Hospital Universitario de Álava, en Vitoria-Gasteiz (hospital terciario, no implantador de órganos). Se categorizan en dos grupos por edad: \leq 65 años y > 65 años. Comparación de la supervivencia del injerto renal al año y a los 5 años en ambos grupos calculada por el método de Kaplan Meier. Nivel de significación alfa de 0,05.

Resultados: Se realizaron 80 trasplantes renales de donantes en asistolia controlada, 57 de ellos de donantes de \leq 65 años y 23 de > 65 años. En la tabla se muestra las tasas globales de supervivencia del injerto y del paciente en los trasplantados renales. Al año la supervivencia del injerto fue > 90% en ambos grupos, manteniéndose esta cifra a los 5 años para los > 65 años, bajando al 80% para los \leq 65 años, siendo esta diferencia estadísticamente no significativa (NS). Al año la supervivencia del paciente fue > 95% en ambos grupos, siendo a los 5 años del 85,9% para los \leq 65 años y del 88,9% para los > 65 años (NS).

Tabla Póster 633

Edad donante	n	Supervivencia del injerto (%) e IC (95%)			Supervivencia del paciente (%) e IC (95%)		
		Al año	A los 5 años	p	Al año	A los 5 años	p
≤ 65 años	57	93 (86,6-99,9)	80,4 (68-95)	NS	96,3 (91,3-100)	85,9 (74,7-98,8)	NS
> 65 años	23	91,3 (80,5-100)	91,3 (80,5-100)	NS	95,2 (86,6-100)	88,9 (75,3-100)	NS

*NS: sin significación estadística.

Conclusiones: La edad del donante renal no parece ser una variable pronóstica importante en la supervivencia del injerto renal ni del paciente al año ni a los cinco años del trasplante.

634. EFECTIVIDAD DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN PACIENTES AÑOSOS

Vizcay Iriarte I, Urroz Zabalegui M, Elosegui Ruiz de Larrea I, Vinuesa Lozano C, García Domelo P, Castaño Ávila S, San Sebastián Hurtado A, Rodríguez Trujillo I, Larrañaga Unanue L y Barrasa González H

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

Objetivos: Evaluar la eficacia y efectividad de los donantes en asistolia controlada (DAC) mayores de 65 años con respecto a menores de 65 años en el Hospital Universitario de Araba.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo durante 12 años (abril 2010-julio 2022) en una UCI de 31 camas de un hospital terciario no trasplantador. Recogida de datos clínicos, pronósticos y relacionados con el procedimiento de la donación. Eficacia definida como posible donante en el que se inicia laparotomía. Efectividad definida como donante del cual se implanta al menos un órgano. Categorización de los donantes por grupos de edad: ≤ 65 años y > 65 años. Las variables cuantitativas se expresan como medias y las cualitativas como porcentajes y son comparadas con los test de t de Student y chi cuadrado respectivamente. Nivel de significación de α de 0,05.

Resultados: Se realizaron 77 DAC, 42 ≤ 65 años y 35 > 65 años. En los ≤ 65 años, la edad media fue de 54,7 años con una estancia media en UCI de 12,5 días. La extubación terminal se realizó en un 74% de los pacientes en UCI. En el 86% de casos la donación fue efectiva con una extracción e implantación de 2,8 y 2,3 órganos respectivamente por donante eficaz. En los > 65 años, la edad media fue de 71,9 años con una estancia media en UCI de 9,4 días. La extubación terminal tuvo lugar en UCI en un 80% de los pacientes. En el 91% de casos la donación fue efectiva con una extracción e implantación media de 2,3 y 1,7 órganos por paciente eficaz. En todos los posibles donantes la DAC fue eficaz, no habiendo en ningún caso problemas en la canulación ni en la perfusión. No hubo diferencias estadísticamente significativas en efectividad entre ambos grupos. Hubo diferencias estadísticamente significativas en media de órganos extraídos siendo mayor en ≤ 65 años (2,8 vs. 2,3 órganos por paciente eficaz, p 0,02).

