

Conclusiones: La implementación de un programa PROA que incluye diagnóstico microbiológico precoz mejora los tiempos en la adecuación del tratamiento y reduce la estancia hospitalaria.

Aprobado y financiado por convocatoria del FIS 2020.

010. DISPOSITIVO DE FLUJO LATERAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE ASPERGILOSIS INVASORA EN EL PACIENTE CRÍTICO

Estella García Á, Recuerda Núñez M, Gracia Romero MÁ y Sánchez Calvo JM

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: La necesidad de anticiparse en el diagnóstico de la aspergilosis invasora resulta clave en la instauración de un tratamiento precoz para mejorar el pronóstico de una enfermedad asociada a una alta mortalidad.

El objetivo del presente estudio es analizar la utilidad del dispositivo de flujo lateral (LFD-GM) para el diagnóstico microbiológico de la aspergilosis pulmonar invasora.

Métodos: Estudio prospectivo observacional. Criterios de inclusión: pacientes consecutivos ingresados en UCI precisando ventilación mecánica invasiva por neumonía grave por SARS-CoV-2. Tiempo de estudio: Periodo comprendido entre noviembre de 2020 y junio de 2022. Se realizó lavado broncoalveolar broncoscópico al ingreso en UCI y durante el ingreso en aquellos pacientes en los que se sospechó clínicamente neumonía asociada a ventilación mecánica. Se realizó LFD-GM, cultivo y tinción con blanco de calcoflúor en todas las muestras de respiratorias inmediatamente tras la obtención mediante broncoscopia. Se analizó la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivos y negativos de LFD-GM en muestra respiratoria obtenida mediante lavado broncoalveolar broncoscópico. La determinación cuantitativa de niveles de galactomanano se realizó dos veces por semana. Se consideraron los puntos para determinar los resultados positivos: GM índice $\geq 0,5$ ng/ml y $\geq 1,0$ ng/ml. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, versión 24.

Resultados: 160 lavados broncoalveolares fueron analizados. La incidencia de aspergilosis pulmonar invasora fue de un 18,7%. La sensibilidad del LFD-GM fue de 84%, con una especificidad del 99%, valor predictivo positivo 94% y valor predictivo negativo del 97%. En la tabla se muestran los resultados.

Sensibilidad diagnóstico microbiológico aspergilosis en lavado broncoalveolar								
Prueba microbiológica	VP	VN	FP	FN	S	E	VPP	VPN
EIA-GM index $\geq 0,5$	35	205	11	3	92	95	76	99
EIA-GM index $\geq 1,0$	30	213	3	8	79	99	91	96
LFD-GM	32	230	2	6	84	99	94	97
Cultivo	19	239	6	21	48	98	76	92
Tinción calcofluor	3	135	0	30	9	100	100	82

EIA: enzimoimmunoanálisis.

Conclusiones: LFD-GM mostró una sensibilidad moderada y excelente especificidad para el diagnóstico de aspergilosis invasora, sugerimos que puede ser una útil herramienta de diagnóstico rápido microbiológico en el enfermo crítico con sospecha de aspergilosis.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS I

08:30-10:00 - Sala 114

Moderadores: Alejandro Rodríguez Oviedo/
Antonio Artigas Raventós

011. ANÁLISIS DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO PROA DE CRÍTICOS

Rodín Rodríguez MC¹, Peña Díaz M¹, González García J¹, Madueño Alonso A¹, Rosado Muñoz C¹, Cabrera Guijo P¹ y Rodríguez Mata C²

¹Hospital Universitario de Canarias (C. H. U. de Canarias), Santa Cruz de Tenerife. ²Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar la actividad realizada por el equipo PROA en el Hospital Universitario de Canarias.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de las asesorías realizadas por el equipo PROA de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUC. La unidad está dividida en dos secciones de 12 camas cada una (posoperados de cirugía cardíaca/neurocríticos y polivalente). Se crea un equipo PROA específico para la unidad formado por medicina intensiva, farmacia y microbiología. Se realizan reuniones diarias donde se revisan variables clínicas, analíticas, microbiológicas, etc., así como el tratamiento pautado en cada paciente ingresado en la unidad y se consensua la actitud terapéutica en función de la bibliografía, guías locales, etc. y se emiten recomendaciones. Se revisa el *feedback* de nuestros compañeros realizando un análisis descriptivo de las asesorías realizadas y la respuesta de los facultativos durante el primer año de funcionamiento del equipo.

Resultados: Durante el primer año hemos realizado un total de 426 asesorías con un porcentaje de aceptación del 84%. Un 54% de las asesorías se realizaron en la sección de Cirugía Cardíaca y Neurocríticos y el 46% en la sección de Polivalentes, con una aceptación del 78,9% y del 88,5% respectivamente. Las asesorías se clasificaron en las siguientes categorías con los siguientes porcentajes de aceptación (tabla).

Conclusiones: Los resultados obtenidos han sido satisfactorios con unos porcentajes de aceptación de recomendaciones bastante elevado, siendo en la mayoría de los casos para suspender antibióticos.

012. LA GUERRA OCULTA EN UCRANIA

González Natera R, Vicente Gordo MD, Serrano Ferrer C, Sanpedro Martín I y Fuentes Esteban D

Hospital General de la Defensa, Zaragoza.

Objetivos: Identificar la incidencia de bacterias multirresistentes (BMR), así como los mecanismos de resistencia más frecuentes entre los heridos en la guerra de Ucrania ingresados en nuestra UCI.

Figura Póster 011

Tipo de intervención	N (%)	Porcentaje de aceptación
Suspender antibiótico	221 (52,2 %)	82,4 %
Cambio de antibiótico	53 (12,4 %)	84,9 %
Desescalar tratamiento	48 (11,2 %)	70,8 %
Optimización pK/pD	41 (9,4 %)	90,2 %
Iniciar nuevo tratamiento	41 (9,4 %)	92,5 %
Escalar tratamiento	12 (3 %)	92,3 %
Otros (solicitar pruebas, nuevos cultivos, etc.)	10 (2,4 %)	100 %

Métodos: Se incluyeron los pacientes trasladados desde Ucrania, que ingresaran a UCI. Se inicio aislamiento de contacto preventivo a todos los pacientes, y se tomaron cultivos de vigilancia al ingreso en UCI. El análisis descriptivo de variables cuantitativas se expresó en medias y las variables cualitativas en forma de porcentajes. El análisis estadístico se realizó con programa estadístico SPSS v27.

Resultados: Desde octubre de 2022 hasta noviembre de 2023, ingresaron en UCI un total de 10 pacientes originarios de Ucrania, todos ellos varones, con edad de 38,7 ± 10,32 años. En todos los casos se trataba pacientes con heridas de guerra traumáticas, con ingreso previo en localidad de origen. En la tabla se pueden ver las características de los pacientes. El motivo de ingreso más frecuente fue posoperatorio (50%), seguido de infecciones (20%), canalización de vías (20%), y patología medica en un 10%. El 40% de los pacientes ingresó colonizado con al menos una BMR. La presencia de aislamiento de múltiples gérmenes se encontró en el 75% (3 de 4 pacientes con BMR), con un total de 11 aislamientos, promedio de 2,75 gérmenes/paciente. El germen al ingreso de UCI en todos los casos era el mismo que se identificó al ingreso al hospital. Se aislaron bacilos gram negativos (BGN) en 81,8% (8/11) y gran positivos en 18,2% (2/11). El germen más frecuente fue *K. pneumoniae* con 45,45% (5/11), seguido de *E. coli* 18,2% (2/11), *P. stuartii* y *A. baumannii* 9% (1/11). Se aisló *E. faecium* en dos muestras con VanA. (18,2%). En BGN, se aislaron cepas BLEE 22% (2/9), carbapenemasa tipo NDM 55% (5/9) y cepa XDR 11% (1/9).

Paciente	Edad	Motivo de ingreso en UCI	Aislamientos
1	32	Síndrome confusional agudo	--
2	43	Canalización de vía	--
3	43	Postoperatorio traumatología	--
4	38	Postoperatorio traumatología	--
5	54	Postoperatorio traumatología	--
6	27	Bacteriemia por catéter	<i>K. pneumoniae</i> NDM <i>E. coli</i> NDM <i>K. pneumoniae</i> BLEE <i>E. faecium</i> vanA
7	38	Postoperatorio traumatología	--
8	20	Sepsis urinaria	<i>E. coli</i> NDM <i>K. pneumoniae</i> NMD <i>Providencia stuartii</i> NDM <i>E. faecium</i> vanA
9	51	Canalización de vía	<i>A. baumannii</i> XDR
10	41	Postoperatorio traumatología	<i>K. pneumoniae</i> BLEE

Conclusiones: La incidencia de colonización por BMR es particularmente elevada en heridos de guerra procedentes de Ucrania. Esto puede estar condicionado con el patrón de resistencia regional, así como la selección de gérmenes resistentes en relación con la asistencia sanitaria. Esto debe tenerse en cuenta, no solo para la búsqueda activa de BMR, sino también para el inicio de antibioticoterapia empírica en caso de procesos infecciosos graves en pacientes procedentes de Ucrania.

013. SOBREENFECCIÓN POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTES FALLECIDOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA INFECTADOS POR SARS-CoV-2 ENTRE 2020 Y 2022

Gómez Martínez L¹, Lafita López A¹, Egea González A¹, Blasco Lorente D¹, Rafales Perucha Bl¹, Franquesa González E¹, Arche Banzo MJ², Ocabo Buil P¹ y Bueno Vidales N³

¹Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²Hospital General de la Defensa En Zaragoza, Zaragoza. ³Hospital Universitario Infanta Leonor (C. H. Infanta Leonor), Madrid.

Objetivos: Sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa* en pacientes fallecidos en el servicio de Medicina Intensiva infectados por SARS-CoV-2 entre 2020 y 2022.

Métodos: Estudio analítico, observacional y retrospectivo. Se comparan tres grupos de pacientes fallecidos por SARS-CoV-2 en 3 periodos diferentes y se calcula tasa de incidencia de infección por *Pseudomonas aeruginosa*. Se calcula el RR de fallecimiento en infectados por *Pseudomonas aeruginosa*.

Resultados: Mortalidad por SARS-CoV-2 ha sido del 31%. 47 fallecidos de 148 pacientes ingresados. 18 de estos 47 pacientes fallecidos han presentado una infección por *Pseudomonas aeruginosa*: incidencia acumulada (IA) es del 38,2%. Dado que el tiempo de observación no ha sido el mismo en los 3 grupos: el primer año se observaron 9 meses, el segundo año 12 meses y el último año 3 meses, se calculará la tasa de incidencia o densidad de incidencia. En la que se tiene en cuenta el tiempo de observación individual de cada paciente. Según este caso se puede objetivar como existe mayor número de nuevos casos persona-mes de infección por dicha bacteria en nuestro servicio. RR de fallecimiento en sobreinfección por *Pseudomonas aeruginosa* 49. Ic (6,2 + 385) con una p: 0,001.

Conclusiones: Se ha triplicado la tasa de Incidencia de coinfección por *Pseudomonas aeruginosa* a lo largo de estos dos años. Se ha correlacionado analíticamente la infección por *Pseudomonas aeruginosa* con una probabilidad más alta de fallecimiento, siendo estadísticamente significativa. La incidencia acumulada de infección por *Pseudomonas aeruginosa* fue alta.

014. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE CEFIDEROCOL EN PACIENTES CON INFECCIONES GRAVES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS CON OPCIONES TRATAMIENTO LIMITADO, EN UNA UCI CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y TERCIARIO

Sánchez Ramírez C, Lara Franco L, Ridings Figueroa C, Velasco Ballesta A, Rivera Marchán P, Febles González LJ, Villagra Campos I, Carrera Vázquez P, Lübbe Vázquez CF y Ruiz Santana S

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

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad del uso de cefiderocol en una serie de pacientes con infecciones graves por bacilos gram negativos (BGN) con opciones tratamiento limitado en una UCI con descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes mayores de 18 años ingresados en nuestra UCI con infecciones graves por BGN, desde el 1 noviembre de 2021 a 31 octubre de 2023. Utilizamos DDS desde el 1 de octubre 2011. Se administró una dosis de cefiderocol 2 g iv/ 8 h en perfusión extendida de 3 horas. Se usó 2 g iv/6h en caso de

Figura Póster 013

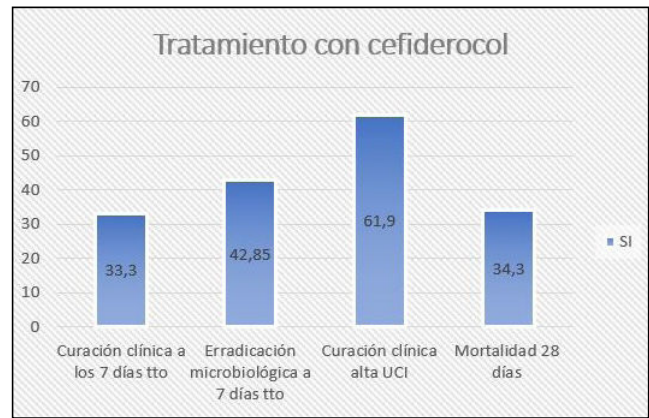
FALLECIDOS POR COVID-19 Y TASA DE INCIDENCIA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA					
Fallecidos 2020		Fallecidos 2021		Fallecidos 2022	
21		20		6	
Infección por P. aeruginosa	NO Infección por P. aeruginosa	Infección por P. aeruginosa	NO Infección por P. aeruginosa	Infección por P. aeruginosa	NO Infección por P. aeruginosa
9	12	7	13	2	4
Densidad de Incidencia		Densidad de Incidencia		Densidad de Incidencia	
0,04 nuevo caso persona-mes		0,02 nuevo caso persona - mes		0,11 nuevo caso persona - mes	

aclaramiento de creatinina > 120 ml/h. Se ajustó la dosis según función renal. El cefiderocol se usó en pacientes con *Acinetobacter baumannii*. La muerte en 48 horas fue criterio de exclusión. Se describen tipo de ingreso, gravedad del paciente, factores de riesgo, así como criterios microbiológicos, marcadores de infección, criterios clínicos a tres días antes, el día de la infección y 7 días después del inicio del tratamiento. Se evaluó la negativización microbiológica y clínica. También tratamiento antibiótico 14 días previos, así como concomitante con cefiderocol, duración tratamiento y mortalidad a los 28 días de inicio de tratamiento con cefiderocol. Variables categóricas se resumieron en frecuencias y las numéricas en medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos (IQR).

Tabla 1. Características de los pacientes

	Tratamiento Cefiderocol N = 21
Edad	58.76 ± 12.9
APACHE II ingreso	17 (8;32)
APACHE II infección	19 (12;27.5)
DDS	21 (100.0)
Sexo varón	13 (61.9)
SOFA infección	8 (7;11)
Índice Charlson	3 (1.5; 5.5)
Paciente coronario	2 (9.5)
Cirugía urgente	17 (81.0)
Inmunosupresión	3 (14.3)
Neutropenia	2 (9.5)
Inmunodepresión	3 (14.3)
Nutrición Parenteral	7 (33.3)
Desnutrición	8 (38.1)
Diabetes	3 (14.3)
COVID 19	4 (19.0)
Técnica de reemplazo renal	15 (71.4)
ECMO	4 (19.0)
Trasplante	3 (14.3)
NAVM	11 (52.4)
Traqueobronquitis VM	5 (23.8)
Bacteriemia secundaria	1 (4.8)
EXITUS ALTA UCI	6 (28.6)
EXITUS A LAS 28 DÍAS	11 (52.4)
EXITUS ALTA HOSPITAL	11 (52.4)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	2 (9.5)
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	2 (9.5)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4 (19.0)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> MR	10 (47.6)
<i>Pseudomonas pútida</i>	3 (14.3)
Duración tto con cefiderocol	10 (7.5;13)
Cefiderocol en monoterapia	16 (76.2)
Tipo paciente	
Médico	19 (90.5)
Cirugía programada	0
Cirugía urgente	2 (9.5)
Respuesta inflamatoria ingreso	
Sepsis	14 (66.7)
Shock séptico	7 (33.3)
Shock séptico día 0 (infección)	10 (47.6)
Estancia en UCI, días	58.33 ± 35.71

Los datos son número y frecuencia, media ± desviación estándar o mediana con rango intercuartílico. DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NAVM: neumonía asociada a ventilación mecánica; VM: ventilación mecánica



Resultados: Los pacientes tratados con cefiderocol durante el periodo de estudio fueron 21. Todos usaron DDS. La media de edad fue 58.76 ± 12.9 y 61,9% fueron varones (tabla). La infección tratada fue adquirida en UCI en el 90,5% de los pacientes. La infección más frecuente fue la neumonía asociada a ventilación mecánica (VM) en el 34,3%. En total el 81% tuvieron origen respiratorio. El 90,5% de los pacientes tenían VM. El germen más frecuente fue la *Pseudomonas aeruginosa*. Dos pacientes tuvieron *Acinetobacter baumannii* con curación clínica y microbiológica, vivos a los 28 días de inicio del tratamiento. A los 7 días de tratamiento la erradicación del germen fue de 42,85% y la curación clínica del 33,3%. La mortalidad a los 28 días fue 34,3%. La curación clínica al finalizar tratamiento fue 61,9% con una erradicación de microbiológica al alta de 52,3% (fig.). No hubo coinfecciones resistentes al cefiderocol ni efectos adversos.

Conclusiones: En nuestra UCI el uso del cefiderocol en pacientes con infecciones graves por BGN obtuvo una curación clínica al finalizar el tratamiento de 61,9%, con una erradicación microbiológica al alta de 52,3%. La mortalidad a los 28 días fue de 34,3%. No hubo efectos adversos a la administración del cefiderocol.

015. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASIVOS. INFORME ENVIN 2023

Gracia Arnillas M¹, Álvarez Lerma F¹, Nuvalis Casals X², Gimeno Costa R³, Mas Bilbao N⁴, Lobo Palanco J⁵, Catalán Gonzales M⁶ y Envin G⁷

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁴Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁵Clinica Universidad de Navarra, Pamplona. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁷Semicyuc, Madrid.

Objetivos: Describir tasas y etiologías de infecciones relacionadas con dispositivos (IDRI) en pacientes de UCI durante los periodos de vigilancia del ENVIN del año 2023.

Métodos: Estudio incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido los pacientes ingresados en UCI más de 24 horas e introducidos en el registro ENVIN entre 1-abril y 30-junio del 2023. Se han controlado neumonías relacionadas ventilación mecánica (N-VM), bacteriemias primarias relacionadas con catéter venoso central (BP-CVC) e infecciones del tracto urinario relacionadas con sonda uretral (ITU-SU) siguiendo las definiciones disponibles en el manual del registro ENVIN. La identificación de la etiología de cada IRDI se realizó en cada hospital siguiendo su propia metodología. Se calculó la densidad de incidencia (DI) en relación a los días del factor de riesgo asociado y se expresó como "episodios por 1000 días del factor de riesgo". Se comparan con DI y etiologías del periodo ENVIN del 2019 al 2022 (p < 0,05 significativo).

Resultados: En el periodo analizado del año 2023 se han incluido 27.558 pacientes procedentes de 223 UCI. En la tabla se incluyen las tasas globales de IRDI y las DI de las infecciones. La etiología de N-VM se ha mantenido sin cambios predominando *P. aeruginosa*, *S. aureus* MS y *K. pneumoniae*. En la etiología de ITU- SU mantiene el protagonismo *E. coli* sustituido en los dos años 2020 y 2021 (pandemia) por *E. faecalis* seguido de *P. aeruginosa* y *C. albicans*. En BP-CVC, *S. epidermidis* se ha mantenido en primer lugar en los cinco periodos.

Conclusiones: Mejora en la prevención y control de las IRDI. Descenso significativo DI de IRDI con pocas variaciones en etiología.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2023/48603/001.

Tabla Póster 015

	2019	2020	2021	2022	2023
Pacientes, n°	28.620	14.489	20.169	25.132	27.558
Días estancia UCI	202.216	184.685	203.707	199.056	209.823
IRDI/1.000 días estancia UCI *	1.361 (6,73)	2.510 (15,98)	2.896 (14,22)	2.452 (12,32)	1.880 (10,64)
DI N-VM, episodios/1.000 d VM*	500/92.458	1.088 /94.395	1.354/119.544	874/102.260	782/100.168
	5,41	11,53	11,33	8,55	7,81
ITU-SU, episodios/ 1.000 d SU *	484/169.651	638/134.362	819/175.188	689/174.282	640/179.424
	2,85	4,75	4,67	3,95	3,57
BP-CVC, episodios/1.000 d CVC*	377/150.845	784/126.087	723/163.511	289/58.875	213/164.193
	2,50	6,22	4,42	1,82	1,30
BS, episodios/1.000 d UCI *	306/202.620	442/184.685	402/203.707	332/199.056	283/203.273
	1,51	2,39	1,97	1,67	1,39

*p < 0,05.