Conclusiones: En nuestro hospital no hay diferencias estadísticamente significativas en la DAC en términos de eficacia ni de efectividad en función de la edad aunque se ha observado un mayor número de órganos extraídos en el grupo de pacientes no añosos (≤ 65 años).

635. INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO

Blasco Iborra L, Plumed Martín L, Canto Vendrell V, Matáix Manero M, Mendazona Zufía I, Antón Pascual JL y Rodríguez Laíz GP

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: Establecer incidencia de infección fúngica invasiva (IFI) en trasplantados hepáticos del Hospital General Universitario de Alicante. Describir características, tratamientos y mortalidad atribuible a la IFI.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de 393 pacientes trasplantados hepáticos. Solo los pacientes con IFI acorde a los criterios internacionales se han incluido en el análisis, revisando datos demográficos, características de la infección y *outcome* final. Base de datos Excel para la recogida de variables y análisis estadístico.

Resultados: Entre septiembre-12 hasta noviembre-22 se realizaron 393 trasplantes hepáticos. Se han documentado 19 episodios de IFI. La incidencia ha sido de 4,8%. *Candida* y *Aspergillus* han sido los agentes etiológicos más frecuentes. La mortalidad atribuible a IFI ha sido 0,7%.

16 pacientes se diagnosticaron de candidiasis invasiva. La forma clínica más frecuente fue infección intraabdominal (IAI) en forma de colangitis o peritonitis (14 casos) seguida de candidemia relacionada con catéter venoso central (CVC): 2 casos. La *Candida* más frecuente en IAI fue *C. albicans* (8) seguida de *C. glabrata* (2). Las candidemias relacionadas con CVC fueron todas *C. no-albicans*. Ningún paciente estaba colonizado en los frotis previos. Las *C. albicans* fueron sensibles a fluconazol. Las dos especies de *C. glabrata* fueron resistentes. En los pacientes con candidemia-CVC, este se retiró en las primeras 48 horas. No se objetivó mortalidad atribuible a candidiasis invasiva. De los 19 episodios de IFI 2 fueron diagnosticados de aspergilosis invasiva (AI) y 1 de infección por hongos del género mucorales. La incidencia ha sido 0,7%. La forma clínica en todos fue la infección pulmonar. La infección por mucorales se produjo en el primer postrasplante hepático. De las dos AI una se produjo en los primeros 6 meses postrasplante y la otra a los 8 años en el seno de una neumonía COVID-19. Todos recibieron un tratamiento antifúngico apropiado pese a lo cual el *outcome* final resultó en mortalidad.

Conclusiones: Las IFI en nuestra serie tienen una incidencia del 4,8%. La candidiasis peritoneal y la colangitis son las formas más frecuentes seguidas de la candidemia relacionada con CVC. *C. albicans* fue la especie más frecuente en la IAI, mientras que las *no-albicans* prevalecieron en candidemia-CVC. No se registró mortalidad atribuible al episodio agudo de candidiasis invasiva. Las infecciones por hongos *Aspergillus* y mucorales fueron relacionadas con alta mortalidad. La baja incidencia en nuestra serie de IFI no apoya la profilaxis antifúngica sistemática.

636. DONANTES CON TUMOR MALIGNO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: NUEVA FUENTE DE ÓRGANOS Y DÓNDE ENCONTRARLOS

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) está ofreciendo a los pacientes con tumor maligno primario de sistema nervioso central (SNC) la posibilidad de ser donantes como parte de un estudio que está llevando a cabo con el fin de conocer si este tipo de órganos es tan seguro como los de otros donantes de riesgo no estándar. El objetivo es conocer cómo se localiza a este tipo de donantes para ofrecerles la donación en la fase terminal de su enfermedad.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda telemática empleando la herramienta informática del hospital para conocer los pacientes diagnosticados de tumor maligno primario de SNC. Para ello se han empleado los diagnósticos clínicos recogidos en los informes de los servicios de Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Neurocirugía entre agosto de 2021 y enero de 2023. Se han descartado aquellos tumores cuya etiología fuera benigna y aquellos cuyo origen fuera metastásico, así como duplicidades.

Resultados: En la Región de Murcia ha habido en el periodo de estudio un total de 131 pacientes diagnosticados de tumor cerebral primario. De ellos, 75 fallecieron con edades comprendidas entre 25 y 65 años. Solo 6 de ellos tenían alguna condición recogida en los antecedentes personales de la historia clínica que contraindicaba la donación. Fallecieron 18 de los 75 pacientes en un medio hospitalario, y el resto en domicilio en seguimiento por Cuidados Paliativos. A fecha 15 de enero de 2023 había 56 pacientes diagnosticados con vida, 10 de ellos en fase terminal de su enfermedad. En este tiempo se ha ofrecido la posibilidad de donación a 22 pacientes de este tipo. Los coordinadores de trasplantes han tenido constancia de ellos: 5 alertados por el oncólogo, 2 por cuidados paliativos, 1 de otra comunidad, 14 a través de búsqueda activa. De estos 22 pacientes, 14 expresaron su voluntad de donar, siendo en 10 casos posible (4 fallecieron de forma no controlada). Otros 8 pacientes expresaron su negativa a donar.

Conclusiones: La búsqueda activa de posibles donantes entre las bases de datos hospitalarios constituye una forma de ampliar el pool de donantes, sobre todo cuando no se trata de candidatos ingresados en la UCI. El mantener una comunicación fluida con los distintos servicios implicados y hacerlos partícipes del proceso de donación constituye una herramienta fundamental para incrementar el número de donantes. Los pacientes con tumor de SNC son una fuente de órganos en expansión que requiere de una mayor dedicación por parte del equipo coordinador de trasplantes para su localización y poder ofrecerles la posibilidad de donar en la fase final de su enfermedad.

637. TRASPLANTES DE ÓRGANOS A PARTIR DE PACIENTES CON TUMOR CEREBRAL DE ALTO GRADO

Rivera Sánchez P¹, Manso Murcia C¹, Encarnación Navarro JA¹, Mateos Llosa M¹, Victoria Ródenas MD², Granados Madero M¹, López Hernández N¹, Mula Martínez R¹, Martín Magán MDM¹ y Valer Rupérez M³

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital General Universitario los Arcos del Mar Menor, Murcia. ³Hospital Clínico Universitario Santa Lucía, Murcia.

Objetivos: Analizar de manera descriptiva los pacientes con tumor cerebral de alto grado que se convierten en donantes en asistolia controlada.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de donantes con tumor cerebral de alto grado de septiembre de 2018 hasta octubre de 2022 en un hospital de tercer nivel cuyo implante de órganos se haya realizado en el HUCA. Se recogieron las variables demográficas, clínicas, trazabilidad de los órganos y riesgo de transmisión de enfermedad metastásica.

Resultados: Se recogieron 10 donantes reales, 9 de ellos pertenecientes a la Región de Murcia y 1 de Segovia. El 80% fueron hombres, con una mediana de edad de 52 años. 8 presentaban glioblastoma multiforme y 2 astrocitoma anaplásico, el 60% de ellos tratados previamente con cirugía, radioterapia y quimioterapia. En 7 de ellos se enviaron los órganos no implantados para estudio anatomopatológico: pulmones (8), ganglios mediastínicos (56), páncreas (1), corazón (3), riñones (4); resultando sin evidencia de malignidad. Se obtuvieron 13 receptores: 10 hepáticos, 2 cardíacos y 1 renal. La supervivencia de los receptores hasta enero de 2022 fue del 84,6%. Fallecieron 2 receptores por complicaciones asociadas a la cirugía de implante, causa no relacionada con el cáncer. Para el seguimiento de los 11 receptores, se realiza seguimiento cada 6 meses con estudio de imagen con TC de extensión sin evidencia actualmente de transmisión en ninguno de ellos, además de los seguimientos por sus especialistas habituales. La función de los órganos es normal en todos los casos.