016. ENFERMEDAD INVASIVA POR STEPTOCOCCUS PYOGENES, UNA ETIOLOGÍA NO TAN INFRECUENTE

Villanueva Malvido L y López de Arbina N

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El *Streptococcus pyogenes* (SGA) produce cuadros clínicos como faringoamigdalitis, infecciones de la piel y partes blandas y enfermedades invasivas (EI) como bacteriemia, neumonía necrotizante, fascitis necrotizante o síndrome de shock tóxico. Estas ocasionan una mor-

bimortalidad elevada, estancias hospitalarias prolongadas y graves secuelas al alta hospitalaria. En los últimos años se ha visto un aumento significativo de la EI por *S. pyogenes*, que se relacionan con cambios en la incidencia, virulencia y etiología de las enfermedades infecciosas en los años posteriores a la pandemia de SARS-CoV-2. Presentamos una serie de 12 casos clínicos de EI por *S. pyogenes* que requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital terciario (Dr. Josep Trueta de Girona) en el año 2023. El objetivo es caracterizar el perfil demográfico, el cuadro clínico, describir el manejo terapéutico y el pronóstico a corto plazo.

Métodos: Análisis observacional descriptivo de una serie de 12 pacientes mayores de 18 años que requirieron ingreso en UCI con diagnóstico clínico o analítico de EI por *S. pyogenes* durante el año 2023.

Resultados: Ingresamos 12 pacientes cuyas características se muestran en la tabla. Al ingreso en UCI se utilizaron como antibióticos empíricos piperacilina-tazobactam o meropenem y vancomicina o linezolid con clindamicina en perfusión continua para optimizar la farmacocinética y farmacodinámica. En el shock séptico (SS) refractario se utilizó infusión de inmunoglobulinas. Para el diagnóstico microbiológico se utilizaron muestras de hemocultivo y de lavado broncoalveolar a los que se les realizaba un test de diagnóstico rápido (Filmarray®), que resultó positivo para *S. pyogenes* en el 83% de los casos. Un 8,33% tenía un strepto-test positivo y una clínica compatible, pero sin aislamiento microbiológico. Si se confirmaba una IPPB, se procedía a desbridamiento quirúrgico.

Conclusiones: La EI por *S. pyogenes* tiene una elevada mortalidad y requiere una sospecha clínica y un tratamiento antibiótico precoz. La determinación microbiológica con Filmarray® nos permite acortar el tiempo de detección y dirigir el antibiótico, que en nuestra experiencia permite mejorar el manejo del SS. Dada la gravedad y el aumento de incidencia de EI por *S. pyogenes*, se ha iniciado un estudio sobre los tipos de cepas causantes de estos cuadros clínicos.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	
Edad (años)	61.08 ± 16.35
Sexo (mujeres)	50 %
Índice de comorbilidad Charlson (media + DE)	3 ± 1.87
Hipertensión arterial (HTA)	58.33 %
Diabetes mellitus II (DM 2)	25.00 %
Dislipemia (DL)	33.33 %
Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)	8.33 %
Enfermedad renal crónica (ERC)	0 %
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	8.33 %
Neoplasia sólida o hematológica	16.67 %
SOFA ingreso (media + DE)	12 ± 2.21
SAPS II ingreso	61 ± 24.17
Estancia media en UCI (días)	15.92 ± 16.20
Mortalidad en UCI (%)	16.66 %
VARIABLES HEMODINÁMICAS Y RESPIRATORIAS	
Requerimiento de drogas vasoactivas (DVA) (días)	9.58 ± 10.05
Noradrenalina > 0.20 mcg/kg/min (%)	100 %
Vasopresina > 0.60 UI/L (%)	100 %
Noradrenalina 0 h (mcg/kg/min)	0.44 ± 0.17
Vasopresina 0 h (UI/L)	0.60 ± 0.56
Noradrenalina 48 h (mcg/kg/min)	0.37 ± 0.35
Vasopresina 48 h (UI/L)	0.52 ± 0.63
Corticoides en perfusión continua (%)	75 %
Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) (días)	15.50 ± 5.50
Veno-venosa (%)	8.33 %
Veno-arterial (%)	8.33 %
Terapia renal sustitutiva (TRS) (%)	50 %
Días de TRS	3 ± 4.04
Ventilación mecánica (%)	75 %
Días de ventilación mecánica	12.66 ± 17.45
VARIABLES ANALÍTICAS	
Lactato (mg/dL)	34 ± 20.18
Proteína C reactiva (PCR) (mg/dL)	31.84 ± 6.89
Procalcitonina (PCT) (ng/dL)	65.36 ± 42.49
Troponinas (pg/dL)	213.47 ± 509.40
Creatinina quinasa (CPK) (U/L)	359.79 ± 444.85
CARACTERÍSTICAS INFECCIOSAS	
Presentación clínica (%)	
Piel y partes blandas	25 %
Neumonía	58.33 %
Otorrinolaringológico (ORL)	16.67 %
Coinfección con otro virus respiratorio (%)	25 %
Filmarray * (%)	
Hemocultivos (HC)	50 %
Lavado broncoalveolar (BAL)	50 %
<i>S.pyogenes</i> positivo	83.33 %
Desbridamiento quirúrgico (%)	16.67 %
Inmunoglobulinas (%)	16.67 %

017. MARCADORES INFLAMATORIOS EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19

Gracia Arnillas M¹, Escribá Bárcena A², Álvarez Lerma F¹, Nuvials Casals X³, Gimeno Costa R⁴, Mas Bilbao N⁵, Lobo Palanco J⁶, Catalán González M⁷ y Grupo Envin⁸

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital de Fuenlabrada, Madrid. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁵Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ⁶Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁸Semicyuc, Madrid.

Objetivos: Evaluar la contribución de varios marcadores inflamatorios en la estratificación de riesgos y la toma de decisiones clínicas, considerando el impacto de la terapia inmunomoduladora, en pacientes con COVID-19 ingresados en UCI.

Métodos: Análisis *post hoc* prospectivo, multicéntrico de pacientes ingresados en UCI por COVID-19 en España entre febrero de 2020 y noviembre de 2021. Se incluyeron pacientes > 18 años ingresados en UCI > 24 horas. Se recopilaron datos demográficos, clínicos y de marcadores inflamatorios hasta el séptimo día de ingreso en UCI. Se analiza la asociación entre los marcadores y la mortalidad, y su respuesta a la terapia inmunomoduladora.

Resultados: Se analizaron 11.114 pacientes. Los pacientes fallecidos tenían niveles significativamente (p < 0,05) más altos de marcadores

inflamatorios y menor cifra de linfocitos, cuyos valores se reflejan en la tabla. Sin embargo, estos marcadores tenían una capacidad discriminadora limitada para la predicción de la mortalidad (AUC < 0,61) con diferencias en los niveles de marcadores inflamatorios en pacientes que recibían terapia inmunomoduladora.

	Vivos	Fallecidos
IL-6, pg/mL	132 [36-484]	238 [60,8-978]
D- dímero ng/mL	1.599 [830-4.258,5]	2.673 [1.234-7.602]
Lactato deshidrogenasa U/L	466 [355-630]	552,5 [431-740]
Ferritina, ng/mL	1.127,5 [609,5-1.886]	1.293 [721-2.300]
Procalcitonina, ng/mL	0,16 [0,05-0,81]	0,57 [0,16-3]
Linfocitos	560 [400-780]	460 [300-650]

Conclusiones: Los marcadores inflamatorios elevados en pacientes críticos con COVID-19 grave no predicen de forma fiable la mortalidad. La terapia inmunomoduladora introduce variabilidad en estos marcadores, subrayando la necesidad de enfoques de tratamiento personalizados y un enfoque multifactorial para la estratificación de riesgos.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente nº: 2023/48603/001.

018. EVOLUCIÓN DEL USO EN PACIENTES CRÍTICOS ANTIMICROBIANOS DE MÁS RECIENTE COMERCIALIZACIÓN. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS 21-23

Mas Bilbao N¹, Álvarez Lerma F², Catalán González M³, Nuvials Casals X⁴, Gracia Arnillas MP², Gimeno Costa R⁵ y Lobo Palanco J⁶

¹Hospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ²Hospital del Mar, Barcelona.

³Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

⁶Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Describir el consumo y evolución de antimicrobianos (ATM) de más reciente comercialización en los pacientes críticos entre los años 2021 y 2023.

Métodos: Datos obtenidos del registro ENVIN, de naturaleza prospectiva, observacional, multicéntrica y voluntaria. Se incluyen los datos de los meses entre abril y junio de los años 2021, 2022 y 2023. Se han recogido datos relativos al uso de ATM de más reciente comercialización. Análisis descriptivo. Las variables continuas se expresan como media y desviación estándar (DE) y las categóricas como total y porcentaje.

Resultados: En los periodos de estudio se registraron 20,169, 25,132 y 27,558 pacientes respectivamente. El 66% recibieron ATM durante su estancia en UCI en cada periodo. Se realizaron 33,655, 38,980 y 40,755 indicaciones de ATM. En la tabla se muestran los ATM de reciente comercialización, indicaciones que se realizaron en cada periodo (porcentaje sobre el total del año) y duración media del tratamiento en días. Los antimicrobianos más empleados se utilizaron más frecuentemente en infecciones adquiridas en UCI.

Conclusiones: El número de indicaciones de antimicrobianos de nueva comercialización ha aumentado, manteniendo los porcentajes de

uso. Hay mucha variabilidad en los tiempos de tratamiento. Las indicaciones son mayoritariamente por infecciones adquiridas en UCI.

Financiado por: Ministerio de Sanidad (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios). Expediente nº: 2023/48603/001.

019. ADECUACIÓN EN EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO EN LAS UCI DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Hernández Gozalves G, Abdel-Hadi Álvarez HM, Pérez Serrano R, Garvayo Fernández F, Castelar Cuesta Cabezas T, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV y Ortiz Díaz-Miguel R

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Principal: determinar si el antibiótico empírico fue el adecuado en base a los agentes causales de las infecciones identificadas en las UCI según una cohorte retrospectiva del Hospital General Universitario de Ciudad Real. Secundario: analizar la necesidad de emplear antibioterapia de amplio espectro de entrada en los pacientes ingresados en UCI.

Métodos: Diseño: se trata de un estudio unicéntrico de tipo observacional, de cohortes retrospectivo de pacientes críticos ingresados con infección en el HGU CR desde enero a junio de 2022. Criterios de inclusión y exclusión: Inclusión: pacientes ingresados en cualquiera de las UCI del HGU CR con infección e identificación del microorganismo causal. Exclusión: Pacientes menores de 15 años. < 24 horas de supervivencia tras ingreso en UCI. Pacientes sin infección documentada microbiológicamente. Pacientes sin sospecha de infección. Base de datos: la presente comunicación está extraída a partir de la base de datos del proyecto de investigación "Tratamiento antibiótico empírico apropiado en los pacientes críticos del Hospital General Universitario de Ciudad Real".

Resultados: El estudio abarcó finalmente a 140 pacientes (70,7% UCI polivalente vs. 29,3% UCI posquirúrgica). El 68,5% fueron hombres con una media de 65 años. El 57,9% eran pacientes procedentes de la comunidad, el 37,9% eran procedentes de hospitalización y el 4,3% procedían de centros sociosanitarios. En un 80,7% el tratamiento antibiótico empírico fue adecuado en base a los agentes causales de las infecciones identificadas en la UCI (sin diferencias estadísticas entre la UCI polivalente y la UCI posquirúrgica, 78,8 vs. 85,3%; p = 0,369). El antibiótico empírico más frecuentemente usado fue la amoxicilina-clavulánico (15%), seguido del piperacilina-tazobactam (13%) y piperacilina-tazobactam + linezolid (10%). Limitaciones: la principal limitación del presente proyecto son la naturaleza unicéntrica del mismo y el carácter retrospectivo. No se recogen todas las infecciones sufridas por los pacientes ingresados en UCI, solo en las que se encuentra aislamiento microbiológico representativo.

Conclusiones: El tratamiento antibiótico empírico empleado en nuestro estudio fue adecuado en un 80,7%. Se objetivó además que el empleo de amoxicilina-clavulánico como antibiótico empírico fue el adecuado, si bien comentar que la gran parte de nuestros pacientes no tenían factores de riesgo para desarrollar microorganismos multirresistentes. Esto no debe generalizarse, ya que se debe individualizar según las recomendaciones de las guías actuales.

Tabla Póster 018

Uso de antimicrobianos entre 2021 y 2023

Antimicrobianos	2021		2022		2023	
	Indicaciones (%)	Días M(DE)	Indicaciones (%)	Días M(DE)	Indicaciones (%)	Días M(DE)
Aztreonam-avibactam	1 (0,0)	5,0 (-)	0	0	1 (0,0)	2,0 (-)
Cefiderocol	13 (0,0)	11,9 (6,5)	11 (0,0)	15,6 (14,3)	74 (0,2)	8,3 (5,5)
Ceftarolina-avibactam	59 (0,2)	8,9 (6,2)	58 (0,2)	8,5 (6,7)	82 (0,2)	6,5 (4,6)
Ceftarolina-fosamil	45 (0,1)	9,6 (7,0)	102 (0,3)	7,7 (7,2)	170 (0,4)	5,9 (4,6)
Ceftazidima-avibactam	326 (1,0)	8,9 (6,4)	293 (0,8)	7,8 (5,0)	357 (0,88)	7,6 (5,5)
Ceftobiprole medocarilo	1 (0,0)	5,0 (-)	3 (0,0)	2,7 (1,5)	6 (0,0)	3,8 (1,8)
Ceftolozano-tazobactam	5 (0,0)	3,4 (0,6)	129 (0,3)	8,3 (5,3)	145 (0,4)	8,1 (6,7)
Dalvabancina	0	0	1 (0,0)	3 (-)	1 (0,0)	24,0 (-)
Imipenem-cilastina-relebactam	0	0	1 (0,0)	3 (-)	1 (0,0)	5,0 (-)
Isavuconazol	160 (0,5)	10,6 (9,5)	155 (0,4)	10,8 (10,1)	203 (0,5)	9,7 (10,4)
Meropenem-nacubactam	1 (0,0)	6,0 (-)	1 (0,0)	4 (-)	3 (0,0)	8,3 (7,6)
Meropenem-vaborbactam	0	0	5 (0,0)	6,2 (5,6)	14 (0,0)	8,1 (5,5)
Tedizolid	24 (0,1)	8,4 (5,8)	69 (0,2)	7,6 (8,5)	88 (0,2)	6,6 (4,5)

020. DOCE AÑOS DE APLICACIÓN DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL: IMPACTO EN LA TASA DE INFECCIONES NOSOCOMIALES, DE GÉRMENES MULTIRRESISTENTES Y DE CONSUMO ANTIBIÓTICO

Sánchez Ramírez C¹, Hipola Escalada S¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Tout Castellano M¹, Roldán Furelos L¹, López Domínguez A¹, Hernández Viera MA¹, Marrero Penichet SM¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Analizar el efecto de la descontaminación digestiva selectiva (DDS) en una UCI durante 12 años en la prevención de infecciones nosocomiales (IN), por gérmenes multirresistentes (GMR) y consumo antibiótico.

Métodos: En una UCI polivalente de 30 camas se compararon dos cohortes consecutivas, con y sin DDS del 1 octubre 2010 al 30 septiembre 2023. La DDS se aplicó desde 1 octubre 2011 a septiembre 2023 a todos los pacientes ingresados que requerían intubación endotraqueal más de

48 horas. Se aplicó 4 días de cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta oral, con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se tomaron muestras orofaríngeas, rectales al ingreso y una vez a la semana. Los criterios diagnósticos aplicados son los de proyecto ENVIN-Helics. Se analizaron factores demográficos, intrínsecos y extrínsecos de riesgo de IN. Se realizó un análisis logístico univariado y un análisis de regresión logística múltiple de DDS. Se obtuvieron para cada uno de los grupos las incidencias de IN y por GMR por 1.000 días de exposición y se compararon mediante el riesgo de incidencias con su intervalo de confianza al 95%. También se compararon los consumos antibióticos con y sin DDS. Los datos fueron analizados utilizando el paquete R versión 4.2.1 (R Development Core Team, 2022)

Resultados: Ingresaron 13.383 pacientes y de ellos 966, con DDS, desarrollaron IN. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en criterios de ingreso (tabla 1). Las IN por *Acinetobacter* spp., Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia renal crónica, y neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), fueron factores estadísticamente independientes asociados a la DDS en el análisis multivariado (tabla 2). Hubo también disminución significativa de las infecciones por enterobacterias beta-lactamasas de espectro extendido

Tabla 1. Análisis univariado de Descontaminación Digestiva Selectiva

	Pacientes con Descontaminación Digestiva Selectiva		P
	No N = 110	Si N = 856	
Edad (años)	59.5 ± 15.8	61.2 ± 14.1	0.24
APACHE-II	21.2 ± 7.7	20.4 ± 7.7	0.379
Sexo varón	74 (67.3)	857 (100.0)	< .001
Trauma	17 (15.4)	561 (67.5)	0.936
Coronario	19 (17.3)	88 (10.3)	0.093
Cirugía urgente	34 (30.9)	178 (20.8)	0.412
Neutropenia	8 (7.3)	33 (3.9)	0.789
Inmunodepresión	3 (2.7)	3 (0.3)	0.022
NP	26 (23.6)	174 (20.3)	0.526
TRR	34 (30.9)	345 (40.3)	0.043
Desnutrición	12 (10.9)	82 (9.6)	0.61
Diabetes	34 (30.9)	260 (30.3)	0.855
EPOC	9 (8.2)	136 (15.9)	0.036
Insuficiencia renal crónica	40 (36.4)	153 (17.9)	< .001
NAVM	59 (53.6)	295 (34.4)	< .001
BRC	26 (23.6)	331 (38.8)	0.002
Bacteriemia secundaria	31 (28.2)	216 (25.3)	0.479
Infección de orina	29 (26.4)	242 (28.3)	0.716
ATB 48 horas antes ingreso	28 (25.4)	230 (27.7)	0.656
Exitus	36 (32.7)	302 (35.2)	0.519
<i>Acinetobacter</i>	13 (11.8)	8 (0.9)	< .001
SAMR	4 (3.6)	12 (1.4)	0.096
BLEES	38 (34.5)	207 (24.1)	0.016
<i>Pseudomonas</i> MR	10 (9.1)	72 (8.4)	0.791
BGN MR	12 (10.9)	38 (4.4)	0.004
Tipo paciente			0.243
Médico	79 (71.8)	637 (74.4)	
Cirugía programada	10 (9.1)	99 (11.6)	
Cirugía urgente	21 (19.1)	120 (14.0)	
Respuesta inflamatoria			0.542
No sepsis	2 (1.8)	29 (3.4)	
Sepsis	23 (20.9)	154 (18.0)	
Shock séptico	85 (77.3)	674 (78.6)	
Días en UCI	28 (16 ; 44.8)	35.0 (21.0 ; 54.0)	0.002

Los datos son media±DS, frecuencias (%) y medianas (RiQ).NP: nutrición parenteral;TRR: técnica de reemplazo renal;EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central;SAMR: *Staphylococcus aureus* metilicilina resistente; BLEE: beta-lactamasas de espectro extendido;BGN MR: Bacilo Gram Negativo multirresistente

(BLEE) $p = 0,016$ y bacilos gram negativos (BGN) multirresistentes (MR) $p = 0,004$, así como de la tasa de NAVM infección urinaria, bacteriemia secundaria nosocomial y por GMR (tabla 3). Hubo 1 IN por *Clostridium difficile* y disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.

Tabla 2. Análisis de regresión logística para DDS

	P	Odd-Ratio (95% IC)
NAVM	< 0.001	0.467 (0.307,0.711)
EPOC	0.017	2.436 (1.171,5.067)
Insuficiencia renal	< 0.001	0.382 (0.243,0.601)
IN por Acinetobacter	< 0.001	0.084 (0.032,0.219)

DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IN: infección nosocomial.

Tabla 3. Tasas de infecciones

		DDS		P	Riesgo Relativo (95% IC)
		No	Si		
NAVM	NAVM/1000 días de VM	10.31	3.97	<0.001	0.385 (0.294 - 0.505)
Infección Urinaria	Infección urinaria /1000 días de sonda urinaria	3.79	2.61	0.042	0.689 (0.461 - 0.988)
BRC	Bacteremias/1000 días de CVC	3.59	3.75	0.822	1.047 (0.703 - 1.558)
Bacteriemias secundarias	Bacteremias /1000 días en UCI	4.69	2.16	<0.001	0.461 (0.334 - 0.637)
GMR	IN por GMR/1000 días en UCI	9.59	2.83	<0.001	0.295 (0.233 - 0.373)

DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; VM: ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; CVC: catéter venoso central; GMR: Gérmen multirresistente; IN: infección nosocomial

Conclusiones: La aplicación de DDS durante 12 años disminuyó de forma significativa las INs por *Acinetobacter baumannii*, enterobacterias BLEE y de BGN MR. La tasa de de IN. NAVM, de infección urinaria, bacteriemias secundarias nosocomiales y por GMRs también se redujeron de forma significativa. Finalmente, disminuyó el consumo antibiótico tras DDS.

021. FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UCI CON APLICACIÓN DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA DURANTE 12 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Hípola Escalada S¹, López Domínguez A¹, Roldán Furelos L¹, Tout Castellano M¹, Sosa Durr MÁ¹, Hernández Viera MA¹, Morales Sirgado RE¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Identificar los factores asociados con la mortalidad en pacientes con infección nosocomial (IN) en una UCI con descontaminación digestiva selectiva (DDS) tras 12 años.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron 966 INs desde 1 octubre de 2010 a 30 de septiembre 2023 en una UCI polivalente de 30 camas. Se aplicó DDS a los pacientes que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a mortalidad descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de IN fueron los del ENVIN-Helics. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes y las numéricas en medias y desviaciones estándar o en medianas y rangos intercuartílicos. Los porcentajes se compararon con el test de χ^2 o el test exacto de Fisher, las medias con el t-test y las medianas con el test de Wilcoxon para datos independientes. Se realizó

un análisis logístico multidimensional. Se consideró significativo si $p \leq 0,05$.

Resultados: De 13.383 pacientes ingresados 996 pacientes desarrollaron INs. De estos, 337 fallecieron. El análisis univariado se muestra en la tabla 1. Las INs por *Pseudomonas* multirresistentes (MR) con $p < 0,001$ y Bacilos Gram negativos (BGN) MR con $p = 0,009$ fueron estadísticamente significativos asociados a la mortalidad. La aplicación de DDS ni la estancia en UCI fueron estadísticamente significativas. Los factores independientes asociados a mortalidad fueron: técnica de reemplazo renal, neoplasia, shock séptico, neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), nutrición parenteral, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y APACHE II (tabla 2).

Tabla1. Univariado Mortalidad y DDS 11 años

	Pacientes Vivos N = 629	Pacientes Muertos N = 337	P
Edad	59.4 ± 14.7	64.0 ± 13.0	< .001
APACHE II	19.2 ± 7.3	23.0 ± 7.7	< .001
DDS	555 (88.2)	302 (89.6)	0.519
Sexo varón	413 (67.8)	222 (67.5)	0.971
Paciente Traumático	92 (14.7)	13 (3.9)	< .001
Paciente coronario	124 (19.7)	73 (21.7)	0.46
Cirugía urgente	153 (24.3)	82 (24.5)	0.958
Inmunosupresión	48 (7.6)	63 (18.8)	< .001
Neutropenia	14 (2.2)	22 (6.5)	< .001
NP	95 (15.1)	104 (30.9)	< .001
DVE	77 (12.2)	9 (2.7)	< .001
TRR	157 (25.0)	221 (65.6)	< .001
Desnutrición	42 (6.7)	52 (15.4)	< .001
Diabetes	167 (26.6)	127 (37.7)	< .001
EPOC	76 (12.1)	69 (20.5)	< .001
Insuficiencia renal crónica	91 (14.5)	101 (30.0)	< .001
Cirrosis	20 (3.2)	22 (6.5)	0.015
Neoplasia	39 (6.2)	51 (15.1)	< .001
NAVM	198 (31.5)	155 (46.0)	< .001
BRC	246 (39.3)	111 (32.9)	0.051
Bacteriemia secundaria	151 (24.1)	96 (28.5)	0.139
Infección de orina	185 (29.4)	86 (25.6)	0.209
ATB 48 horas antes ingreso	139 (22.7)	119 (36.5)	< .001
Acinetobacter	14 (2.2)	7 (2.1)	0.88
SAMR	11 (1.8)	5 (1.5)	0.758
BLEES	149 (23.7)	96 (28.5)	0.102
Pseudomonas MR	38 (6.1)	44 (13.1)	< .001
BGN MR	24 (3.8)	26 (7.7)	0.009
Tipo paciente			< .001
Médico	439 (69.8)	276 (82.2)	
Cirugía programada	89 (14.1)	20 (6.0)	
Cirugía urgente	101 (16.1)	40 (11.9)	
Respuesta inflamatoria			< .001
No sepsis	21 (3.3)	10 (3.0)	
Sepsis	140 (22.3)	37 (11.0)	
Shock séptico	468 (74.4)	290 (86.1)	
Días en UCI	33.0 (20.0 ; 50.0)	36.0 (21.0 ; 58.0)	0.059

Los datos son medias ± DS, frecuencias (%) y medianas (RQ). DDS: Descontaminación Digestiva Selectiva; NP: nutrición parenteral; DVE: Derivación ventricular externa; TRR: técnica de reemplazo renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica; BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* metilasa resistente; BLEE: Bacteriemias de espectro extendido; BGN MR: Bacilo Gram negativo multirresistente.

Tabla 2. Análisis de regresión logística múltiple de mortalidad

	P	Odd-Ratio (95% IC)
APACHE II	< .001	1.053 (1.031 ; 1.075)
Shock séptico	< .001	1.887 (1.376 ; 2.587)
NP	< .001	1.856 (1.290 ; 2.672)
TRR	< .001	4.460 (3.276 ; 6.074)
EPOC	0.007	1.749 (1.168 ; 2.617)
Neoplasia	< .001	2.480 (1.512 ; 4.068)
NAVM	< .001	1.859 (1.342 ; 2.576)

NP: nutrición parenteral; TRR: técnica de reemplazo renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica.

Conclusiones: En una Unidad con DDS se asociaron de forma independiente con la mortalidad en UCI: técnica de reemplazo renal, neoplasia, shock séptico, NAVM, nutrición parenteral, EPOC y APACHE II. Las INs por, *Pseudomonas* MR y BGNMR se asociaron con mayor mortalidad. La aplicación de DDS no afectó la mortalidad.

022. IMPACTO DEL TIPO DE UCI EN LAS TASAS DE INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASORES EN EL AÑO 2023. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS

Álvarez Lerma F¹, Mas Bilbao N², Catalán González M³, Nuvials Casals X⁴, Gimeno Costa R⁵, Gracia Arnillas MP¹ y Lobo Palanco J⁶

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

Objetivos: Describir las características de los pacientes, gravedad, días de estancia, ratio de empleo de dispositivos invasivos y tasas de infecciones relacionadas con ellos (IRDI) en relación al tipo de UCI.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido los pacientes ingresados en UCI más de 24 horas e introducidos en el registro ENVIN entre el 1 de abril y 30 de junio del año 2023. Las UCI se han clasificado por el tipo de pacientes que ingresan en polivalentes (P), médicas (M), quirúrgicas (Q), coronaria (C), traumatológica (T), cirugía cardíaca (CC), quemados (Q) y reanimación (R). Se han controlado neumonías relacionadas con ventilación mecánica (N-VM), bacteriemias primarias relacionadas con catéter venoso central (BP-CVC) e infecciones del tracto urinario relacionadas con sonda uretral (ITU-SU) siguiendo las definiciones disponibles en el manual del registro ENVIN (1). Se calculó la densidad de incidencia (DI) de cada infección en relación a los días del factor de riesgo asociado con cada una de ellas y se expresó como “episodios por 1.000 días del factor de riesgo”.

Resultados: En el periodo analizado se han incluido 27.558 pacientes procedentes de 223 UCI.

Conclusiones: Se observan diferencias en las características, estancia, gravedad y tasas de infecciones entre los diferentes tipos de UCI.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2023/48603/001.

plazo renal (TRRC) 50%, colonización por *Candida* 23%, tratamiento antifúngico previo 17%. El 50% de las candidemias fueron primarias o de foco desconocido, candidemia por catéter confirmada (41%), foco abdominal (6%). Las especies identificadas fueron: 37(43%) *C. parapsilosis*, *C. albicans* 23(27%), *C. glabrata* 13(15%), *C. tropicalis* 7(8%), *C. krusei* 5(6%). El perfil de resistencia de *C. parapsilosis*: 70% azoles, 27% equinocandinas, 24% (9) a ambos. El 26% recibió tratamiento empírico adecuado (21% en *C. parapsilosis*) y en el 17% no se realizó recambio de catéteres las primeras 48 horas. No hubo diferencias en mortalidad hospitalaria entre pacientes con *C. parapsilosis* 32% (12) y el resto de especies 48% (41). En el análisis univariado los factores de riesgo asociados a la mortalidad fueron el SAPS II (51 ± 17 vs. 61 ± 19, p = 0,02) y los descritos en la tabla 1. En el análisis multivariado los factores independientes asociados a la mortalidad (tabla 2).

FACTOR DE RIESGO	OR (IC 95%)	p=
Sexo femenino	2,8 (1,1 – 7,4)	0,04
Foco desconocido	2,9 (1,2 – 6,9)	0,03
Tratamiento empírico inadecuado	3,5 (1,3 – 9,6)	0,016
Retirada del catéter >48 h	3,7 (1,1 – 12,8)	0,045
Inmunosupresión	5,1 (2,0 – 13,3)	0,001
TCCR	4,3 (1,7 – 10,6)	0,002
Shock séptico	6,6 (2,6 – 17,1)	<0,001

Tabla 1

Factor de riesgo	OR (IC 95%)	p=
SAPS II (por cada punto)	0,04 (1,01 – 1,08)	0,02
Inmunosupresión	1,6 (1,5 – 17,4)	0,01
Shock séptico	2,1 (2,6 – 26,5)	<0,001

Tabla 2

023. EPIDEMIOLOGÍA, PATRÓN DE RESISTENCIA Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA CANDIDEMIA EN UCI

Serrats López P, Colomar Ferra A, Ayestarán Rota JI, Raurich Puigdevall JM, Ramis Munar F, Alcoceba Cruixent E, Soliva Martínez L, Millán Guillarte T y Ferreruela Sertavós M

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Elaborar un perfil de las diferentes especies de *Candida* (C.) responsables de candidemia en una Unidad de Cuidados (UCI) y analizar el perfil de resistencia a antifúngicos y los factores asociados a la mortalidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2019 a diciembre de 2022 de las candidemias diagnosticadas en la UCI Hospital Son Espases. Análisis estadístico mediante chi-cuadrado, t de Student, test de Mann-Whitney y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes con candidemia: edad media 60 ± 13 años, 60 (70%) varones y SAPS II de 56 ± 19. El motivo de ingreso en UCI fue en el 70% por causa médica, 17% cirugía cardíaca, 3,5% coronario, 3,5% traumático, 3,5% otras cirugías. Los factores de riesgo de candidemia fueron: neoplasia 11%, cirugía abdominal 10%, inmunosupresión 37%, nutrición parenteral 41%, ECMO 10%, técnicas de reem-

Conclusiones: El principal responsable de candidemias fue *C. parapsilosis*, su patrón de resistencia dificulta un adecuado tratamiento empírico. Se confirman los factores de riesgo conocidos asociados a la mortalidad, sin que la especie de *Candida* influya en la misma.

024. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLOGICAS Y DEMOGRÁFICAS DE TODOS LOS CASOS DE INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN EL HOSPITAL SANTA BÁRBARA DE SORIA EN 2022-2023

Garrido de la Rosa J, Alvarado López FJ, Ugalde Azpiazu MJ, González Solano S, Hernández de Diego C, Lorenzo Andrés M, Torres Briegas M y Aldea Mansilla C

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

Objetivos: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es una de las infecciones intrahospitalarias más frecuentes y que se asocia además con un aumento de morbimortalidad, así como de la estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas y demográficas de aquellos pacientes que fueron diag-

Tabla Póster 022

Características, gravedad y días de riesgo dependiendo del tipo de UCI

	UCI	Pacientes	Edad	Estancia UCI	APACHE II	VM	SU	CVC
Polivalente	182	22.655	62,6	7,32	14,85	0,49	0,84	0,77
Médica	4	724	63,3	8,95	16,47	0,52	0,87	0,76
Quirúrgica	8	842	64,4	7,17	15,24	0,4	0,95	0,88
Coronaria	4	449	66,5	6,31	12,95	0,38	0,78	0,76
Traumatológica	9	579	55	12,31	13,42	0,59	0,9	0,84
Cir. cardíaca	7	950	66,6	6,43	12,96	0,45	0,98	0,97
Quemados	1	42	49,6	7,17	16,45	0,48	0,87	0,87
Rehabilitación	8	1.317	62,1	6,48	13,87	0,3	0,92	0,78

nosticados de ICD entre enero de 2022 y diciembre de 2023 en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo a partir de un registro de pacientes del Servicio de Microbiología Clínica que incluye aquellos pacientes con clínica sugestiva de ICD, a los que se les realizó una prueba de detección de toxina de *C. difficile*, PCR múltiple gastrointestinal y coprocultivo, desde enero 2022 hasta diciembre de 2023 en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria.

Resultados: En un periodo de dos años, se diagnosticaron un total de 77 ICD, 48 hombres (62,3%) y 29 mujeres (37,7%), la edad media fue 77 años y 41 pacientes superaron los 80 años. El diagnóstico se realizó principalmente en los Servicios de Medicina Interna (51,9%), S. Urgencias (35,1%) y UCI (13%), basándose en una clínica inicial para solicitar pruebas microbiológicas de diarrea aislada (41,6%) o acompañada de otros síntomas (50,6%) entre los que destacan la fiebre y el dolor abdominal. 10 pacientes (12,9%) desarrollaron infección recurrente, mayoritariamente durante el año 2022. De los 77 casos de ICD, 59 (76,6%) cursaron ingreso hospitalario y de ellos, 19 pacientes (24,7%) precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos falleciendo 12 (62%) siendo la causa principal el shock distributivo refractario de origen abdominal (50%). El tratamiento de elección fue vancomicina oral, asociando metronidazol intravenoso en aquellos casos refractarios. Las complicaciones observadas durante la hospitalización fueron colitis isquémica (1,3%), colecistitis gangrenosa (1,3%) y perforación intestinal (2,6%), precisando 3 pacientes intervención quirúrgica urgente.

Conclusiones: La ICD es una entidad clínica frecuente con una importante morbimortalidad asociada. En nuestro centro existe una mayor incidencia en varones, que cursan con una clínica de diarrea, dolor abdominal y fiebre presentando complicaciones graves, siendo la principal causa de mortalidad el shock séptico refractario de origen abdominal.

025. FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE INFECCIONES POR GÉRMESES MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CON INFECCIONES NOSOCOMIALES, EN UNA UCI CON DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA DURANTE 12 AÑOS

Sánchez Ramírez C¹, Hípola Escalada S¹, Tout Castellano M¹, López Domínguez A¹, Roldán Furelos L¹, Sosa Durr MDLÁ¹, Hernández Viera MA¹, Cabrera Santana M¹, Saavedra Santana P² y Ruiz Santana S¹

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

Objetivos: Identificar los factores asociados con el desarrollo de infecciones nosocomiales (IN) por gérmenes multirresistentes (GMR) en pacientes con IN en una UCI tras 12 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron IN desde el 1 octubre de 2010 al 30 de septiembre 2023 en una UCI polivalente. Se utilizaron como criterios diagnósticos los del ENVIN-HELICS. Se aplicó DDS a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se analizaron los factores de riesgo asociados a desarrollo de IN por GMR descritos en la literatura. Los criterios diagnósticos de INs fueron los del ENVIN-Helics Se realizó un análisis univariado y un análisis logístico multidimensional de GMR. Se consideró estadísticamente significativo si $p \leq 0,05$.

Resultados: De un total de 13.529 pacientes que ingresaron desarrollaron 333 IN por GMR de un total 996 con infecciones nosocomiales. En

Figura 1 Póster 025

Tabla1. Análisis univariado	Pacientes con Gérmenes multirresistentes		
	No N= 633	Si N= 333	P
Edad	60,6 ± 14,6	61,7 ± 13,6	0,271
APACHE II	20,1 ± 7,8	21,2 ± 7,4	0,026
DDS	584 (92,3)	273 (82,0)	< .001
Sexo varón	414 (67,3)	221 (68,0)	0,832
Paciente Traumático	77 (12,2)	28 (8,4)	0,077
Paciente coronario	146 (23,1)	51 (15,3)	0,004
Cirugía urgente	154 (24,4)	81 (24,4)	0,992
Inmunosupresión	65 (10,4)	45 (13,6)	0,148
Neutropenia	19 (3,0)	17 (5,1)	0,099
Inmunodepresión	3 (0,5)	3 (0,9)	0,42
NP	124 (19,6)	75 (22,6)	0,274
TRR	58 (9,2)	28 (8,4)	0,696
Desnutrición	233 (36,9)	145 (43,5)	0,043
Diabetes	50 (7,9)	44 (13,2)	0,008
Insuficiencia renal crónica	184 (29,1)	110 (33,0)	0,203
Cirrosis	95 (15,0)	50 (15,0)	0,998
Neoplasia	113 (17,9)	79 (23,7)	0,03
NAVM	211 (33,3)	142 (42,6)	0,004
BRC	232 (36,8)	125 (37,5)	0,828
Bacteriemia secundaria	136 (21,6)	111 (33,4)	< .001
Infección de orina	170 (26,9)	101 (30,3)	0,259
ATB 48 horas antes ingreso	164 (27,0)	94 (28,4)	0,64
EXITUS	199 (31,4)	138 (41,4)	0,002
ACINETOBACTER	2 (0,3)	19 (6,6)	< .001
SAMR	0	16 (4,7)	< .001
BLEES	0	245 (70,9)	< .001
PSEUDOMONAS MR	0	82 (23,7)	< .001
BGN MR	0	50 (13,7)	< .001
Tipo paciente			0,081
Médico	453 (71,6)	262 (78,9)	
Cirugía programada	76 (12,0)	33 (9,9)	
Cirugía urgente	104 (16,4)	37 (11,1)	
Respuesta inflamatoria			< .001
No sepsis	25 (3,9)	6 (1,8)	
Sepsis	130 (20,5)	47 (14,1)	
Shock séptico	478 (75,5)	280 (84,1)	
Días en UCI	29,0 (17,0 ; 45,0)	44,0 (29,0 ; 69,0)	< .001

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

el análisis univariado (tabla 1) los pacientes con GMR tuvieron mayor estancia ($p < .001$) y mortalidad en UCI ($p = 0,003$). Entre los GMR responsables de las infecciones los gérmenes beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE) (70,9%) y la *Pseudomonas* multirresistente (23,7%) fueron los más frecuentes. La infección nosocomial más frecuente por GMR fue la neumonía asociada a ventilación mecánica. Los factores independientes de desarrollo de IN asociados a GMR, en el análisis multivariado, fueron pacientes traumáticos, pacientes coronarios y la propia DDS: OR: 0,37 (0,246-0,557) con $p < 0,001$ (tabla 2).

	P	Odd-Ratio (IC-95%)
Paciente Traumático	0.011	0.546 (0.341,0.873)
Paciente coronario	0.002	0.561 (0.392,0.801)
DDS	<.001	0.370 (0.246,0.557)

GMR: Gérmen multirresistente; TRR: técnica de reemplazo renal; DDS: Descontaminación digestiva Selectiva

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

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA

08:30-10:00 - Sala 131 + 132

Moderadoras: Eva Santafosta Gómez/
Susana Temprano Vázquez

026. OPTIMIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA MEDIANTE RECAMBIO PLASMÁTICO (TPE) EN PACIENTES CON FALLO HEPÁTICO AGUDO SOBRE CRÓNICO (ACLF): ESTUDIO RETROSPECTIVO PREVIO A IMPLEMENTACIÓN PROTOCOLO INTRAHOSPITALARIO

Orera Pérez Á, Broch MJ, Martín R, Haener K, Arrando H, Vinaixa C, Conde I, Gómez I, Talavera M y Ramírez P

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Objetivos: Analizar resultados del uso TPE en ACLF previos a implantación de protocolo.

Métodos: Análisis observacional, descriptivo y prospectivo de cinco pacientes ingresados en cuidados intensivos por ACLF con uso de TPE durante periodo septiembre 2022 a septiembre 2023 (fecha de implantación intrahospitalaria del protocolo). Análisis de variables demográficas, y comparación de resultados de variables clínicas y analíticas pre y post-uso de TPE. Resultados expresados como media \pm desviación estándar. Prueba de diferencia de medias mediante t-Student con $p < 0,1$.

Resultados: Edad media de 56 años, 40% mujeres. Cirrosis enólica de base en el 80% de los pacientes, siendo el 40% la causa de la descompensación una infección, con encefalopatía como síntoma principal en 3 de los 5 casos. La encefalopatía grave (escala de West-Haven $2,6 \pm 1,14$) estuvo presente en el 80% de los casos, con dos que requirieron intubación. 80% uso de técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR). Supervivencia global del 60%, con un 40% de fallecimientos postrasplante, predominantemente por shock séptico. El promedio de tiempo de estancia en UCI fue 8,8 días ($\pm 4,65$), con 17,6 días ingreso antes de UCI ($\pm 29,4$). Los pacientes recibieron una media de 2,2 sesiones de TPE (1,4 días de media desde ingreso en UCI a 1ª sesión). Hubo un descenso notable y de forma estadísticamente significativa de valores medios en

las escalas MELD-Na (6 puntos diferencia de medias) y CLIF-C-ACLF (media 10 puntos de descenso) tras el uso de TPE. Se identificaron dos estrategias de manejo: enfocada a recuperación (mortalidad 50%) o centrada en la optimización pretrasplante (3 de los 5 pacientes), siendo trasplantados dos de ellos (espera media de 5 días desde la inclusión en la lista hasta el trasplante), mientras que uno falleció en lista de espera. El análisis de los parámetros de laboratorio pre y post-TPE, destacan de forma estadísticamente significativas ($p < 0,1$) reducción de los valores medios de bilirrubina, GGT, amonio y proteína C reactiva. También se demostró descenso de cifras de plaquetas tras el procedimiento como efecto deletéreo. Existió una mejoría en las cifras de lactato y de transaminasas pero sin alcanzar la significación estadística.