Conclusiones: La escasez de donantes obliga a ampliar la búsqueda de nuevos escenarios para la donación. Los pacientes con tumor cerebral maligno de alto grado pueden donar determinados órganos con un riesgo muy bajo de metástasis para el receptor, considerándose viables para determinados receptores. Se trata de una nueva fuente de obtención de donantes, ya que previamente solo se realizaban los trasplantes de donantes con tumor cerebral de bajo grado.

638. LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: UNA NUEVA FUENTE DE POTENCIALES DONANTES

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Evaluar el potencial del servicio de Cuidados Paliativos como fuente de donantes en un hospital de tercer nivel. Demostrar la necesidad de dar formación al personal que trata con pacientes al final de la vida para integrar la donación como parte fundamental de los cuidados.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en el que se recogen los donantes procedentes del servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde noviembre de 2021 hasta diciembre de 2022. La fecha de inicio del registro se estableció en relación a una jornada de formación impartida en el servicio de paliativos semanas antes, en la que se trató el tema de la donación en asistolia. Se recogieron todos los donantes derivados desde el servicio de cuidados paliativos en el periodo de tiempo indicado, registrando datos de

mográficos, características clínicas así como órganos que finalmente fueron trasplantados.

Resultados: En el periodo comprendido entre noviembre de 2021 hasta diciembre de 2022 tuvimos 10 donantes procedentes del servicio de Cuidados Paliativos. Sus características demográficas, son las siguientes: de los 10 donantes 7 fueron hombres y 3 mujeres. La media de edad fue 52,5 años. El principal diagnóstico clínico fue glioblastoma en 7 pacientes, 1 astrocitoma, 1 fibrosis pulmonar y 1 demencia frontotemporal. Estos 10 donantes efectivos generaron 14 órganos que fueron trasplantados con éxito a receptores dentro y fuera de la Región de Murcia. La distribución de los órganos trasplantados fue como sigue: 9 hígados, 1 riñón, 2 pulmones y 2 corazones.

Conclusiones: Los servicios de Cuidados Paliativos constituyen una fuente importante de posibles donantes. La donación debe formar parte integral de los cuidados al final de la vida y como tal, el servicio de Cuidados Paliativos debe contar con formación para reconocer a estos potenciales donantes y contactar con la Coordinación de Trasplantes de su hospital cuando identifiquen un posible candidato.

639. PLAN DE DETECCIÓN DE POTENCIALES DONANTES DE TEJIDOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

García Gómez IG, Segura González F y Daga Ruiz D

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

Objetivos: Describir el proceso de implantación y los resultados del Plan de Detección de Donantes de Tejidos tras dos años de su funcionamiento en el hospital.

Métodos: Durante el primer semestre de 2021 se llevó a cabo una fase de formación, en la que miembros de la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes impartieron sesiones clínicas, dirigidas a personal médico y de enfermería de todos los servicios del hospital, con el fin de solicitar su colaboración en el proceso y para aclarar los criterios de activación (aviso al coordinador de trasplantes ante cualquier fallecimiento en el hospital ocurrido entre las 08 y las 20:00 horas). Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de la serie de casos recogidos entre el 1/07/2021 y el 31/12/2022.

Resultados: El Plan se activó en 187 ocasiones en el periodo de estudio. El Servicio de Oncología Médica fue el que con mayor frecuencia inició el proceso, suponiendo el 32% de los avisos (n:63), seguido por Medicina Intensiva (n: 38, 20%), Urgencias (n: 26, 13%) y Medicina Interna (n: 23, 12%). En el 60% de los casos (n: 114) el aviso al CT lo efectuó personal de enfermería, el 35% médicos (n: 65) y el 5% (n: 8) restante la detección fue directamente por el coordinador. En 87 ocasiones (46%) se objetivó una contraindicación médica para la donación de tejidos, por lo que finalmente se realizaron 87 entrevistas familiares (en 13 de los casos, pese a no existir contraindicación médica no pudo llevarse a cabo la entrevista por diferentes motivos), con resultado de 37 negativas a la donación (42,5%). 50 pacientes (un 26% del total de la muestra) se convirtieron en donantes efectivos de tejidos; 33 de ellos solo corneas (66%) y 17 (35%) multitejidos (córneas y tejido osteotendinoso).

Conclusiones: La implantación de un Plan Hospitalario de Detección de Potenciales Donantes de Tejidos exige una fase inicial de formación y concienciación a los profesionales y una respuesta inmediata por parte de la Coordinación de Trasplantes ante cada uno de los avisos. Se trata de un modelo sencillo y fácilmente exportable a otros centros. El mayor porcentaje de las activaciones del Plan en nuestra serie fue efectuado por Enfermería. Es necesario insistir en la concienciación entre el personal médico para evitar la pérdida de posibles donantes.

640. EXPERIENCIA INICIAL DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN PACIENTES QUE SOLICITAN LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Ávila Espinoza R, Marín Carcey L, Luna Solís S, Anguela Calvet L, Boza Hernández E, Haro Bosch A, Vidal Biosca C y Moreno González G

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: El 25 de junio de 2022 se puso en vigor la Ley Orgánica 3/2021, de la regulación de la eutanasia a través de la cual los pacientes puedan solicitar la prestación de ayuda para morir (PRAM). Debido a que los pacientes en esta situación tienen la posibilidad de donar órganos y

Tabla Póster 640

	Sexo	Edad	Enf	Riesgo	Tiempo de isquemia cliente total	Tiempo isquemia caliente funcional	PRN	OE	OT
1	Hombre	76	ELA	COVID+	17	14	Sí	H, RI, RD	H, RI
2	Hombre	73	ELA	No	27	20	No	RI, RD	RI, RD
3	Mujer	72	ELA	No	11	9	Sí	PD, PI, H, RI, RD	PD, PI, H, RI, RD
4	Hombre	53	ELA	COVID+	18	17	Sí	C, H, RI, RD	C, RI, RD

ELA: esclerosis lateral amiotrófica; H: hígado; RI: riñón izquierdo; RD: riñón derecho; PD: pulmón derecho; PI: izquierdo; C: corazón.

tejidos, el objetivo de nuestro estudio es conocer la viabilidad de la donación en pacientes que solicitan esta prestación.

Métodos: Se realizó un estudio longitudinal prospectivo de todos los pacientes que solicitaron la PRAM y que dieron su consentimiento a la donación desde enero a diciembre de 2022. Se recolectaron datos demográficos, así como del proceso de donación y la viabilidad orgánica para trasplante. Se realizó un análisis descriptivo de los casos.

Resultados: Se presentaron cuatro solicitudes de prestación de ayuda para morir de los cuales el 100% tuvieron la voluntad de ser donantes. Las características demográficas se muestran en la tabla. Los circuitos establecidos se resumen en la figura. Los tiempos de isquemia caliente funcional han sido de ≤ 20 minutos y se realizó perfusión regional normotérmica con canulación *pre mortem* en el 75% de los casos. De un total de 61 donantes durante el periodo estudiado, los donantes de PRAM representaron el 6,5% del total, con la utilización de 12 órganos (1 corazón, 2 pulmones, 2 hígados y 7 riñones) para trasplante, lo que representa igualmente el 6,6% del total de órganos extraídos en el centro. El 50% de los donantes fueron COVID positivos con Ct > 30.

Conclusiones: La PRAM y la donación son derechos de los pacientes. La UCI es un servicio que posibilita la donación en estos pacientes. Un protocolo que englobe todos los circuitos y los roles de cada una de las personas involucradas, respetando siempre los deseos de los pacientes y sus familias, permite realizar los procesos de donación y PRAM de forma satisfactoria obteniendo un porcentaje significativo de órganos para trasplante.