Conclusiones: Uso de TPE (media 2,2 sesiones) favoreció en nuestra muestra (ACLF enólico 80% casos) la mejoría clínica pronóstica (mejoría escalas MELD-Na y CLIF-C-ACLF) así como analítica en cifras de bilirrubina, amonio y PCR, favoreciendo optimización clínica en los dos pacientes trasplantados. Se ha implantado un protocolo intrahospitalario para mejorar indicación y manejo de estos pacientes.

027. COMPARACIÓN DEL RECUENTO PLAQUETAR Y EL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO ENTRE LOS SUPERVIVIENTES Y LOS FALLECIDOS TRAS INGRESO EN UCI CON EL DIAGNÓSTICO DE PERITONITIS

Campos Uribe N¹, Pol Pizà P², Tejada Adell M¹, de León Belmar J¹, Cortés Navalón C¹, Micó Gómez ML¹, Gomar Vidal S¹, Romero Gómez B¹, Fernández Cabrera JA¹ y Carrasco Jaureguizar MDC¹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: El recuento plaquetar (RP) y el volumen plaquetar medio (VPM) se han establecido como marcadores pronósticos de fácil acceso en diversas patologías cardiovasculares e inflamatorias. Por este motivo con planteamos como objetivo. Comparar el RP y el VPM los días 1, 3 y 5 de ingreso en UCI con el diagnóstico de Peritonitis entre los pacientes fallecidos y los supervivientes.

Métodos: Realizamos un estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. Consideramos criterios de inclusión: paciente que ingresaron en la UCI del Hospital de Manises con el diagnóstico de peritonitis entre los años 2012 a 2022 excluyendo aquellos casos en los que no se obtuvieron la totalidad de datos necesarios para el estudio. A las variables cuantitativas se les aplicó el test de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov (KS) para muestras mayores a 50 individuos. Dado que las variables no presentaron una distribución normal, se describieron con la mediana. Dado que dispusimos de una muestra suficiente (mayor de 40) se aplicó la Prueba de Levene y al concluir igualdad de varianzas se aplicó la prueba t-Student.

Resultados: Analizamos 177 pacientes de los cuales un 66,7% eran varones y un 33,3% mujeres. La mortalidad en UCI fue del 25,42% (45 de 177) y la hospitalaria del 41,24 (73/177). Las tablas muestran la evolución del RP y el VPM, comparando a los pacientes supervivientes de los fallecidos en UCI. Al comparar estos mismos datos entre supervivientes y fallecidos en hospital se confirmaron en los pacientes fallecidos un menor RP el quinto día ($p < 0,01$) y una tendencia a un mayor VPM el tercer día ($p: 0,07$).

Recuento plaquetar (plaquetas/mL)			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	273.000	252.000	0,09
3	254.000	218.000	0,137
5	263.000	150.000	0,02

Volumen plaquetar medio (fL)			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	9,00	9,30	0,105
3	9,40	9,65	0,021
5	9,45	9,70	0,402

Conclusiones: Los pacientes fallecidos en UCI presentaron un menor recuento plaquetario con significación estadística el quinto día y un mayor volumen plaquetar medio con significación estadística, el tercer día. Los hallazgos respecto al recuento plaquetar siguieron siendo signi-

fictivos al considerar la mortalidad hospitalaria. Los hallazgos respecto al volumen plaquetar medio, mantuvieron una tendencia estadística al analizar la evolución hospitalaria.

028. COMPARACIÓN DEL RECUENTO ERITROCITARIO Y DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA ENTRE LOS SUPERVIVIENTES Y LOS FALLECIDOS TRAS INGRESO EN UCI CON EL DIAGNÓSTICO DE PERITONITIS

Campos Uribe N¹, Pol Pizà P², Tejada Adell M¹, de León Belmar J¹, Cortés Navalón C¹, Gomar Vidal S¹, Micó Gómez ML¹, Fernández Cabrera JA¹, Arlandis Tomás M¹ y Carrasco Jaureguizar MDC¹

¹Hospital de Manises, Valencia. ²Universidad Católica de Valencia, Valencia.

Objetivos: El recuento eritrocitario (RE) y ancho de distribución eritrocitaria (ADE) se han establecido como marcadores pronósticos de fácil acceso en diversas patologías. Por este motivo nos planteamos como objetivo: comparar el RE y el ADE los días 1, 3 y 5 de ingreso en UCI con el diagnóstico de peritonitis entre los pacientes fallecidos y los supervivientes durante la hospitalización.

Métodos: Realizamos un estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. Consideramos criterios de inclusión: paciente que ingresaron en la UCI del Hospital de Manises con el diagnóstico de peritonitis entre los años 2012 a 2022 excluyendo aquellos casos en los que no se obtuvieron la totalidad de datos necesarios para el estudio. A las variables cuantitativas se les aplicó el test de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov (KS) para muestras mayores a 50 individuos. Las variables que presentaron una distribución normal (RE) se describieron como media y lo que no presentaron una distribución normal (ADE), se describieron con la mediana. Dado que dispusimos de una muestra suficiente (mayor de 40) se aplicó la Prueba de Levene y al concluir igualdad de varianzas se aplicó la prueba t-Student.

Resultados: Analizamos 177 pacientes de los cuales un 66,7% eran varones y un 33,3% mujeres. La mortalidad en UCI fue del 25,42% (45 de 177) y la hospitalaria del 41,24 (73/177). Las tablas muestran la evolución del RE y el ADE comparando a los pacientes supervivientes de los fallecidos durante su estancia hospitalaria.

Recuento eritrocitario			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	3,97 millones/mm ³	3,75 millones/mm ³	0,051
3	3,50 millones/mm ³	3,52 millones/mm ³	0,634
5	3,39 millones/mm ³	3,25 millones/mm ³	0,160

Ancho de distribución eritrocitaria			
Día	Supervivientes	Exitus	p
1	15,00%	16,40%	< 0,001
3	15,20%	16,25%	0,002
5	15,35%	16,25%	0,011

Conclusiones: Los pacientes dados de alta hospitalaria tras un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos con el diagnóstico de peritonitis presentaron un ancho de distribución eritrocitaria menor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa tanto los días 1, 3 y 5 desde el ingreso.

029. PANCREATITIS AGUDA CON NECROSIS INFECTADA EN UCI DONOSTIA (2018-2023)

Puchol Rizo JV, Zubia Olascoaga F, Merino J, Marín Cortajarena J, Duran Suquia M, Zufiaur Basabe G, Lopetegui Carrera J y Quevedo Marcos I

Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.

Objetivos: Analizar los casos de pancreatitis aguda (PA) con necrosis infectada (NI) en pacientes ingresados en UCI, centrando nuestra atención en la necesidad de cirugía, complicaciones y mortalidad principalmente.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, sobre una población de 87 pacientes con diagnóstico de PA, ingresados en UCI del Hospital Universitario Donostia entre 2018 y 2023, 37 de ellos presenta-

ron NI. Variables: sexo, edad, necesidad de VMI, TRRC, complicaciones abdominales. Recogemos también la necesidad de cirugía, los días desde inicio de síntomas hasta que se precisa la cirugía, recambios de *vacuum* y mortalidad, así como los gérmenes aislados en colecciones abdominales. Comparamos los grupos de cirugía precoz (< 21 días) y cirugía tardía (> 21 días). Las variables continuas se comparan mediante t de Student, las discontinuas con χ^2 .

Resultados: De los pacientes con NI (37) obtenemos que la etiología mayoritaria fue biliar (21), seguida de OH (8). Requhirieron VM 28 pacientes (75,7%), respecto a TRRC 14 (37,8%). 32 pacientes precisaron IQ (86,5%), con complicaciones; hemoperitoneo 7, perforación 1, isquemia intestinal 2. 8 pacientes fallecieron (21,6%). De los pacientes que requhirieron IQ, el 45,5% se intervinieron en las 3 primeras semanas, con una media de 28,2 días y desviación estándar de 26,4 días. Respecto a los recambios de *vacuum*, 17 no requirió colocación, y el resto, precisaron recambio de *vacuum* en al menos 2 ocasiones el 46,6%. Los gérmenes aislados fueron en su mayoría enterobacterias y cocos gram + anaerobios (54%). El resto en menor porcentaje, SCN, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Fusobacterium mortiferum*, *Clostridium perfringens* y *Candida albicans*. Si comparamos los grupos de cirugía precoz (45%) y tardía (55%), no existen diferencias en la necesidad de VM, TRRC, complicaciones posquirúrgicas ni mortalidad.

Conclusiones: La NI es una complicación muy frecuente en pacientes con PA en UCI. La mortalidad registrada en nuestra serie es muy inferior a la reportada en otros artículos. Sin embargo, supone una gran carga de trabajo y estancia prolongada. No hemos observado diferencias entre los grupos de cirugía precoz y tardía, a diferencia de lo recogido en la bibliografía.

030. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON PANCREATITIS GRAVE

Marcote Denis B, García Arjona R, Rivas Gómez-Plana F y Palomares Nova G
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Analizar la relación de diferentes variables con la mortalidad de los pacientes con pancreatitis grave ingresados en UCI.

Métodos: Se incluyen pacientes de enero 2019 a noviembre 2023. Se analiza la etiología; escalas de gravedad; valores analíticos, complicaciones; y su relación con la mortalidad mediante estadística no paramétrica con nivel de significación 95%.

Resultados: Ingresaron 40 pacientes (65,8% hombres y edad mediana 66 años) con mortalidad hospitalaria 40%. La relación entre edad y mortalidad obtuvo una relación estadísticamente significativa (χ^2 , p = 0,036). No se demostró esta relación para los factores de riesgo ni las diferentes etiologías excepto causa desconocida (test de Fisher [TF], p = 0,014). Respecto a las escalas al ingreso, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para BISAP (U de Mann-Whitney [U M-W], p = 0,016); SOFA (U M-W, p = 0,000); RANSON (U M-W, p = 0,002); amilasa (U M-W, p = 0,000), así como RANSON a las 48h (U M-W, p = 0,001) y APACHE-II (U M-W, p = 0,007). No se pudo demostrar para los niveles de PCR, PCT y leucocitos (U M-W p = 0,539, 0,345 y 0,318 respectivamente). Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa con el desarrollo de necrosis pancreática (TF, p = 0,526), colecciones (TF, p = 0,333), pseudoquistes (TF, p = 0,136), trombosis portal (TF, p = 0,154), diabetes (TF, p = 0,229) ni hipertensión abdominal (TF, p = 0,66). El fracaso hemodinámico y la necesidad de aminas demostró diferencias estadísticamente significativas con la mortalidad (ambas χ^2 , p = 0,000) pero no con la dosis (χ^2 , p = 0,238). También se demostró con el fracaso respiratorio, la necesidad de VMNI y de intubación orotraqueal (TF, p = 0,003; p = 0,025 y p = 0,001 respectivamente) pero no para la necesidad de traqueostomía (TF, p = 0,592) ni los días de VMI (U de Mann-Whitney p = 0,788). Respecto al fracaso renal, la relación fue estadísticamente significativa (TF, p = 0,001) al igual que con la necesidad de terapia de reemplazo renal (TF, p = 0,000) pero no con los días de terapia (U M-W, p = 0,951) ni el grado de AKIN (χ^2 , p = 0,329). Las complicaciones infecciosas no demostraron relación estadísticamente significativa (χ^2 , p = 0,08) ni la necesidad de nutrición enteral ni parenteral (TF, p = 0,169 y p = 517).

Conclusiones: Los pacientes con fracaso hemodinámico, respiratorio y renal con necesidad de soporte intensivo presentaron mayor mortalidad, así como aquellos con mayores índices de gravedad en las escalas

al ingreso. Algunos resultados podrían deberse al tamaño muestral por lo que es necesario aumentarlo y ampliar el análisis para obtener conclusiones precisas.

031. ¿SON MÁS FRECUENTES LAS ALTERACIONES IÓNICAS Y FRACASO RENAL AGUDO EN LAS QUIMIOTERAPIAS HIPERTÉRMICAS INTRAPERITONEALES BASADAS EN CISPLATINO?

Beltrán Hernández DR, Pintado MC, Oñoro A, Rubio V, Jiménez M, Molina D, Rodríguez D, Trascasa M, Molina R y Nevado E

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: Las alteraciones iónicas en las terapias sistémicas e intraperitoneales son más frecuentes respecto a otros esquemas. Nuestro objetivo es determinar si hay diferencias en las alteraciones iónicas y presencia de fracaso renal agudo en la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) basada en cisplatino con respecto a las otras terapias en pacientes a los que se ingresaron en UCI tras realización de citorreducción e HIPEC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente de los pacientes que ingresaron tras realización de citorreducción e HIPEC desde enero del 2013 hasta diciembre del 2023. Se recogieron datos demográficos, APACHE, comorbilidades, tipo de cáncer, índice de carcinomatosis peritoneal, necesidad de hemoderivados, balance de fluidos, días de estancia y mortalidad. Las variables cuantitativas se describen con media y desviación típica o con mediana y rango intercuartílico utilizando el test U-Mann-Whitney para su análisis. Para las variables categóricas se han calculado porcentajes y se compararon mediante el test exacto de Fisher. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes. 61 (49,2%) eran varones. La edad media era de $59,32 \pm 910,54$ años. 104 (83,9%) tenían un cáncer digestivo y 20 ginecológico. Las puntuaciones medias APACHE II y SOFA al ingreso en la UCI fueron de $8,89 \pm 2$ (1-3), respectivamente, con un índice de Charlson de 6 (6,00-7,00).

Alteraciones electrolíticas y fracaso renal	Todos		No cisplatino (mitomicina)		p
	Todos	Cisplatino 53	No cisplatino (mitomicina)	p	
Hiponatremia	115 (95,8%)	6 (100,0%)	109 (95,6%)	1,000	
Hipernatremia	27 (22,1%)	2 (33,3%)	1 (0,9%)	0,613	
Hipopotasemia	4 (3,3%)	3 (16,7%)	3 (2,6%)	0,183	
Hiperpotasemia	50 (40,7%)	5 (83,3%)	45 (38,5%)	0,040	
Hipomagnesemia	3 (2,4%)	1 (16,7%)	2 (1,7%)	0,140	
Hipermagnesemia	31 (25,2%)	2 (33,3%)	29 (24,8%)	0,641	
Hipofosfatemia	10 (8,1%)	1 (16,7%)	9 (7,7%)	0,405	
Hipocalcemia	29 (23,6%)	1 (16,7%)	28 (23,9%)	1,000	
Hipercalcemia	106 (86,2%)	6 (100,0%)	100 (85,5%)	0,595	
Fracaso renal agudo	6 (4,8)	3 (2,4%)	3 (2,4%)	0,140	
Necesidad de TDER				0,613	

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en las alteraciones iónicas de las terapias con cisplatino respecto a mitomicina. El uso de cisplatino no se relacionó a mayor fracaso renal agudo.

032. VALOR PRONÓSTICO DE LA TAC EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN UCI

Ballesteros Barroso M, Sánchez de Toro Hernández PJ, Amat Serna T, Rivera Fernández R y Ruiz Bailén M

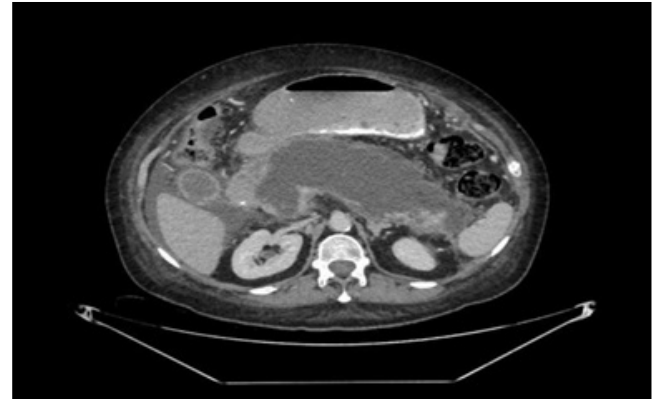
Hospital Universitario de Jaén (C. H. U. de Jaén), Jaén.

Objetivos: El objetivo del estudio es demostrar la relación entre la escala de gravedad radiológica "CTSI" y la estancia en UCI y su mortalidad.

Métodos: Estudio analítico observacional longitudinal de tipo cohortes retrospectivo. Pacientes diagnosticados de pancreatitis aguda grave de la UCI de Jaén ingresados entre los años 2009 y 2023. Programa SPSS. Variables Balthazar, porcentaje de necrosis pancreática y CTSI ("índice de severidad por TAC"), a las 72 h y a su ingreso en UCI. Se distingue entre fallecidos y dados de alta. Análisis de frecuencias y de supervivencia.

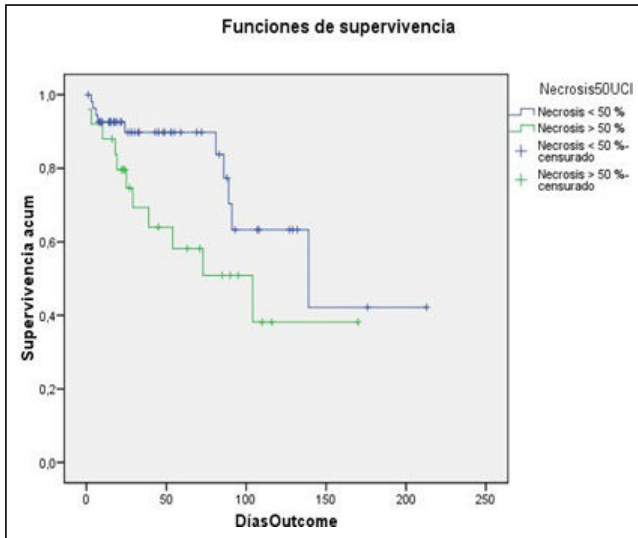
Resultados: Se trata de ochenta pacientes, con 59 años de media (DE 15 años) y un APACHE II de 13 puntos (DE 6 puntos). La mortalidad fue del 26,3% y la media de estancia en UCI de 22,4 días de media (DE

33 días) en los pacientes que sobrevivieron respecto a 41,7 días en los fallecidos (DE 47 días). En el TAC inicial el grado C de la escala Balthazar fue el más frecuente (69%). Presentaron necrosis grave el 28,8% de los enfermos (fig. 1) y un 32,5% un grado grave según el CTSI (fig. 2). En el TAC al ingreso en UCI, el grado C disminuyó al 48,8%, aumentando la proporción de las colecciones (fig. 3). La necrosis grave ascendió al 31,3%, y al 40,2% el grado grave según el CTSI. En aquellos fallecidos con necrosis grave en el TAC de control evolutivo realizado en UCI fallecieron antes que los pacientes sin ella ($93,5 \pm 15,9$ días en necrosis grave respecto a $143,3 \pm 18,3$ días en necrosis no grave; Log Rank = 0,049, Breslow = 0,048, Tarone-Ware = 0,037) (fig. 4). Respecto al tiempo de estancia en UCI no se hallaron diferencias entre los pacientes dados de alta respecto al índice de gravedad por TAC ni al grado de necrosis.



ESCALA DE BALTHAZAR		
GRADO	HALLAZGOS	PUNTAJÓN
A	Páncreas normal	0
B	Aumento de tamaño focal o difuso	1
C	Páncreas anormal con inflamación peripancreática	2
D	Una colección intra o extrapancreática	3
E	Dos o más colecciones intra o extrahepáticas y/o gas retroperitoneal	4
GRADO DE NECROSIS		
PORCENTAJE		PUNTAJÓN
0 %		0
< 30 %		2
30 - 50 %		4
> 50 %		6
CTSI (Índice de Severidad por TAC)		
GRADO		PUNTAJÓN
Grado leve		0 - 3
Grado moderado		4 - 6
Grado severo		7 - 10





Conclusiones: La mortalidad fue del 26,3%, similar a la descrita por la literatura. Los fallecidos presentaban un grado de necrosis mayor que los vivos en ambos TAC y una mayor severidad por CTSI en el TAC inicial. Aquellos pacientes con un porcentaje de necrosis grave en el TAC de control evolutivo tienen 3,4 veces más riesgo de *exitus*. Entre los fallecidos, aquellos con necrosis grave fallecieron antes y presentaron una estancia en UCI más prolongada.

033. PERFIL INTEGRAL DEL PACIENTE CIRRÓTICO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ANÁLISIS DETALLADO DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y ANALÍTICAS

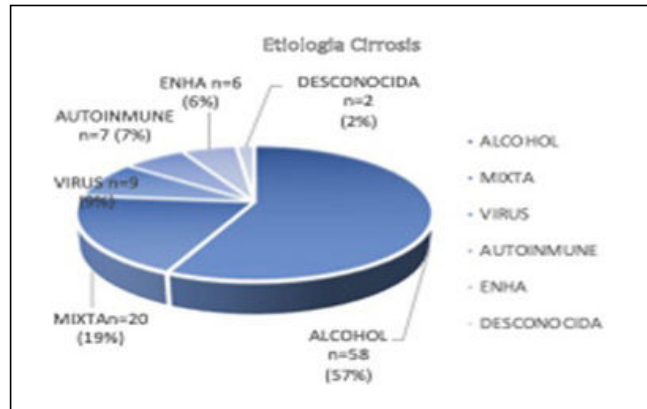
Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Isern del Val I, Montes Aranguren M, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L y Zalva Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y analíticas del paciente cirrótico no trasplantado ingresado en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo monocéntrico en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. Se han seleccionado un total de 102 pacientes que ingresaron al menos 24 horas por episodios de descompensación de su enfermedad desde enero de 2012 a noviembre de 2022 incluido. Los datos fueron obtenidos por medio del servicio de historias clínicas del hospital y cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Resultados: La muestra de pacientes analizada incluye un 77% de varones con un 33% de mujeres con una media de edad de 58,87 años. El número de ingresos/año permanece estable durante la serie si bien, el año 2019 sufre un descenso recuperándose los dos años siguientes (fig. 1). El 49% de ellos tienen un consumo activo de alcohol y el 30,4% han tenido un consumo perjudicial previamente. El 28,4% son al ingreso fumadores activos. En cuanto a los antecedentes médicos la diabetes mellitus y la dislipemia son los más prevalentes con un 24,5% y 21,6% respectivamente. Le siguen en frecuencia la cardiopatía con un 18,6% y la neumopatía con un 7,8%. Cuando estos pacientes ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos, en su mayoría lo hacen por un episodio grave de hemorragia digestiva en 43 casos (42,2%), descompensación edematoascítica 24 (23,5%), encefalopatía 19 (18,6%), síndrome hepatorenal 7 (6,9%), sepsis 6 (5,9%) y fallo hepático agudo sobre crónico 3 pacientes (2,9%). Del total de pacientes previo al ingreso en UCI, 94 (92,2%) ya habían sido diagnosticados de cirrosis hepática con la etiología que mostramos en la figura 2. Al ingreso en UCI se calculan varias escalas de cada paciente. La media de la escala Child-Pugh ha sido de 9,44 (DT 2,05), MELD 13,45 (DT 4,47), MELDNa 16,44 (DT 7,0) y APACHE II 21,52 (DT 7,73). Siendo la estancia media en UCI de 9,2 días. A nivel analítico destacan unos valores medios de bilirrubina de 6,76 mgr/dl (DT 8,93), PCR de 62,63 (DT 65,29) y datos de hipoperfusión con una media de lactato de 4,19 (DT 3,98).



Conclusiones: El descenso de ingresos por cirrosis durante la pandemia no solo se ha recuperado si no que ha aumentado respecto a los años previos. El perfil de paciente cirrótico que ingresa en nuestra UCI es un varón de mediana edad, consumidor de alcohol, que ingresa por hemorragia digestiva o descompensación edematoascítica. La función hepática al ingreso ya está muy deteriorada según los scores. Su estancia media es superior a una semana.

034. CIRROSIS EN LA UCI: MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS, UNA INMERSIÓN EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y MORBIMORTALIDAD

Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Isern del Val I, Montes Aranguren M, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Orduna Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L y Zalva Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la evolución clínica y morbimortalidad en la UCI del paciente cirrótico en el Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de manera centralizada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Lozano Blesa en Zaragoza. Se incluyeron un total de 102 pacientes que fueron admitidos por al menos 24 horas debido a episodios de descompensación de su enfermedad, abarcando el periodo desde enero de 2012 hasta noviembre de 2022. Los datos fueron recopilados a través del servicio de historias clínicas del hospital y cuentan con la aprobación del Comité de Ética de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Resultados: De los 102 pacientes fallecieron en UCI 47 (46%), 11 (10,8%) en la planta tras el alta de UCI, en los tres meses siguientes 4 (2%), en 6 meses 4 (3,9%) y a los 12 meses 3 más (2,9%). De modo que desde el ingreso en UCI hasta un año después, teniendo en cuenta los resultados hasta mayo de 2023, solo sobrevivían 33 pacientes, (31,7% de la muestra). Dicho de otra forma, el 67,6% de la muestra (69 pacientes) había fallecido al año de su salida en UCI. El motivo principal fue el fracaso multiorgánico en 60 (58,8% del total de la muestra), seguido de hemorragia digestiva en 5 (4,9% del total de la muestra) y sepsis en 4 casos (3,9% del total de la muestra). Los resultados del análisis univariante se muestran en la tabla. En la prueba de significación de chi-cuadrado del modelo ómnibus hemos obtenido un grado de significación $< 0,05$ con un R-cuadrado de Cox y Snell de 0,555 y un R cuadrado de Nagelkerke de 0,741. Además, hemos conseguido un porcentaje global

correctamente clasificado del 87%. Finalmente, el análisis de regresión logística concluye que los factores asociados de forma independiente con la mortalidad en la UCI de nuestra muestra han sido: obtener ≥ 10 puntos en la clasificación de Child Pugh (OD 5,88, IC95% 1,28-26,96, $p = 0,023$), la necesidad de intubación orotraqueal (OD 7,85, IC95% 1,65-37,2, $p = 0,009$) y el tratamiento con hemodiafiltración veno-venosa continua (OD 42,59, IC 2,95-613, $p = 0,006$).

Child pugh <10	RR= 0.47; p=0.010; IC95%= 0.29-0.75
Qsofa<2	RR= 0.43; p=0.042; IC95%= 0.35-0.54
Apache <25	RR= 0.47; p=0.002; IC95%= 0.32-0.69
Leucocitos <10000	RR= 0.41; p=0.001; IC95%= 0.23-0.74
INR <1,5	RR= 0.32; p=0.001; IC95%= 0.12-0.79
Bilirrubina <3mg/dl	RR= 0.41; p=0.000; IC95%= 0.24-0.72
IOT	RR= 8.15; p=0.000; IC95%= 3.16-21.0
HDFVVC	RR= 3.21; p=0.000; IC95%= 2.26-4.56
Transfusión de hemoderivados	RR= 3.14; p=0.005; IC95%= 1.09-9.0
SEPSIS	RR= 3,32; p=0,003; IC95%= 1.15-9.57
PBE	RR= 1,74; p=0,015; IC95%= 1,17-2,60

Conclusiones: La tasa de mortalidad a un año del alta de UCI fue elevada (67,6%). Los predictores de un peor pronóstico son: puntuaciones pronósticas elevadas y necesidad de intervenciones más agresivas, como la intubación orotraqueal y la hemodiafiltración veno-venosa continua. Estos hallazgos subrayan la importancia de la individualización en el tratamiento de soporte y la búsqueda de intervenciones para mejorar la supervivencia en los pacientes cirróticos con complicaciones.

035. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN PACIENTES CIRRÓTICOS ESPAÑOLES: APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL “THREE-VARIABLE PROGNOSIS SCORE”

Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Isern de Val I, Montes Aranguren M, Castriello Guiral S, Antón Juarros S, Orduña Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L y Jalva Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

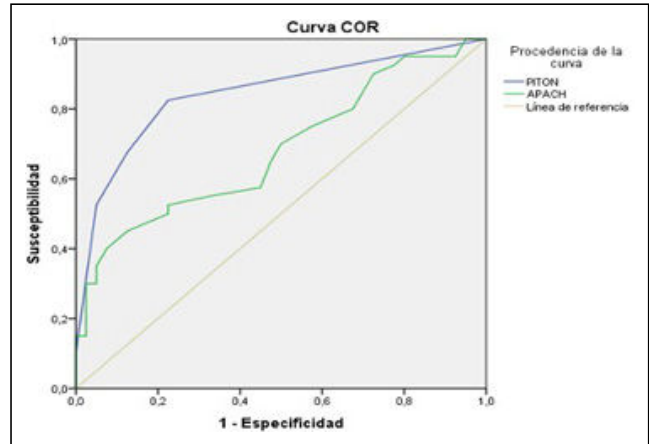
Objetivos: Analizar la eficacia y la aplicabilidad del “Three-variable Prognosis Score” en el paciente cirrótico no trasplantado ingresado en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza y contrastar las tasas de mortalidad observadas en nuestra cohorte con los datos de mortalidad previamente publicados. Evaluar la capacidad predictiva de la escala en términos de pronóstico para los pacientes incluidos en el estudio y comparar los resultados con la escala APACHE.

Métodos: En 2016, el Dr. Gaël Piton y su equipo realizó un estudio monocéntrico retrospectivo durante 12 años de seguimiento con una “n” total de 208 pacientes cirróticos. El análisis multivariante que realizó identificó 3 variables independientes asociadas a mortalidad a 28 días. Con los resultados de su análisis elaboró una escala pronóstica siendo un SOFA > 12; 2 puntos, un INR > 2,6; 1 punto, y la necesidad de terapia renal sustitutiva 1 punto. Para un valor de 4 puntos las tasas de mortalidad a los 28 días y 3 meses fueron respectivamente el 91% y el 100%. A partir de una cohorte retrospectiva recogida de enero de 2012 a noviembre de 2022 de 80 pacientes cirróticos ingresados la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza. por complicaciones de su enfermedad sin criterios de trasplante. Realizamos un análisis de sensibilidad y especificidad para la mortalidad mediante la curva COR, estableciéndose área bajo la curva (AUC) con intervalos de confianza al 95%. Se determinó el punto de corte con la mejor sensibilidad y especificidad. Además, se calculó el valor predictivo positivo y negativo.

Resultados: La muestra estaba constituida por varones en un 61% con una media de edad de 59,56 años. Tenían una puntuación media de APACHE de 22,53 con una DE 7,62. En cuanto a la mortalidad de nuestra muestra aplicando el Three-variable Prognosis Score en comparación con la muestra del mismo autor obtenemos los siguientes resultados (tabla). Las AUC de la escala APACHE y del Three-variable Prognosis Score fueron de 0,682 (IC95% 0,565-0,788) y 0,843 (IC95% 0,753-0,932) respectivamente. El punto de corte de la escala APACHE fue de 23,5 puntos con una sensibilidad de 52,5% y especificidad de 77,5%. El VPP fue de 70% y el VPN fue de 62%. Por otra parte, el punto de corte de la escala del Dr. Piton fue de 2,5 puntos con una sensibilidad de 52,5% y una especificidad: 95%. Con un VPP de 91,3% y un VPN de 66,7%.

MORTALIDAD 28 DIAS DR PITON		%	MORTALIDAD 28 DIAS ESTUDIO		%
0 PUNTOS	14/60	23	20/37	54%	
1 PUNTO	16/33	48	9/10	90%	
2 PUNTOS	15/35	42	8/9	89%	
3 PUNTOS	31/40	78	17/19	89%	
4 PUNTOS	31/34	91	4/4	100%	

MORTALIDAD 90 DIAS DR PITON		%	MORTALIDAD 90 DIAS ESTUDIO		%
0 PUNTOS	22/56	39	25/37	68%	
1 PUNTO	19/30	63	10/10	100%	
2 PUNTOS	21/35	60	9/9	100%	
3 PUNTOS	32/40	80	18/19	95%	
4 PUNTOS	34/34	100	4/4	100%	



Conclusiones: Three-variable Prognosis Score es una escala aplicable en nuestro medio con un buen rendimiento pronóstico. A igual sensibilidad que APACHE, en nuestro estudio, la escala promovida por el Dr. Piton posee mayor especificidad y mejor valor predictivo positivo y negativo.

036. COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA. UNA DÉCADA DE APRENDIZAJE

Beltrán Hernández DR, Pintado MC, Oñoro A, Rubio V, Jiménez M, Molina D, Lujan J, Martínez C y Nevado E

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivos: La cirugía citorreductora (CRS) y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) son tratamientos para la carcinomatosis peritoneal en pacientes con cáncer digestivo, ovario y peritoneal primario. Este tratamiento puede tener efectos secundarios como coagulopatía, mielosupresión inducida por la quimioterapia y necesidad de transfusión sanguínea con una tasa de morbilidad no desdeñable. Determinar las complicaciones hematológicas en los pacientes que ingresan a UCI tras el posoperatorio de la cirugía de citorreducción e HIPEC.

Métodos: Estudio observacional prospectivo durante 10 años y 11 meses. Se tomaron a todos los pacientes ingresados en la UCI en el posoperatorio de CRS y terapia HIPEC. Los datos registrados fueron edad, sexo, tipo de cáncer, gravedad al ingreso en la UCI (puntuaciones APACHE II y SOFA), hemograma diario y tiempos de coagulación, complicaciones hemorrágicas, mortalidad en la UCI y duración de la estancia. Definimos leucopenia como < 4.000/ μ l, trombocitopenia como < 150.000/ μ l, anemia como hemoglobina < 10 g/dl y coagulopatía como INR > 1,3 y/o APTT > 37 seg, e hipofibrinogenemia como < 200 mg/dl. Las variables cualitativas se describen como número y porcentajes, las variables cuantitativas con distribución normal como media \pm DE, las variables cuantitativas con distribución no normal como mediana (rango intercuartílico).

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes. 61 (49,2%) eran varones. La edad media era de 59,32 \pm 910,54 años. 104 (83,9%) tenían un cáncer digestivo y 20 ginecológico. Las puntuaciones medias APACHE II y SOFA

al ingreso en la UCI fueron de $8,89 \pm 2$ (1-3), respectivamente, con un índice de Charlson de 6. 112 pacientes presentaron algún tipo de complicación hematológica: 12 (9,7%) tenían leucopenia, 59 (47,6%) trombocitopenia, 71 (57,3%) prolongación de los tiempos de coagulación, 76 (61,3%) anemia y 12 (9,7%) hipofibrinogenemia. Solo 11 (15%) pacientes presentaron complicaciones hemorrágicas (45% hemorragias por drenajes quirúrgicos, 45% hematuria y 10% hemorragia digestiva), todas ellas tratadas de forma conservadora. 17 (19%) pacientes necesitaron transfusión de sangre y 1 (< 1%) transfusión de plaquetas. La estancia media en la UCI fue de 5 (4-5) días. La mortalidad en la UCI fue del 0,8%, pero no estuvo relacionada con la hemorragia.

Conclusiones: Los pacientes que se someten a citorreducción e HIPEC pueden experimentar complicaciones hematológicas frecuentemente en el posoperatorio temprano, aunque la tasa de complicaciones graves es baja y no se relaciona con la mortalidad.

037. EARLY LOWER SERUM UREA WAS ASSOCIATED WITH HIGHER SEVERITY OF ACUTE LIVER FAILURE: A PILOT STUDY

Sousa Cardoso F¹, Toapanta Gaibor D², Jiménez N², Fidalgo P³, Figueiredo A¹, Valdivieso M², Germano N¹, Reverter Segura E² y Karvellas C⁴

¹Curry Cabral Hospital, Lisboa, Portugal. ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ³São Francisco Xavier Hospital, Lisboa, Portugal. ⁴University of Alberta Hospital, Canada.

Objetivos: El amonio se metaboliza en urea en el hígado. En la insuficiencia hepática aguda (ALF, por sus siglas en inglés), se ha asociado el amonio con la supervivencia. Sin embargo, la variación de urea ha sido escasamente estudiada. El objetivo primario fue la gravedad de la ALF medida por el INR, su principal indicador diagnóstico y pronóstico de laboratorio. Los objetivos secundarios fueron los siguientes: peso del hígado extirpado (g) para aquellos que se sometieron a trasplante hepático; supervivencia sin trasplante a los 30 días después del ingreso a la UCI.

Métodos: Cohorte observacional que incluye pacientes con ALF del Hospital Curry Cabral (Lisboa, Portugal) y del Hospital Clínic (Barcelona, España) entre 10/2010 y 01/2023. Las exposiciones primarias fueron el amonio y la urea séricos al ingreso en la UCI.

Resultados: Entre 191 pacientes con ALF, la mediana (RIQ) de edad fue de 46 (32;57) años y 85 (44,5%) eran hombres. Se encontraron etiologías no acetaminofeno en 164 (85,9%) pacientes. En general, 86 (45,0%) pacientes fueron trasplantados y 75 (39,3%) fallecieron durante el seguimiento. Entre todos los pacientes con ALF, después de ajustar por edad, sexo, peso y etiología (acetaminofeno vs. otras), se encontró una asociación independiente entre mayores niveles de amoníaco y un mayor INR al ingreso en la UCI ($p < 0,001$; $r_2 = 0,21$). Por el contrario, niveles más bajos de urea se asociaron de manera independiente con un INR más alto al ingreso en la UCI ($p = 0,001$; $r_2 = 0,12$). Entre los pacientes trasplantados, después de ajustar por edad, sexo, peso y etiología, niveles más bajos de urea al ingreso en la UCI se asociaron de manera independiente con un menor peso del hígado extirpado ($p < 0,001$; $r_2 = 0,48$). Entre todos los pacientes con ALF, después de ajustar por sexo, etiología y puntuación SOFA, una mayor relación amoníaco-urea al ingreso en la UCI se asoció de manera independiente con menores probabilidades de supervivencia libre de trasplante (razón de probabilidades ajustada (intervalo de confianza del 95%) = $0,86$ (0,78;0,95); $p = 0,004$) y área bajo la curva (IC95%) = $0,85$ (0,79;0,91); $p < 0,001$).

Conclusiones: Una menor urea sérica se asoció con una mayor gravedad de ALF al ingreso en la UCI. La urea sérica podría contribuir a la evaluación pronóstica temprana en pacientes con ALF.

038. FACTORES A CONSIDERAR EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE PACIENTES CIRRÓTICOS DESCOMPENSADOS PARA SU VALORACIÓN DE INGRESO EN UCI

García Palacios B, Morales Hernández DA, Codina Calero J, Rodríguez Ibáñez P, Latorre Ibars R, Jiménez Jiménez G, Pujol Freire A, Furró Crusat MDA, Caballero López J y Trujillano Cabello J

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Determinar los factores que influyen en la toma de decisiones de los pacientes cirróticos descompensados valorados por UCI.

Métodos: Cohorte de pacientes cirróticos (PCIR) con descompensación aguda e ingreso hospitalario que son valorados por UCI entre 2022

y 2023, N = 63. Una vez valorados se decide que permanezcan en planta (Estables, N = 13), ingresen en UCI (UCI1, N = 40) o se decide adecuación del esfuerzo terapéutico (AET1, N = 10). Los pacientes UCI1 se clasifican en aquellos a los que se les aplicaron todas las medidas disponibles de soporte vital (UCI2, N = 26) y aquellos, en los que una vez ingresados, se decidió adecuar el esfuerzo terapéutico (AET2, N = 14). Se llevó a cabo un estudio descriptivo de las características demográficas y antecedentes, así como de las escalas pronósticas (MELD, MELD-Na, SOFA, APACHE, ACLF, CLIF-SOFA, CLIF-C ACLF), fracasos orgánicos (hemodinámico, respiratorio, renal, neurológico...) y datos analíticos. Análisis comparativo por grupos. Supervivencia por regresión de Cox (HR, IC95%).

Resultados: Un total de 40 pacientes ingresaron en UCI, otros 13 permanecieron en planta y en otros 10, se decidió adecuar las terapias de soporte vital. Dentro de los 40 pacientes que ingresaron en UCI, a 26 de ellos se les aplicaron todas las medidas disponibles, mientras que en los otros 14 se adecuó el esfuerzo terapéutico. Las características demográficas y los scores de comorbilidad (Charlson) no presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos descritos. Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en el número de fracasos orgánicos y en las escalas pronósticas respecto al grupo Estable (SOFA $p = 0,017$, Apache $p = 0,025$, ACLF $p = 0,025$, CLIF-SOFA $p = 0,016$). El único factor de riesgo en la primera decisión de ingreso en UCI fue la presencia de fracaso hemodinámico, HR 2,81 (1,50-5,24). En la segunda decisión, se adecuaron las terapias de soporte vital según la presencia de fracaso hemodinámico ($p = 0,014$, IC95%) y neurológico ($p = 0,021$, IC95%). La adecuación de esfuerzo terapéutico más frecuente, fue la no instauración de VMI y TRRC, así como la retirada de las medidas de soporte vital en pacientes no respondedores.

Conclusiones: Los pacientes PCIR valorados por UCI presentan 2 niveles de decisión. En la primera decisión, la presencia de fracaso hemodinámico favoreció el ingreso en UCI. Una vez ingresado el paciente, la decisión de AET se tomó en base a persistencia de fracasos orgánicos y la no respuesta al tratamiento instaurado. El análisis realizado se muestra fundamental para protocolizar las decisiones sobre este grupo de pacientes.

039. CONTROL DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE

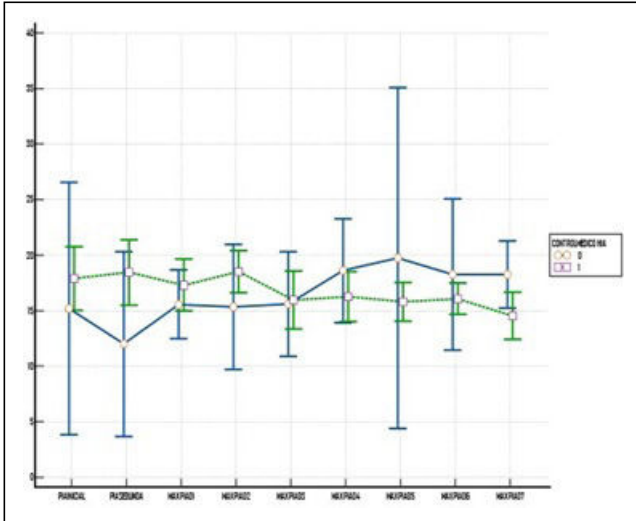
Macías Clemente J, Razak Soriano M, Delgado Mesa P, Gómez Prieto MG, González Contreras JJ y García Garmendia JL

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Sevilla.