641. IMPACTO DEL RECAMBIO PLASMÁTICO SOBRE LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON HEPATITIS FULMINANTE

Toapanta Gaibor ND, Valdivieso M, Bassegoda O, Jiménez N, Zapatero J, Reverter E, Cid J, Lozano M y Fernández J

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Objetivos: El fracaso hepático agudo o hepatitis fulminante (HF) es un síndrome clínico raro caracterizado por coagulopatía (INR > 1,5), y encefalopatía; secundaria a necrosis hepatocelular aguda en ausencia de enfermedad hepática preexistente, que evoluciona rápidamente y que a menudo culmina en disfunción multiorgánica. El recambio plasmático (RP) mejora la supervivencia libre de trasplante en paciente con HF. Nuestro objetivo fue determinar la supervivencia de los pacientes con HF que realizaron RP libre del trasplante hepático en nuestro centro y en cuantos se requirió este sistema de soporte hepático como puente al trasplante.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en pacientes con HF durante el periodo del 2012-2022. Se compararon pacientes con y sin RP, considerando asimismo el impacto del trasplante hepático.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes con HF de los cuales la etiología más frecuente fue la hepatitis autoinmune (26%), fármacos no paracetamol (DILI; 19,5%), y paracetamol 15,2%; con una mortalidad global del 30,4%. El 60,8% requirieron fármacos vasoactivos, el 69,5% ventilación mecánica, de los cuales el 81,2% fue por encefalopatía hepática, con grado de encefalopatía III-VI el 69,5%. El 45,6% presento insuficiencia renal aguda y un 36% de ellos requirieron técnicas de depuración extra renal. La neuromonitorización se realizó mediante Doppler transcraneal en el 41,3% y mediante sensor de PIC en el 28,2%. El 69,5% de los pacientes se incluyó en alerta cero (lista de trasplante hepático emergente; THE) y en el 63% se realizó dicho trasplante. En 16 pacientes (34,7%) se realizó RP como medida de soporte hepático (1-3 sesiones, 58,8%); (3-5 sesiones 35,2%) y (5-7 sesiones 5,8%), de los cuales 5 (31,2%) de estos pacientes se trasplantaron y 11 (68,7) no eran tributarios de trasplante. La mortalidad de los pacientes que recibieron RP fue del 43% (p = 0,152). En el subgrupo de pacientes no trasplantados

la mortalidad en los pacientes que recibieron RP fue del 54 vs. 45% en los que no lo recibieron (p = 0,197). El RP fue entonces puente al trasplante en el 80% (p = 0,197). de los pacientes en los que se empleó con esa intención. El RP fue bien tolerado sin registrarse efectos adversos graves.

Conclusiones: Durante los últimos 10 años la mortalidad en la HF sigue siendo elevada sobre todo en pacientes con mayor afectación orgánica, aunque el RP como medida de soporte hepático mejora la supervivencia en pacientes no tributarios de TH, no hemos podido demostrar su beneficio. Sin embargo, se demostró en los pacientes que son tributarios de THE el RP es una medida de soporte como puente al TH.

642. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN EN UCI DE TERCER NIVEL

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

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Descripción del perfil de resultados de pacientes con cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD) y su eficacia en el programa de trasplantes.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados desde diciembre de 2017 a diciembre de 2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas y resultados en cuanto a donación de órganos.

Resultados: 129 pacientes. 51,2% mujeres. Edad media 70,3 años (mediana 73). El Glasgow Coma Score inicial fue de 4,9 (mediana 4). El 62% evolucionó a muerte encefálica (ME), el resto por situación clínica o deseo familiar se adecuó el esfuerzo terapéutico. Los diagnósticos de ingreso fueron: Ictus isquémico (12,5%), hemorragia intraparenquimatoso (64,1%), hemorragia subaracnoidea (5,3%), anoxia (4,6%), traumatismo craneoencefálico (9,9%) y otros (2,3%). El 38,9% evolucionó a ME en menos de 24 h y el 22,9% entre 24-48 h. Un 5,3% de los que no evolucionaron a ME fue donante en asistolia controlada. Un 65,6% fue donante de órganos siendo un 64,9% donante eficaz y un 46,6% efectivo. Los resultados de la donación y los trasplantes realizados se presentan en la tabla. El año con más donantes fue el 2018. En el año 2017 solamente se registraron los datos del mes de diciembre (inicio del programa).