Objetivos: La Hipertensión intraabdominal (HIA) es un problema grave asociado a la pancreatitis aguda grave (PAG). El objetivo es describir el control médico de la presión intraabdominal (PIA) en pacientes con PAG que ingresan en UCI y su correlación con los hallazgos radiológicos, quirúrgicos y la mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes con PAG ingresados en una UCI de 8 camas de un hospital comarcal. Periodo de estudio 2015-2021. Variables analizadas sobre los primeros 7 días: Niveles de PIA, tratamiento médico de la HIA, terapias de reemplazo renal (TDER), valores analíticos (lactato y creatinina), hallazgos radiológicos, intervención quirúrgica (IQ), y mortalidad a los 30 días y 6 meses. Se presentan variables cualitativas con número y porcentaje, y cuantitativas con mediana y cuartiles. Se realizó un análisis estadístico con chi-cuadrado o test de Fisher, y con la U de Mann-Whitney, y se aplicó el modelo lineal general para medidas repetidas. Nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes con PAG con medición de PIA. Un 69% de varones, edad 66 (54-73), APACHE II 18 (12-24) y SOFA 5 (3-7,3). La PIA inicial fue de 17,5 (14-21), siendo ≥ 20 en un 33%. El manejo incluyó balance negativo 88%, albúmina 56%, aminas 53%, furosemida 81%, analgesia 97%, SNG 91%, enemas 75%, procinéticos 63%, y relajantes musculares 27%. En un 25% se inició TDER. Un 73% presentó valores de PIA ≥ 20 en algún momento. Los valores de PIA o la presencia de HIA no se correlacionaron con los valores de lactato o creatinina. En 2 pacientes se detectó isquemia en la TC pero no fueron pacientes con HIA. En 4 pacientes que requirieron IQ se detectó isquemia, perforación o hemorragia, pero tampoco hubo asociación significativa con la presencia de HIA. En un 76% se consiguió un control clínico de la HIA. Los valores de PIA en los 7 primeros días no se asociaron a mayor mortalidad y el control efectivo de la HIA no mostró diferencias significativas en mortalidad a los 30 días (15 vs. 38%; $p = 0,315$) y 6 meses (27 vs. 38%; $p = 0,666$).



Conclusiones: El control de la HIA es un objetivo importante del complejo manejo de la PAG, si bien no hemos encontrado una asociación clara entre la detección de HIA y la detección de isquemia, perforación o hemorragia en los primeros 7 días de evolución en UCI. Se requieren estudios más amplios para dilucidar estas cuestiones.

040. EPIDEMIOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A SU EVOLUCIÓN DE PACIENTES CIRRÓTICOS QUE INGRESAN A UCI DE FUNDACIÓN ALTHAIA DEL 2010-2022: ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Tua Hernández Y

Hospital de Sant Joan de Deu, Barcelona.

Objetivos: La cirrosis hepática es una patología frecuente y que condiciona al mal pronóstico. Nos proponemos realizar una revisión descriptiva de los pacientes ingresados en la UCI con antecedentes de cirrosis al ingreso, características epidemiológicas, variables relacionadas con su evolución y mayor mortalidad, describir la adecuación terapéutica y el pronóstico hospitalario.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de la base de datos administrativa desde el año 2010 al 2022. Variables analizar: Demográficas al ingreso (edad, sexo), escala de gravedad SAPS3. Procedimientos intra-UCI: IOT, diálisis, fármacos vasoactivos, paracentesis, gastroscopia. *Outcome:* mortalidad en UCI y hospitalaria, y LET al ingreso de UCI.

Resultados: Se registraron 11.054 ingresos en UCI, de los cuales 357 (3,2%) con cirrosis hepática. La edad mediana 61 años (54-70), con un 27,2% de mujeres. El motivo de ingreso fue infección en 70 pacientes (20%), patología médica en 106 pacientes (30%), descompensación de la cirrosis en 88 pacientes (25%), otras patologías digestivas 75 pacientes (21%) y 18 pacientes posquirúrgicos (5%). La puntuación SAPS 3 de 69 puntos (59-82), con una mortalidad estimada de 54% (34-74). La estancia mediana total 3 días (2-6). La tabla 1 muestra los valores analíticos al ingreso, los procedimientos y la mortalidad asociada. Los pacientes con necesidad de DVA, VM al ingreso e IOT tuvieron una mayor mortalidad. Sin embargo, las variables que se relacionan independientemente con la mortalidad fueron la puntuación SAPS3 al ingreso (OR 1,05; IC95: 1,03-1,08), DVA (OR 2,9; IC95 1,3-6,2) y VM (OR 2,9; IC95: 1,55-5,6). Entre la adecuación del tratamiento, 72% de los pacientes no tuvieron ninguna limitación, un 5% ya tenían adecuación terapéutica al ingreso, un 13% se acordó no incremento de medidas durante el ingreso, y un 10% acabaron con retirada del soporte vital. En cuanto el pronóstico de los pacientes que sobrevivieron a UCI (n = 266), 105 pacientes (29%) se consideraron de buen pronóstico y 5 de ellos resultaron *exitus* en el hospital (5%); 138 pacientes (52%) se consideraron de mal pronóstico siendo 17 *exitus* en el hospital (12%); y 23 pacientes (9%) se consideraron de supervivencia hospitalaria nula siendo *exitus* 15 de ellos (65%).

Conclusiones: La gravedad de los pacientes que ingresan es alta, y entre las patologías que más se asocian a su ingreso son patologías médicas y descompensación de su cirrosis. Las DVA, VM y diálisis están asociadas a mayor mortalidad. Más de la mitad de los pacientes que

sobreviven se consideran de mal pronóstico pero la mortalidad hospitalaria es inferior a la esperada.

	total n=357	Vivos n = 289 (81%)	Exitus n = 68 (19%)	P*
DVA	173(48.5%)	116 (67,10%)	57 (32,90%)	< 0.001
VM al ingreso	108 (30.3%)	57 (64,80%)	31 (35,20%)	< 0.001
IOT	137 (38.4%)	90 (65,70%)	47 (34,30%)	< 0.001
Paracentesis	55 (15.4%)	39 (70,90%)	16 (29,10%)	0,06
FGS	86 (24.1%)	74 (86,00%)	12 (14,00%)	0,10
Diálisis	25 (7%)	15 (60%)	10(40,00%)	0,01
PH < 7.20	45 (12,60%)	20 (44,40%)	25 (55,60%)	< 0.001
Leucocitos >15000	79 (22,10%)	55 (69,60%)	24 (30,40%)	0,006
Glasgow <7	36 (10,10%)	20 (55,60%)	16 (44,40%)	< 0.001
Bilirrubina >6	51 (14,30%)	43 (84,30%)	8 (15,70%)	0,57
Creatinina >2	95 (26,60%)	71 (74,70%)	24 (25,30%)	0,09
Plaquetas <50.000	45 (12,60%)	32 (71,10%)	13 (28,90%)	0,1

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD I

08:30-10:00 - Sala 130 + 129

Moderadores: María Luisa Cantón Bulnes/
Carlos Velayos Amo

041. ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL ESTADO DE LOS SERVICIOS EXTENDIDOS DE MEDICINA INTENSIVA, EQUIPOS DE RESPUESTA RÁPIDA Y SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE ALERTA EN NUESTRO PAÍS

Chicote Álvarez E¹, Igeño Cano JC², García García M³, Íñiguez de Diego A¹, Gómez Camino S¹, Macías Pascual M¹ y Calvo Martínez A¹

¹Hospital San Pedro (C. H. San Pedro Hospital de La Rioja), La Rioja.

²Hospital San Juan de Dios de Córdoba, Córdoba. ³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Conocer la implantación y el desarrollo de los servicios extendidos de medicina intensiva, los equipos de respuesta rápida y los sistemas automáticos de alerta en nuestro país.

Métodos: Se desarrolló un cuestionario formado por 24 preguntas que se hizo llegar a través de la SEMICYUC a todos los médicos intensivistas socios (médicos adjuntos y residentes) Se envió mediante la aplicación oficial de la SEMICYUC sin existir un tiempo máximo para responder.

Resultados: El número total de respuestas recibidas fue de 62, de las cuales: 11 fueron de residentes, 50 de adjuntos y 1 no contesta.

Figura Póster 041

ENCUESTA SOBRE SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA PARA LA SEMICYUC.

1 - Comunidad Autónoma:

2 - Ciudad:

3 - Hospital:

4 - Nº de camas de UCI:

5 - ¿Dispone de Unidad de Cuidados Intermedios?

- Sí
- No

6 - En caso afirmativo, de cuántas camas dispone:

7 - ¿Dispone de Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI, UCI sin paredes o similar)?

- Sí
- No

8 - En caso afirmativo, ¿desde qué año se encuentra en marcha?

9 - En caso afirmativo, el horario de dicho Servicio es:

- Lunes a **Viernes** de 08-15 horas.
- Lunes a viernes 24 horas.
- Continuo todos los días.
- Otro.

10 - ¿Entre las labores de este Servicio se encuentra seguir las altas a planta tras su salida de UCI?

- Sí
- No

11 - ¿Cuántos facultativos se encargan del Servicio Extendido de Medicina Intensiva de manera habitual al día?:

12 - ¿Dispone de personal de enfermería específico para este Servicio?

- Sí
- No

13 - En caso afirmativo, ¿de cuántos profesionales de enfermería dispone?

14 - ¿Su UCI dispone de equipos de respuesta rápida?

15 - En caso afirmativo, el horario de dicho Equipo es:

- Lunes a **Viernes** de 08-15 H
- Lunes a viernes 24 horas
- Continuo todos los días
- Otro

16 - En caso afirmativo, ¿dispone de personal de enfermería específico para el equipo de respuesta rápida?

- Sí
- No

17 - En caso afirmativo, ¿de cuántos profesionales de enfermería dispone?

18 - ¿Disponen de algún método (informático, alertas, etc.) para detectar pacientes en riesgo de deterioro clínico en el Hospital de manera "automática"?

- Sí
- No

19 - En caso afirmativo, este método es utilizado con qué horario:

- Lunes a **Viernes** de 08-15 H
- Lunes a viernes 24 horas
- Continuo todos los días
- Otro

20 - ¿Cómo valora la necesidad de disponer de un Servicio de Medicina Intensiva Extendido? Valore del 1 (nada necesaria) a 10 (imprescindible)

21 - En caso de disponer de este, ¿los Residentes de Medicina Intensiva tienen una rotación estipulada por dicho Servicio?:

- Sí
- No

22 - ¿Cómo valora dicha rotación para completar la formación en Medicina Intensiva (o la valoraría en caso de que no esté estipulada en su servicio)? Valore del 1 (nada necesaria) a 10 (imprescindible):

23 - ¿Cree que el seguimiento de pacientes tras ser dados de alta del Servicio de Medicina Intensiva es útil para evitar reingresos en la UCI?

- Sí
- No

24 - Una vez completada la encuesta: ¿Es usted **adjunto** o residente?

Las 62 respuestas provenían de 29 hospitales. El 31,03% de los hospitales tenían Unidad de Intermedios y el 41% (un total de 12 hospitales) tenían desarrollado Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI). De estos 12 hospitales, 10 realizaban el SEMI de lunes a viernes de 08 a 15 horas y tan solo 2 lo realizaban en horario continuo. En 10 casos el SEMI realizaba seguimiento de los pacientes tras el alta de UMI. Tres de los hospitales tenían personal de enfermería propio para el SEMI. El 41% de los hospitales han desarrollado Equipo de Respuesta Rápida (ERR). Son 12 hospitales, de los cuales 9 de ellos presentan ERR de manera continua y 3 en horario ordinario. Tan solo 1 hospital tiene equipo de enfermería para el ERR. Respecto a sistemas informáticos de alerta, lo tienen 10 hospitales (34,48%) 6 de ellos lo utilizan en horario continuo. Respecto a la pregunta: ¿Cómo valoraría la necesidad de disponer de un Servicio Extendido de Medicina Intensiva? (valore del 1 "nada necesaria" al 10 "imprescindible") La media de las respuestas fue de 8,70 puntos. La media de 9,38 entre los que tienen SEMI y de 8,13 entre los que no disponen del SEMI. Entre los adjuntos fue de 8,85 puntos y entre los residentes 8,9 puntos. Solo 3 hospitales tienen rotación estipulada de los Residentes en el SEMI.

Conclusiones: Si bien el resultado obtenido arroja una muestra muy pequeña del global de los Servicios de Medicina Intensiva del país, los SEMI están logrando cada vez un mayor desarrollo junto con los sistemas automáticos de alerta. Estos sistemas son muy bien valorados tanto por adjuntos como por residentes si bien solo 3 de los hospitales que respondieron tiene estipulada la rotación de los residentes por estos servicios. El papel de la Enfermería (disponer de personal de dedicación exclusiva) en estos servicios aún es muy pequeño.

042. ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES DURANTE EL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Carrero Ruíz C, Puebla Martín A, González Muñoz M, Estrada Páez MDM, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Evaluar los incidentes de seguridad (IS) y eventos adversos (EA) ocurridos durante el traslado del paciente crítico en un SMI a quirófano y realización de pruebas diagnósticas en una UCI de 23 camas de un hospital de tercer nivel. Garantizar la seguridad del paciente durante el traslado con la autoevaluación pre, intra y post traslado realizada en el listado de verificación (LV) realizado por un equipo multidisciplinar que analizó las IS y EA ocurridos para implantar áreas de mejora.

Métodos: Durante el primer trimestre del año 2023 se implantó un LV antes, durante y después del traslado que fue cumplimentado por el equipo interviniente (médico, enfermero, TCAE y celador). Los indicadores evaluados fueron el número de IS totales \times 100/total de traslados, número de EA \times 100/número de traslados totales de los primeros 9 meses del año 2023 (enero-septiembre 2023). Se compararon los resultados por trimestre.

Resultados: Se recogieron 436 LV durante 9 meses, con una tasa de IS de 2,52% y 0,68% de EA graves (estándar SEMICYUC < 10%). En la evolución por trimestre se aprecia una disminución progresiva de los IS con

Figura Póster 042

OBJETIVO RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS	INDICADOR (Descripción y Fórmula)	1T		2T		3T	
		RESULTADO (%)	FECHA	RESULTADO (%)	FECHA	RESULTADO (%)	FECHA
Garantizar la seguridad del paciente durante el traslado	Porcentaje global de IS en traslados a pruebas y quirófano ($\Sigma IS / \text{total traslados}$)	5,34	31/03/2023	1,630	30/06/2023	0,82	30/09/2023
Evitar que los incidentes durante el traslado lleguen al paciente	Porcentaje de EA en traslados a pruebas y quirófano ($\Sigma EA / \text{total de traslados}$)	2,29	31/03/2023	0	30/06/2023	0	30/09/2023

Tabla 1. Resultado del porcentaje global de IS y EA en traslados a pruebas y quirófano.

cero EA en los 2º y 3º trimestres (tabla). Los IS fueron: 1 vómito, 3 hipotensiones transitorias, 1 caída de monitor de transporte por rotura del pie de sujeción, 2 olvidos de ambú, 1 caída al suelo de la bomba de noradrenalina. Los EA graves fueron: 1 desaturación por mala conexión del respirador a la bala de oxígeno y 1 desconexión del O2 durante la transferencia de la cama a la camilla del TAC y 1 respirador mal montado.

Conclusiones: La implantación de un LV ha permitido disminuir el número de IS y EA durante los traslados intrahospitalarios del paciente crítico. La utilización de LV disminuye los errores secundarios a la inestabilidad laboral del personal puesto que en el 3º trimestre se evidencia una disminución de los IS donde había sustituciones por vacaciones por personal con poca experiencia. En nuestro centro, tras la formación recibida y autoevaluación, se ha disminuido el porcentaje de IS y EA en los traslados a lo largo del año tal y como se muestra en la tabla de resultados.

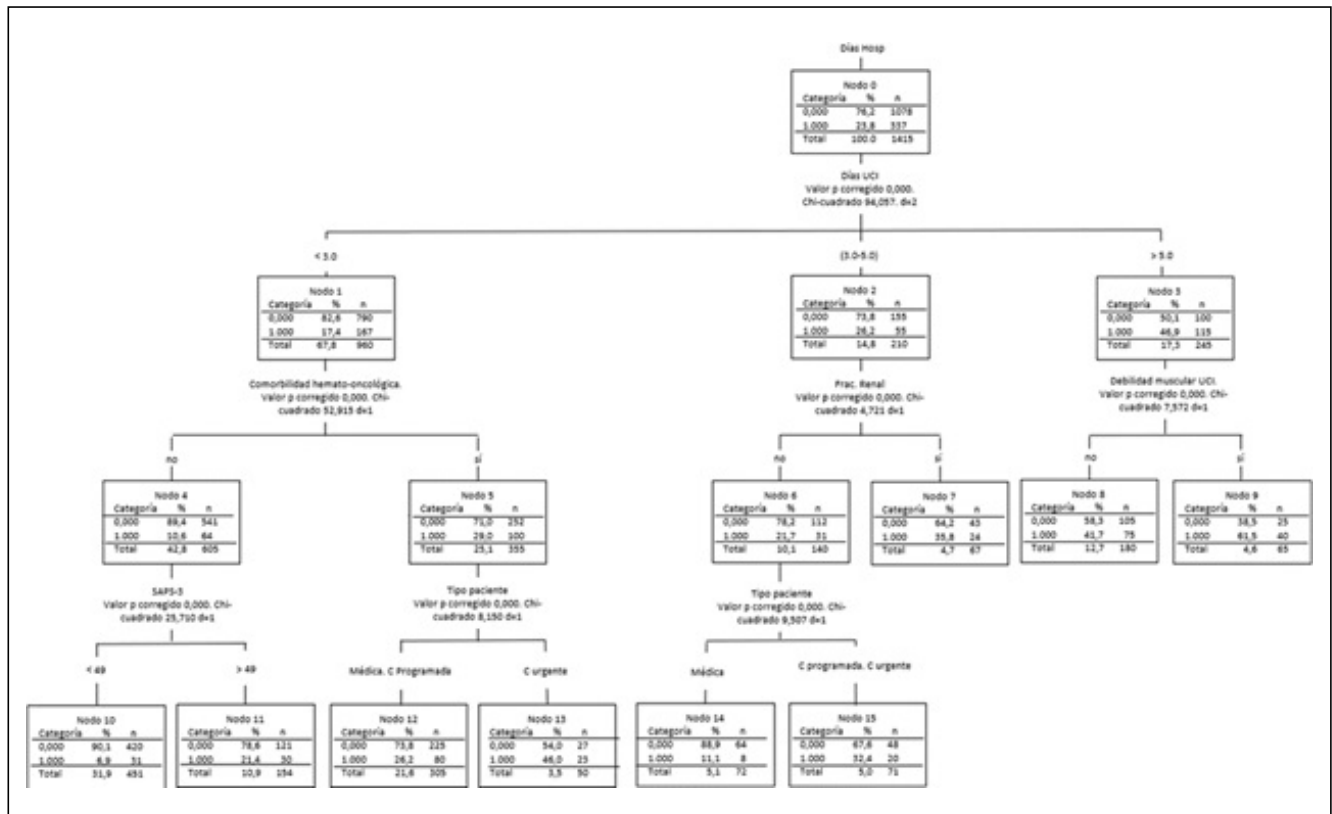
043. FACTORES DE RIESGO DE ESTANCIA PROLONGADA HOSPITALARIA TRAS INGRESO EN UCI

García Manzanedo S, Lobo Valbuena B, Pajares Martínez S, Torrejón Pérez I, Naharro Abellán A, Rodríguez Alcaraz A, Soto Agudo L, Conejo Márquez I y Gordo Vidal F

Hospital del Henares, Madrid.

Objetivos: El envejecimiento de la población y los avances médicos y tecnológicos consiguen que cada vez más gente sobreviva a patologías graves que requieren ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), apareciendo nuevas comorbilidades derivadas de ello. Las causas de una estancia hospitalaria prolongada son múltiples, y se han estudiado sobre todo después de diferentes procedimientos quirúrgicos. Así pues, el objetivo principal de nuestro estudio es identificar los factores de riesgo de estancia hospitalaria prolongada tras el alta de la UCI.

Figura Póster 043



Métodos: Estudio observacional prospectivo en una UCI polivalente, entre 2016 y 2019. Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos demográficos y a continuación, un análisis univariante, multivariante de regresión logística y análisis de particiones recursivas mediante árbol CHAID.

Resultados: Se incluyeron 1.462 pacientes. La mediana de días de ingreso en UCI fue de 2 días y en planta tras UCI 6 días; estimando una estancia hospitalaria prolongada de 12 días. Los factores de riesgo detectados de estancia hospitalaria prolongada en el análisis multivariable fueron: los días de ingreso en UCI, un índice de fragilidad mayor de 3, la puntuación del SAPS-3, la comorbilidad cardiovascular y hematooncológica, la necesidad de nutrición parenteral, el aislamiento preventivo y el desarrollo de fracaso cardiovascular durante el ingreso en UCI. Por otro lado, tras segmentar la población en grupos de riesgo, mediante el árbol CHAID, se detectaron como factores de riesgo el desarrollo de debilidad adquirida en UCI y el desarrollo de fracaso renal.