Resultados cronológicos de la donación en CIOD en hospital de tercer nivel. Porcentajes						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
n	2	35	20	19	23	28
CIOD/Donantes totales	-	25%	30%	30%	30%	44%
DAC	0%	0%	0%	10%	9%	11%
Don org	100%	47,2%	66,7%	70%	63,6%	88,9%
Don eficaz	50%	47,2%	66,7%	70%	63,6%	88,9%
Donante efectivo	50%	27,8%	38%	55%	50%	70,4%
Hígado implantado	0%	22,2%	19%	20%	18,2%	51,9%
Riñones implantados	0%	17%	28,6%	40%	36,4%	51,2%
Corazones implantados	0%	0%	0%	5%	18,2%	14,8%
Pulmones implantados	0%	2,8%	0%	5%	4,5%	18,5%
Hígado extraído	50%	44,4%	66,7%	55%	45,5%	59,3%
Riñones extraídos	0%	36%	52,4%	45%	59%	66,7%
Corazón extraído	0%	0%	0%	5%	22,7%	14,8%
Pulmón extraído	0%	2,8%	0%	5%	4,5%	25,9%
Corneas	100%	36%	38%	55%	59%	33,3%
Tejidos	0%	22,2%	19%	35%	36,4%	51,9%

Conclusiones: El programa de CIOD representa una fuente importante de obtención de órganos para trasplante. Casi dos tercios de los pa-

cientes evolucionan a ME, siendo necesario optimizar la selección de los candidatos a CIOD.

643. PREDICTORES DE FUNCIÓN RETRASADA DEL INJERTO EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DEL TRASPLANTE RENAL: ÍNDICE DE RESISTENCIA (DOPPLER RENAL), DIURESIS INMEDIATA Y SU USO COMBINADO

Ceña Carazo J, Huertas Marín MC, García Moreno P, Silva García C, del Moral de Diego A, Fernández Rodríguez A, Cuenca Fito E, de la Cal Caballero LM, Sánchez Arguiano MJ y Alonso de Armiño Riaño AC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Conocer si existe asociación estadística entre dos parámetros del posoperatorio inmediato del trasplante renal (índice de resistencia y diuresis inmediata) y la aparición de función retrasada del injerto.

Índice resistencia (IR)	Función retrasada del injerto (FRI)		
	Si	No	
Alterado >0.75 o <0.45	16	5	21
Normal	12	28	40
	28	33	61

Sensibilidad (0.57) Especificidad (0.85). Test exacto de Fisher p = 0.001

Diuresis inmediata UCI	Función retrasada del injerto (FRI)		
	Si	No	
No	19	4	23
Si	9	29	38
	28	33	61

Sensibilidad (0.68) Especificidad (0.88). Test exacto de Fisher p = 0

Diuresis inmediata IQ	Función retrasada del injerto (FRI)		
	Si	No	
No	18	16	34
Si	8	16	24
	26	32	58

Sensibilidad (0.69) Especificidad (0.5). Test exacto de Fisher p = 0.1834

IR alterado+ No diuresis inmediata UCI	Función retrasada del injerto (FRI)		
	Si	No	
Si	12	3	15
No	5	27	32
	17	30	47