Conclusiones: La estancia hospitalaria prolongada tras el alta de la UCI es multifactorial. Observamos que la gravedad, la fragilidad y las comorbilidades, aumentan la estancia en planta. Hemos segmentado a los pacientes con mayor riesgo de estancia prolongada, aquellos con estancia en UCI inferior a tres días, el mayor riesgo se observó en (a) los que tenían comorbilidad hematooncológica y fueron ingresados por cirugía urgente, o (b) los pacientes con una puntuación SAPS-3 superior a 49 y sin comorbilidad hematooncológica. Aquellos con estancia entre tres y cinco días, tenían más riesgo los que desarrollaron insuficiencia renal o eran pacientes de tipo quirúrgico. Por último, entre los pacientes ingresados más de cinco días, el mayor riesgo se observó en los que desarrollaron debilidad muscular adquirida en UCI.

044. ¿QUÉ APORTA LA INCORPORACIÓN DE UN FARMACÉUTICO A UNA UCI TERCIARIA?

Bustamante Munguira E, Artola Blanco M, Anton Martínez M, de Pedro Sánchez MÁ, Sánchez Sánchez MT, Francisco Amador A, Mamolar Herrera N y Posadas Pita G

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Desde el año 2021, la UVI del hospital clínico universitario, cuenta con un farmacéutico en la unidad, realizando un 50% de su trabajo con nosotros, el objetivo es realizar una revisión retrospectiva de las principales intervenciones realizadas en nuestro servicio, así como ayuda en la calidad y seguridad de la atención a nuestros pacientes por parte del servicio de farmacia.

Métodos: Revisión retrospectiva de las intervenciones, así como ayuda en implementación y/o revisión de protocolos en la unidad.

Resultados: Se presentan en la tabla. En 2021, 196 intervenciones generales con 157 recomendaciones posológicas (monitorización farmacocinética, total 353 intervenciones. En 2022, 230 intervenciones generales con 120 recomendaciones posológicas de monitorización farmacocinética, total 350 intervenciones. En 2023, 157 intervenciones generales con 91 recomendaciones posológicas de monitorización farmacocinética, total 248 intervenciones. Se reviso también, Protocolos y tareas conjuntas. Actualización Excel con bombas, protocolo de monitorización de antibióticos y documento niveles de referencia de fármacos durante 2021. En 2022 Elaboración listado de medicamentos fotosensibles, documento ISO revisión de botiquines de la Unidad así como identificación y separación de medicamentos de alto riesgo tras evento adverso grave. En 2023, protocolo de uso de clevedipino en pacientes críticos. Estandarización de diluciones. Protocolo de uso de sedación inhalatoria en pacientes críticos.

Intervención	2021	2022	2023
Interacciones detectadas	11%	3%	5%
Propuesta de conciliación	14%	10%	11%
Incompatibilidad por vía iv	5%	3%	4%
Suspensión tratamiento duración excesiva	3%	8%	10%
Terapia secuencial	3%	3%	
Ajuste dosis incorrectas	29%	23%	24%
Ajustes renales	16%	20%	23%
Comprobación compatibilidad SNG	17%	26%	19%
Duplicidad terapéutica	2%	4%	4%

Conclusiones: La incorporación de un farmacéutico aumenta la calidad y seguridad en la atención a los pacientes críticos. Ayuda a prevenir la aparición de eventos adversos, siendo las unidades de críticos donde más pueden aparecer y principalmente los errores de medicación. La mayor parte de las propuestas formuladas por farmacia, son aceptadas por el personal de UVI, influyendo en la eficacia del tratamiento.

045. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PROCEDENTES DE LA PLANTA DE ONCOLOGÍA. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRA-UCI

Coffin Barahona ID, Busquets A, Cueto P, Garrido Benedicto P, Rovira Anglés C, García Mañosa E, Enríquez Sánchez R, Pinos Montalvo AD, Parra A y Vallverdú Perapoch I

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus, Tarragona.

Objetivos: Conocer las características clínicas y evolución a corto plazo de los pacientes que ingresan a UCI procedentes de la planta de oncología.

Figura Póster 045

Variable	Mortalidad Si (n = 44)	Mortalidad No (n = 104)	p	Odds Ratio (IC95)
Edad (mediana RIC)	65.3 (60.9-69.1)	69.4 (62.4-73.4)	.133	
IMC (mediana IRC)	25.5 (22.4-29.1)	26.4 (22.9-30)	.368	
SAPS II (media DE)	43.9 (16.4)	37.5 (14.1)	.040	
Días de UCI (mediana RIC)	3.5 (1.5-13.5)	3.5 (2.5-7.5)	.913	
Ventilación mecánica n (%)	34 (77.3)	32 (30.8)	.000	7.65 (IC95 3.4-17.4)
Días de VMI (mediana RIC)	4 (2-15)	4 (2-8)	.872	
TRRC n (%)	7 (15.9)	4 (3.8)	.011	4.73 (IC95 1.3-17.1)
Días de TRRC (media DE)	5.6 (5.1)	5.3 (2.6)	.911	
Ventilación No Invasiva n (%)	10 (22.7)	13 (12.5)	.116	
Infección Intra-UCI n (%)	12 (27.3)	9 (8.7)	.003	3.96 (IC95 1.5-10.3)
HTA n (%)	21 (47.7)	59 (56.7)	.315	
DBT II n (%)	6 (13.6)	27 (26)	.100	
Dislipemia n (%)	10 (22.7)	34 (32.7)	.225	

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI, en un hospital de nivel II y procedentes de la planta oncológica. Periodo: 2012-2023. Los pacientes se dividen en dos grupos (mortalidad UCI Sí/No). Variables analizadas: demográficas, tipos de neoplasia, comorbilidades, severidad al ingreso en UCI, tratamientos de soporte (ventilación mecánica invasiva: VMI, ventilación no invasiva: VNI, y técnicas de reemplazo renal continuas: TRRC), infecciones adquiridas en UCI, días de estancia en UCI, mortalidad (UCI, hospitalaria y a los 6 meses) y la adecuación del esfuerzo terapéutico en UCI (AET). Análisis estadístico: Las variables categóricas se expresan en porcentajes y se comparan con la prueba de Pearson. Las variables continuas se expresan en medias o medianas y se comparan con las pruebas de t-Student o Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariante de regresión logística teniendo en cuenta las variables significativas.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes (45 mujeres, 30,4%), de edad media 67,5 años (62-73,3), con un IMC 26,1 (22,7-29,4). El tipo de neoplasia era: 22 (15%) neoplasia hematológica y 126 (85%) sólida. Comorbilidades: HTA en 80 (54%) pacientes, diabetes mellitus en 33 (22%) y dislipemia en 44 (30%). SAPS II medio era de 39 ± 15 . Un 44,6% (66) de los pacientes necesitó VMI, 4 días de VMI (RIC 2-11), un 15,5% (23) precisó VNI y un 7,4% (11) precisó TCSR durante $5,5 (\pm 4,2)$ días. Un 14% (21) de pacientes presentó infección adquirida a UCI. La estancia en UCI fue de $3,5 (2,5-8,5)$ días. La mortalidad en UCI fue del 30% (44 pacientes), la hospitalaria del 42,6% (63 pacientes) y a los 6 meses de 65% (96 pacientes). La AET se consideró en 100 (67,6%) pacientes. La tabla muestra el análisis univariante entre los dos grupos. El análisis multivariante muestra la necesidad de VMI como único factor asociado a la mortalidad en la UCI ($p < 0,001$, OR 9,6; IC95%, 2,93-31,6).

Conclusiones: La mortalidad a corto plazo es mayor del 60%. El grupo de *exitus* en UCI presentaba mayor severidad al ingreso, mayor necesidad de VMI, de TRRC y más infecciones adquiridas en UCI. Siendo la VMI, el principal factor asociado a la mortalidad intra-UCI, factor clínico a considerar en el proceso de toma de decisiones en este grupo de pacientes.

046. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS FAMILIARES EN LA SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADOS EN UCI

Tornero Yezpez P, Ruiz Rodríguez A, Martínez Quintana ME, Torrano Ferrández A, Maíquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Carrasco González E, Rozua López A, Higón Cañigral Á y Pellicer Sánchez N

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

Objetivos: Analizar la influencia de los factores demográficos de los familiares, en la valoración general de la calidad de los cuidados sanitarios de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes dados de alta vivos de UCI en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de abril y el 30 de noviembre de 2023. Se utilizó una encuesta validada que analiza la satisfacción de los cuidados en UCI, valorándose 16 ítems, con respuesta tipo Likert, divididos en 7 grupos entre los que se incluyeron la opinión al trato personal y del familiar. La encuesta se daba en mano al familiar al alta y se recogía 48 horas más tarde. Las variables se expresan como frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizan mediante χ^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se analizaron 74 encuestas, la mayoría de los encuestados son mujeres (67,6%). Los respondedores más frecuentes fueron los hijos (48,6%) seguido de los padres y hermanos (21,6%). El 41,9% de los respondedores convivían con el paciente. Aquellos que no compartían domicilio visitaban a su familiar más de una vez a la semana (41,9%), aunque el 55,4% vivían fuera de la ciudad. En todos los ítems evaluados se evidencia una mayoría de respuestas excelente-muy buena. En la mayoría de los ítems, los menos satisfechos son los padres/hermanos del familiar. Al analizar todos los ítems en su conjunto y compararlo con el grado de parentesco, las respuestas menos satisfactorias la presentaron el 9% parejas, 7,8% hijos, 19,8% padres/hermanos y 2% otros familiares ($p < 0,001$). No hubo diferencias en relación con el género del encuestado, respuestas menos satisfactorias en 9,2% de mujeres y 12,3% de hombres ($p = 0,011$). La convivencia del encuestado con el paciente también influyó en los resultados, presentando peor valoración por parte de los que no convivían, 12,7 frente a 6,7% ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existe una relación entre los factores demográficos de los respondedores de las encuestas y la satisfacción percibida, obteniéndose una valoración menos satisfactoria por parte de padres/hijos y no convivientes.

niéndose una valoración menos satisfactoria por parte de padres/hijos y no convivientes.

047. ANÁLISIS DE UNA ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME POSCUIDADOS INTENSIVOS EN EL PERSONAL SANITARIO DE UNA UCI

Ruiz Rodríguez A, Martínez Quintana ME, Carrasco González E, Higón Cañigral Á, Tornero Yezpez P, Torrano Ferrández A, Maíquez Sánchez L, Torrano Ferrández M, Pellicer Sánchez N y Valdés Socorro DA

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

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento del personal sanitario de UCI: personal médico (M), residentes (MIR), personal de enfermería (E) y estudiantes de enfermería de 4º año (EE), sobre el síndrome poscuidados intensivos (PICS) y valorar su opinión sobre humanización en UCI.

Métodos: Estudio transversal y unicéntrico. Se elaboró una encuesta de conocimiento, que quedó conformada por 10 ítems. Entre el 16 de octubre y el 13 de diciembre de 2023 se entregó al personal que estaba trabajando en ese momento en la unidad. Se recogieron datos sociodemográficos y profesionales. Los datos se muestran como frecuencias absolutas y relativas. Se realizó un análisis descriptivo y de asociación entre variables mediante la prueba χ^2 de Pearson o exacta de Fisher.

Resultados: Fueron entregadas 78 encuestas y 67 (85,9%) respondidas, 10 hombres (14,9%) y 57 mujeres (84,2%). El rango de edad predominante fue entre 31-50 años con 42 encuestas respondidas (62,7%). Diecinueve sanitarios (28,4%) referían desconocer lo que era el PICS: 1 M (5,9%), 2 MIR (66,7%), 13 E (33,3%) y 3 EE (37,5%) ($p = 0,066$). Veintisiete sanitarios (40,3%) referían desconocer los factores relacionados con el desarrollo del PICS, siendo el colectivo predominante el personal de enfermería con 19 E (48,7%) ($p = 0,007$). El 55,2% del personal sanitario refiere desconocer alguna medida para su prevención, 4 M (23,5%), 2 MIR (66,7%), 25 E (65,8%) y 6 EE (75%) ($p = 0,018$). El 50,7% desconocía lo que era el PICS familiar, 4 M (23,5%), 3 MIR (100%), 20 E (52,6%) y 7 EE (87,5%) ($p = 0,006$). Un 22,4% de los trabajadores refieren que la presencia prolongada de la familia dentro de la unidad entorpece su trabajo, 2 M (11,8%), 1 MIR (33,3%), 10 E (27%) y 2 EE (25%) ($p = 0,627$). Únicamente 17 E (45,9%) y 4 EE (50%) se oponen a permitir la entrada de mascotas en la unidad bajo normas veterinarias estrictas, y 1 M se ha abstenido de responder este ítem ($p = 0,004$).

Conclusiones: El desconocimiento sobre el PICS tanto del paciente como del familiar es frecuente en el personal que trabaja en UCI, siendo necesaria una mayor formación en este síndrome, en sus factores de riesgo y sus posibles medidas de prevención.

048. IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BAJO LA NORMA ISO 9001:2015 EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Gómez Grande ML, Ambrós Checa A, Segovia García de Miguel L, Vázquez Rodríguez Barbero I, Rubio Serrano P, García del Castillo Muñoz S, Segura López N, Plaza Nieto C, Piñeiro Moraira AB y Lorente Maldonado A

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Adoptar el sistema de gestión de calidad (SGC) ISO 9001:2015 es una decisión estratégica de la organización que ayuda a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para el desarrollo sostenible, buscando la excelencia y la satisfacción del cliente. Los objetivos son: implantación de un SGC bajo la norma ISO 9001:2015 en un SMI polivalente y evaluar sus resultados. Fomentar la cultura organizacional de mejora continua, implicando al máximo número de personas, alcanzar la máxima calidad en la asistencia sanitaria sustentada por la evidencia científica. Mejorar la evaluación de los resultados de nuestros indicadores y la toma de decisiones. Orientar la organización del SMI y sus resultados hacia el conocimiento y abordaje del paciente crítico (PC). Desarrollar el proyecto HU-CI bajo la norma.

Métodos: En septiembre de 2022 se inició la implantación de la norma dirigida por un grupo coordinador del Plan de Calidad del SMI con las siguientes fases. Elaboración del cronograma que define las líneas estratégicas (LE) y definición de los procesos clave del mapa de procesos Difusión al SMI e implicación de personal de todas las categorías profesionales (CP). Análisis de riesgos por CP (médico, DUE, TECAE, celador) con las diferentes herramientas de análisis (DAFO, AMFE...) y selección de

áreas de mejora (AM) con definición del alcance. Definición, planificación y seguimiento de los objetivos de rendimiento (15) y de mejora (7). Definición del perfil de los grupos profesionales, partes interesadas, proveedores. Autoevaluación del profesional en las áreas de conocimiento seleccionadas (ACS). Implementación de acciones correctiva (AC) y preventivas para evitar desvíos de la norma.

Resultados: El alcance incluyó 4 procesos, (síndrome coronario agudo, limitación del tratamiento del soporte vital del PC intra-UCI, cuidados del PC al final de la vida y transporte intrahospitalario del PC), se elaboraron 8 instrucciones técnicas, 46 incidencias y 8 AC. Se crearon alianzas con otros servicios. Se cumplieron todos los objetivos fijados. Se iniciaron AM en el control del material, dispositivos, tecnología.

Conclusiones: La implantación de un SGC en un SMI ha permitido: cumplir con las LE del servicio y de la organización, con la implicación de casi 100 profesionales de todas las CP. Establecer protocolos asistenciales con competencia de todas las CP mejora la implicación individual y colectiva, influyendo positivamente en la calidad de los cuidados, la seguridad del PC y la satisfacción de los trabajadores. Elaboración de un plan de formación anual dirigido a las ACS.

049. UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA POR LA POBLACIÓN FLOTANTE EN MALLORCA

Ramis Munar FM, Sánchez Martín JA, Serrats López P, Arenas Casanovas F, Belzunce Capó JF, Espeleta J, Llopart Pou JA y Riera Sagrera M

Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar la demanda del servicio de Medicina Intensiva (UCI) del hospital público de referencia de la comunidad autónoma de las Islas Baleares (Hospital Universitario Son Espases) por parte de la población flotante.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los ingresos realizados en nuestra UCI desde enero a octubre del 2023 divididos en 2 grupos: población no flotante (PnoF) y población flotante (PF). Se definió como PF a todo paciente procedente del extranjero u otra comunidad autónoma. Las variables analizadas fueron edad, sexo, fecha de ingreso, tipo de ingreso y tiempo de estancia en UCI. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartil (RIC) y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney. Las cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje y se analizaron con el test de chi-cuadrado.

Resultados: De los 1.179 ingresos realizados, 15 (1,3%) fueron reingresos en menos de 72 horas desde el alta de UCI por lo que se analizaron con el primer ingreso. Los 1.164 ingresos analizados incluyeron: 388 (33%) operados de cirugía cardiaca (CC), 277 (24%) pacientes médicos, 201 (17%) neurocríticos, 172 (15%) cardiológicos, 68 (6%) traumatismos graves sin patología neurocrítica, 45 (4%) quirúrgicos (no CC) y 13 (1%) traslados para donación, con edad 62 (51-71) años y predominio del sexo

masculino (69%). Se generaron 9393 días de estancia en UCI y el tiempo de estancia fue de 4 (2-9) días. La PF produjo 100 (8,6%) ingresos que originaron 783 (8,3%) días de estancia. Las principales diferencias de la PF respecto a la PnoF se muestran en la tabla 1. En la figura 1 se muestra la variación de los ingresos de la PF en la UCI a lo largo de los 10 meses de estudio.

	PnoF (n=1064)	PF (n=100)	Nivel de significación
Edad	63 (52-72)	54 (36-66)	<0,001
Sexo masculino	728 (68%)	75 (75%)	NS
Tipo de Ingreso			<0,001
Cirugía Cardiaca (CC)	385 (36%)	3 (3%)	
Médico	260 (24%)	17 (17%)	
Neurocrítico (NC)	166 (16%)	35 (35%)	
Cardiológico	148 (14%)	24 (24%)	
Trauma grave no NC	50 (5%)	18 (18%)	
Quirúrgico no CC	44 (4%)	1 (1%)	
Traslado para donación	11 (1%)	2 (2%)	
Tiempo estancia en UCI (d)	4 (2-9)	4 (3-9)	NS

Tabla 1. Comparación de los pacientes estudiados (n = 1.164) en función del grupo de estudio (PnoF versus PF).

Conclusiones: El uso de nuestra UCI por la PF no es desproporcionado pero merece atención en la planificación de los servicios sanitarios. La demanda se concentra en temporada alta con predominio del paciente neurocrítico, cardiológico y traumático grave.

050. PLAN DE FORMACIÓN PARA FACULTATIVOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL BAJO NORMA ISO 9001:2015

Segovia García de Marina L, Gómez Grande ML, Ruiz Lorenzo FJ, Rubio Prieto E, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gonzalves G, Camacho Dorado E, Peral Santos A y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Realizar un plan de formación (PF) estructurado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) tras la implementación del sistema de gestión (norma ISO 9001:2015), según las carencias percibidas por el personal facultativo. Adquirir las habilidades y conocimientos necesarios para realizar una práctica médica segura y actualizada en el Servicio.

Figura 2 Póster 049

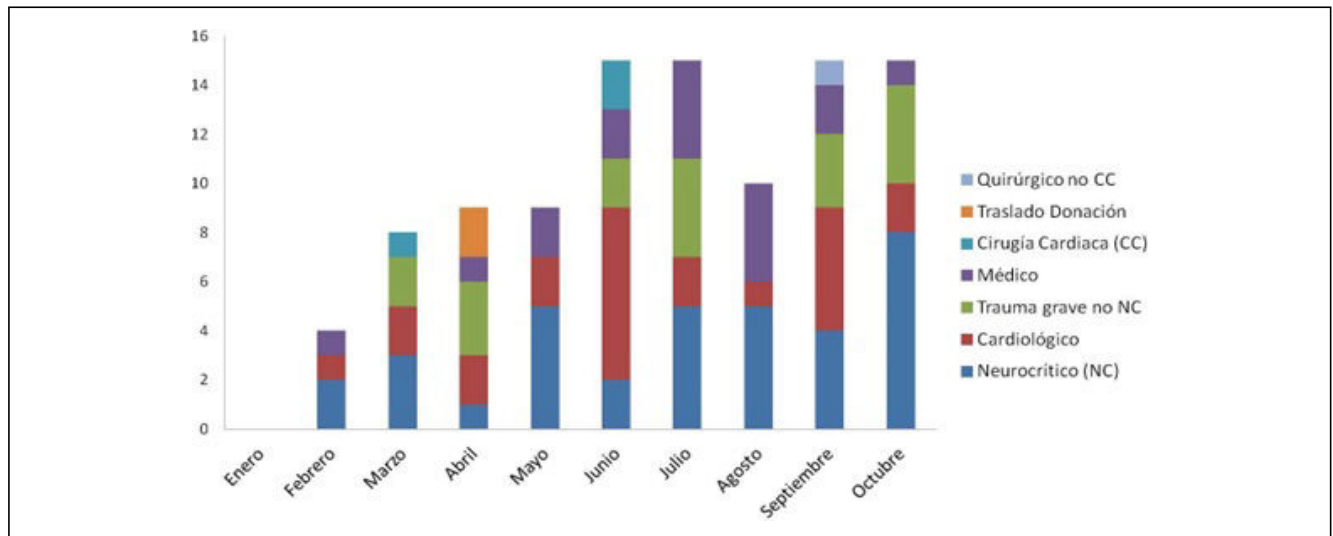


Figura 1. Distribución por meses de la población flotante atendida en nuestra UCI durante el periodo de estudio (n = 100).