Sensibilidad (0.7) Especificidad (0.9). Test exacto de Fisher p = 0

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los trasplantes renales realizados en el periodo diciembre 2021-diciembre 2022, en el hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Las variables analizadas durante el postrasplante inmediato (0-7 días) fueron: Función retrasada del injerto (FRI): definida como oliguria, necesidad de hemodiálisis o retraso del descenso en la creatinina sérica a las 72 horas del trasplante (alterado si descenso menor del 25%). Índice de resistencia (IR) median-

te Doppler renal. Se establece el punto de corte alterado en IR > 0,75 o < 0,45. Diuresis inmediata en quirófano (DI IQ): definida por diuresis tras el implante renal inmediato. Diuresis inmediata UCI (DI UCI): definida como diuresis > 0,5 ml/Kg/h por encima de la diuresis residual en las primeras 6 horas del implante. Con los datos se elaboran 4 tablas de contingencia 2 x 2. Se utiliza el test exacto de Fisher para estudiar la asociación estadística con FRI. Significación estadística p < 0,05. Además se calcula la sensibilidad (S) y especificidad (E) de cada variable para predecir FRI.

Resultados: En total se incluyó a 61 pacientes. Tanto el IR como la DI UCI, así como su utilización conjunta para estudiar su asociación con FRI, alcanzaron significación estadística; mientras que la DI IQ no la obtuvo. Respecto a la sensibilidad y especificidad de estos parámetros, es similar o ligeramente superior a estudios previos (IR Gómez Do-Santos (2015) N 93 S (0,47) E (0,84)).

Conclusiones: Se observa asociación estadísticamente significativa entre FRI y los parámetros IR y DI UCI. Además la utilización conjunta de ambos mejora la S y E para predecir FRI. La utilización del parámetro DI UCI parece superior al parámetro DI IQ para predecir FRI, siendo la principal aportación de este trabajo. La definición de diuresis inmediata no queda claramente explicada en la bibliografía consultada.

644. USO DE LAS REDES SOCIALES PARA LA PROMOCIÓN LA DONACIÓN Y LOS TRASPLANTES

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

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

Objetivos: Crear una auténtica cadena de vida y con ella promocionar dentro y fuera de nuestro hospital la donación y los trasplantes. Promocionar y fomentar con el espíritu navideño un afectuoso reconocimiento a todos los profesionales.

Métodos: La Unidad de Comunicación del hospital junto a la Coordinación de Trasplantes elaboraron dentro del Plan de comunicación la campaña: "Compartir la vida es el mejor de los regalos". Se realizaron vídeos cortos con la participación de diferentes profesionales de las diferentes áreas del proceso de donación y trasplantes. El final de todos los vídeos era el lema: "Compartir la vida es el mejor de los regalos". Con el objetivo de abarcar a todos los sectores de edad y al mayor número de personas, se usaron como canales las diferentes cuentas de redes sociales (RsSs) del hospital Virgen del Rocío y de la Coordinación de Trasplantes: Instagram, Facebook y Twitter. Fueron colgados al mismo tiempo. El impacto se midió de forma directa por el número de reproducciones. Así como de forma indirecta por la repercusión en la prensa, mensajes de agradecimiento.

Resultados: Desde el día 4 de diciembre de 2022 hasta el 9 de enero de 2023 se colgaron en las RsSs un total de 37 vídeos, de menos de 40 segundos grabados en formato reels. El orden de los vídeos fue aleatorio salvo el primero que lo realizó la coordinadora de trasplantes, y el último que lo realizó el equipo directivo. El número de reproducciones de los vídeos fue total: 409.308 reproducciones a día 16 de enero de 2023. Por red social: Twitter: 43.030 reproducciones. Instagram: 214.065 reproducciones. Facebook: 152.213 reproducciones. Diferentes medios de comunicación se hicieron eco de la campaña e hicieron eco. Diferentes medios de comunicación radio y prensa se hicieron eco y solicitaron entrevista a la Coordinación de Trasplantes. El servicio de transporte Urbano de Sevilla (TUSSAM) también quiso participar en la misma, colocando en 20 de los autobuses urbanos y en el Canal Bus el mensaje.

Conclusiones: La estrategia utilizada fue muy acertada, dado a que el impacto de la campaña ha sido muy positivo desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Crear un mensaje simple y que emocione es una gran herramienta, así como utilizar los canales de comunicación adecuados para cubrir todos los sectores de edad.