Tabla Póster 050

Conocimiento	Áreas del conocimiento															
	1. Humanización & gestión			2. Respiratorio		3. Hemodinámica			4. Neurocríticos		5. Infección		6. Donación		7. Riñón	8. Sedación
	Relacionales	Eficiencia	Seguridad	VMec	TRQ-PC	ECG	EcoCrit	Invasivos	MNT	Doppler	ZEROs	Código Sepsis	PROA	Detección & Manejo	TCRR	
Alto	41%	0%	1%	88%	58%	35%	5%	35%	64%	10%	64%	19%	7%	25%	82%	23%
Medio	58%	72%	76%	11%	25%	58%	60%	64%	35%	61%	35%	64%	82%	75%	17%	77%
Nulo	0%	28%	22%	1%	17%	0%	35%	0%	0%	29%	0%	17%	11%	0%	0%	0%

VMec: ventilación mecánica; TRQ-PC: traqueostomía percutánea; EcoCrit: ecografía en críticos; invasivos: soporte mecánico; MNT: neuromonitorización; TCRR: técnicas continuas de reemplazo renal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo porcentual utilizando como base de datos, una encuesta de autoevaluación a los 17 facultativos especialistas de área (FEA) del SMI, donde indicaron el grado de conocimiento (completo, incompleto o nulo) sobre 8 áreas del conocimiento referentes a la práctica asistencial de nuestra Unidad.

Resultados: Como se muestra en la tabla: Conocimiento nulo en humanización (28% en eficiencia y 22% en seguridad), ecografía en críticos (35%) y dúplex transcraneal (29%). Conocimiento alto en el área de respiratorio (88% en VMec y 58% en realización de traqueostomías), terapias continuas de reemplazo renal (82%) y en sedación (88%). Conocimiento intermedio en infección (82%), hemodinámica (60%), donación (75%) y sedación (77%).

Conclusiones: Se elaboró un PF reglado y acreditado priorizando aquellas áreas con mayor carencia detectadas en la autoevaluación: Curso de humanización: comunicación con paciente y familia y proyectos de HUCI. Curso de actualización en medicina intensiva (Gestión económica y seguridad del medicamento, Manejo del neurocrítico, Asistencia hemodinámica, Proyectos Zero y Multirresistencias, Sedación Zero e inhalada y donación de órganos). Curso teórico-práctico sobre ecografía en críticos y dúplex transcraneal.

051. ENCUESTA MULTICÉNTRICA PARA VALORAR LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE LA UCI DE LOS #PASEOSQUECURAN (SALIDAS TERAPÉUTICAS CON LOS PACIENTES CRÍTICOS)

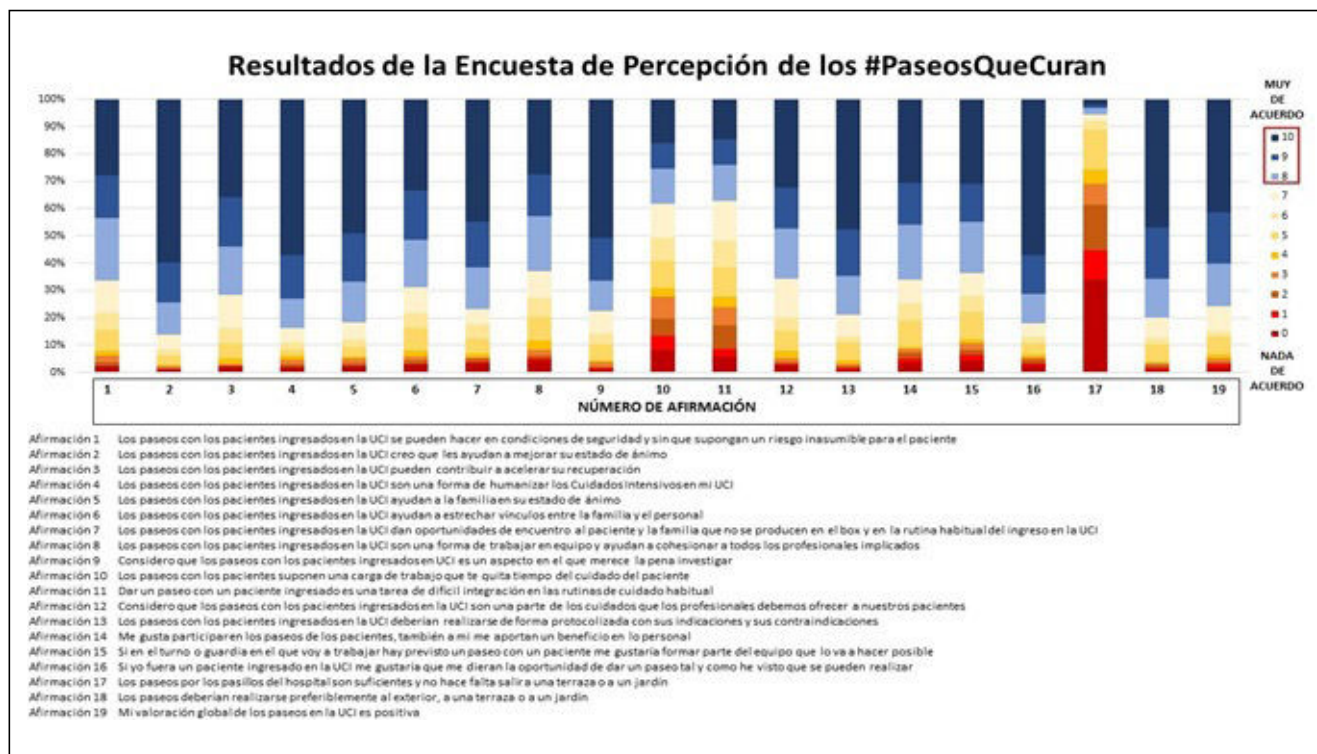
Velayos Amo C, Arellano del Verbo G, Díaz Cuero G, Roca García L, de la Torre Ramos MÁ, del Olmo Monge R y Alonso Ovies Á

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Conocer la percepción que los profesionales (PROF) que trabajan en la UCI tienen sobre las salidas terapéuticas con los pacientes críticos, #paseosquecuran (PQC), sus riesgos, sus beneficios potenciales, la carga de trabajo que suponen y como se valora dentro de la rutina de trabajo.

Métodos: Se denomina PQC a la actividad terapéutica que consiste en sacar de su box a un paciente crítico en situación estable para que puedan estar en contacto con la naturaleza según la propuesta y el protocolo del Dr. J.C. Igeño-Cano (H. San Juan de Dios, Córdoba) y que tiene como objetivo mejorar el bienestar del paciente y de su familia, prevenir el delirium y disminuir las secuelas psicológicas del síndrome posuci-

Figura Póster 051



Resultados completos.

datos intensivos. Presentamos un estudio observacional multicéntrico en el que, mediante encuesta anónima, se recoge la valoración que tienen de los PQC los PROF procedentes de 10 UCI españolas en las que se llevan a cabo PQC. La encuesta comprende 19 afirmaciones que se puntúan de 0 (completamente en desacuerdo) a 10 (completamente de acuerdo). Con puntuaciones de 8-10 la afirmación se acepta como cierta.

Resultados: Se han obtenido 361 encuestas (19% médicos intensivistas, 53% DUE, 23% TCAE, 3% celadores). El 37% han participado en 1-5 paseos, un 14% en 6-10, 15% en > 10 y el 34% en ninguno. Se observa que el 76% considera que los PQC son seguros, el 98% y el 93% considera que ayudan a mejorar el estado de ánimo de los pacientes y el de las familias respectivamente. El 82% considera que pueden contribuir a acelerar la recuperación de los pacientes. El 78% considera que ayudan a estrechar vínculos entre la familia y los PROF y un 72% que ayudan al trabajo en equipo. El 88% considera que merece la pena investigar en este campo y el 90% que debe ser una actividad protocolizada. Un 42% considera que es una tarea de difícil integración en las rutinas de cuidado. Al 72% le gusta formar parte del equipo que da el PQC. Un 91% cree que se deben realizar preferiblemente por el exterior del hospital. Un 93% opina que si estuviera ingresado en la UCI le gustaría recibir un PQC, siendo la valoración global de los PQC positiva en un 87%.

Conclusiones: La percepción que los PROF tienen de los PQC es globalmente positiva, considerando que aportan beneficios al paciente y a su familia tanto en su estado de ánimo como en su recuperación. Aunque suponen una carga de trabajo añadida consideran que también aportan beneficios a los PROF tanto en el trabajo en equipo como en lo personal. Conocer la percepción de los PROF es importante para identificar dificultades y barreras a superar antes de implantar una actividad pionera como son los PQC.

052. UCI EXTENDIDA: SEDACIÓN POR MÉDICOS INTENSIVISTAS EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias A, Salgado Villén M, Cózar Benjumea M, Sánchez Ruiz P y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar las sedaciones en procedimientos endoscópicos por intensivistas realizadas en un hospital comarcal y los factores asociados a la aparición de complicaciones durante los procedimientos.

Métodos: Análisis de cohorte prospectiva de pacientes sometidos a un proceso endoscópico desde el 1 de junio hasta el 30 de noviembre de 2023 en el Hospital Universitario Punta de Europa. Se recogieron variables demográficas, tipo y tiempo de procedimiento, riesgo anestésico ASA, tolerancia, complicaciones y tratamiento de estas, fármacos usados y procedimientos suspendidos. Se realizó un análisis estadístico habitual, considerándose significativo la $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 727 pacientes. Edad 62,5 [53; 74]. ASA: I 26,4%, II 49,9%, III 21,6%, IV 2,1%. Tipo de procedimiento: ambulatorio 91,6%, urgente 8,4%. Procedimiento: gastroscopia 43,5%, colonoscopia 43,2%, gastroscopia + colonoscopia 13,1%. Soporte respiratorio: gafas nasales 94,9%, ONAF 4,1%, Ventimask 0,4%. Procedimiento suspendido: 1 (0,1). Comparación según ASA: ASA I/II (n = 555) vs. ASA III/IV (n = 172). Edad (60,2 (± 16,4) vs. 69,8 (± 12,0), $p < 0,001$), talla (1,68 [1,6; 1,7] vs. 1,65 [1,6; 1,7], $p = 0,008$), tipo de procedimiento ($p < 0,001$): ambulatorio 94,1 vs. 83,7%, urgente 5,9 vs. 16,3%. Soporte respiratorio ($p = 0,045$): gafas nasales 95,7 vs. 92,4%, ONAF 3,1 vs. 7,6%, Ventimask 0,5 vs. 0%. Tolerancia ($p = 0,010$): muy buena 73,3 vs. 80,2%, buena 21,4 vs. 13,9%, regular 5 vs. 4,1%. Dosis propofol: carga (70 [60;90] vs. 60 [50;80], $p < 0,001$), dosis total (mg/Kg) (2,5 [1,7; 3,7] vs. 2,0 [1,3; 2,9], $p < 0,001$). Pacientes con complicaciones (n = 116) vs. sin complicaciones (n = 611). Procedimiento ($p = 0,021$): colonoscopia 51,7 vs. 41,6%, gastroscopia 32,8 vs. 45,5%, gastroscopia + colonoscopia 14,7 vs. 12,8%. Tiempo de procedimiento (23 [15; 35] vs. 19,5 [12; 29], $p = 0,001$). Tolerancia ($p < 0,001$): muy buena 61,2 vs. 77,6%, buena 21,6 vs. 19,3%, regular 14,7 vs. 2,9%. Dosis propofol (mg/kg): 2,7 [2,0; 4,2] vs. 2,3 [1,6; 3,3], $p = 0,009$. Dosis fentanilo: dosis carga (μg) 50 [0; 75] vs. 50 [0; 50], $p = 0,029$, dosis total ($\mu\text{g}/\text{kg}$) 0,9 [0; 1,7] vs. 0,6 [0; 1,3], $p = 0,007$. Regresión logística multivariante: IMC (OR 1,05 [1,01;1,09], $p = 0,019$); tiempo procedimiento (OR 1,01 [0,99;1,03], $p = 0,080$); dosis de fentanilo ($\mu\text{g}/\text{kg}$) (OR 1,30 [1,06;1,59], $p = 0,012$).

Conclusiones: La sedación por intensivistas en procedimientos endoscópicos es segura y eficiente, aun en pacientes con ASA elevado. El

IMC, la dosis de fentanilo y la duración del procedimiento se asociaron de manera independiente con la aparición de complicaciones.

053. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS EFECTOS ADVERSOS EN UNA UCI POLIVALENTE

Sánchez del Río A, Rivas Gómez-Plana F, Pérez Ruiz M, García Arjona R y Carmona Pérez ML

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Identificar los efectos adversos (EA) en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), y describir la tendencia durante los últimos años en nuestro servicio (2021-2023).

Métodos: En las hojas habilitadas se recogen los EA durante los cambios de guardia. Los hemos clasificado en siete grupos, según los errores de seguridad acontecidos en nuestra unidad, que se subdividen en: "Medicación" (prescripción, administración, transcripción, dispensación), "Transfusión", "Vía aérea y ventilación mecánica (VM)" (obstrucción, extubaciones no programadas, reintubación, e incidentes con neumotaponamiento), "Accesos vasculares, sondas, drenajes" (vías centrales, arterias, y distintas sondas); "Aparatos y equipos médicos" (monitor, respirador, dispositivos de reemplazo renal, y pruebas en UCI), "Cuidados de enfermería" (aplicación de cuidados, caídas, UPP e identificación del paciente) y en "Procedimientos" (intubación, traqueostomía, canalización de vía central).

Resultados: Se han notificado 25 EA en el año 2021, 32 en el 2022 y 32 en el 2023, siendo en total 89 casos. El 29,21% (26 casos) del total son incidencias con la medicación, 0% de transfusiones, el 12,35% (11 casos) son sobre vía aérea y VM, el 22,47% (20 casos) son de accesos vasculares y sondas, el 10,11% (9 casos) de aparatos y equipos médicos, el 22,47% (20 casos) son de cuidados y de procedimientos el 3,37% (3 casos). Por años, relacionada con la medicación, fueron un 32% (8 casos) en 2021, 34,3% (11 casos) en el 2022 y 21,87% (3 casos) en 2023. No se han notificado incidencias en cuanto a transfusiones. En cuanto a vía aérea y ventilación mecánica, en el 2021 supuso un 16% (4 casos) de los EA, un 6,25% (2 casos) en 2022 y un 15,62% (5 casos) en 2023. El porcentaje de EA en accesos vasculares y sondajes fue el 16% (4 casos) en 2021, 21,87% en 2022 (7 casos) y 28,12% (9 casos) en 2023. Relacionado con los aparatos y equipos médicos tuvimos en 2021 un porcentaje de 8% (2 casos) de ese año, un 3,125% (1 caso) en 2022 y un 18,75% (6 casos) en 2023. En los cuidados encontramos que los EA ocupan un 21,87% (7 casos) en 2021, un 28,12% (9 casos) en 2022, y un 12,5% (4 casos) en 2023. En procedimientos no se notificaron EA, pero en 2022, aumentó un 6,26% (2 casos) de los EA totales, y en 2023 un 3,125% (1 caso).

Conclusiones: Identificamos un problema creciente con la manipulación de fármacos en la UCI, seguido por accesos vasculares y sondas y con cuidados de enfermería. Esto pone en alerta que aún queda mucho por hacer, y que debemos fomentar planes de seguridad con protocolos y formar a los profesionales para evitar EA en nuestros pacientes.

054. OPTIMIZACIÓN DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO CRÍTICO. EL PAPEL FUNDAMENTAL DEL SERVICIO EXTENDIDO DE MEDICINA INTENSIVA

Belmonte Ripollés F, Peinado Rueda E, García Rodríguez D y Conde Denis PL

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

Objetivos: Evaluar las características y la supervivencia de los pacientes oncohematológicos críticos tras implantar una estrategia de valoración precoz y optimización de tratamientos por el Servicio Extendido de Medicina Intensiva (SEMI).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se evalúan las intervenciones y la supervivencia de los pacientes oncohematológicos críticos valorados por el SEMI en función de la intervención realizada. Se analiza un periodo de 11 meses comprendidos entre el 1 de enero de 2023 y el 30 de noviembre de 2023. Los resultados se expresan en porcentajes.

Resultados: Durante los primeros 11 meses del año 2023 se evaluaron por parte del SEMI un total de 234 pacientes oncohematológicos. La media de edad fue de 64,51 años ± 12,53. Un 52% fueron hombres (123) y un 48% mujeres (111). De estos pacientes fue necesaria una intervención por el SEMI en 136 casos (58%), siendo estas intervenciones el apo-

yo terapéutico pos-UMI en un 30% con una supervivencia a los 30 días del 86%, la limitación del esfuerzo terapéutico en un 28% con una supervivencia a los 30 días del 51%, la optimización del tratamiento en la planta de hospitalización en un 25% con una supervivencia a los 30 días del 73%, el ingreso precoz en UMI en un 8% con una supervivencia a los 30 días del 54% y la monitorización clínica en la planta en un 6% con una supervivencia a los 30 días del 89%. De los pacientes en los que se realizó una intervención, un 14% tenían establecida la orden de no reanimabilidad por parte de sus facultativos responsables sobreviviendo al ingreso hospitalario un 60%. Estos pacientes necesitaron ingreso en UMI en un 40% de los casos, con una supervivencia intra-UMI del 67%. Del global de los pacientes atendidos hubo una supervivencia hospitalaria del 70% y a los 30 días de la valoración del 69%. Del total de pacientes evaluados por el SEMI hubo una supervivencia hospitalaria y a los 30 días del 58%.

Conclusiones: La valoración por el SEMI es una herramienta útil para mejorar la supervivencia de los pacientes oncohematológicos críticos. La valoración por el SEMI permite un manejo personalizado de cada paciente para asegurar la toma de decisiones óptima y precoz que garantice mejores resultados en la supervivencia a corto y medio plazo.

de datos de pacientes con el diagnóstico de ictus isquémico agudo de territorio anterior que han precisado tromboectomía mecánica. Dicho estudio es nuevamente realizado para pacientes mayores de 75 años, con el objetivo de objetivar si la dependencia entre las variables y el *exitus* varían con la edad.

Métodos: Analizamos la relación de las variables previas con el *exitus letalis*, de la base de datos de 233 pacientes sometidos a tromboectomía mecánica tras ictus isquémico de territorio anterior, en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Repetimos este mismo análisis únicamente para pacientes mayores de 75 años. Estudio observacional retrospectivo sobre la base de datos. Realizamos contraste de hipótesis tras comprobar la normalidad de las variables, con test chi-cuadrado para variables cualitativas y U de Mann-Whitney para cuantitativas (no paramétricas). Análisis realizado con IBM® SPSS® Statistics (versión 24).

Resultados: En el grupo de los 233 pacientes objetivamos como variables relacionadas con el resultado de *exitus letalis*, las variables: edad, NIHSS al ingreso, número de pases realizados, tiempo del procedimiento y TICI. Sin embargo, en el grupo de mayores de 75 años, edad y NIHSS al ingreso no están relacionadas, el resto de las variables mantienen la relación.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

NEUROINTENSIVISMO I

08:30-10:00 - Sala 133

Moderadores: Marcelino Báguena Martínez/
María Teresa Misis del Campo

055. DEPENDENCIA DE LAS VARIABLES CON EL *EXITUS LETALIS* EN EL CONTEXTO DE TROMBOECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO DE TERRITORIO ANTERIOR. ¿PRESENTAN LOS PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS DISTINTAS VARIABLES DEPENDIENTES?

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Cereijo Arteaga A¹, Medina Rodríguez A¹, Marrero Rodríguez AM¹, Pinedo Luján CE¹, Quintero Torres JM¹, Martín Velasco MDM¹, Medina Rodríguez JC¹ y Rodríguez Ramos ST¹

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

Objetivos: Analizar la posible relación de variables como: sexo, TICI (*Treatment in Cerebral Ischemia Scale*), antecedentes de HTA, craneotomía descompresiva, edad, ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score), tiempo de procedimiento, NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale), número de pases en el procedimiento y tiempo clínica-aguja, frente a la variable *exitus*. Estudio retrospectivo, sobre la base

Estadísticos de prueba ^a	
Mayores de 75 años	EDAD
U de Mann-Whitney	774,500
W de Wilcoxon	1005,500
Z	-,022
Sig. asintótica (bilateral)	,982
a. Variable de agrupación: EXITUS	

Cuadro 2. Análisis estadístico EDAD/Mayores de 75 años.

Estadísticos de prueba ^a	
Mayores de 75 años	NIHSSINGRESO
U de Mann-Whitney	606,000
W de Wilcoxon	3381,000
Z	-1,537
Sig. asintótica (bilateral)	,124
a. Variable de agrupación: EXITUS	

Cuadro 3. Análisis estadístico NIHSSINGRESO/Mayores de 75 años.

Figura1 Póster 055

Variable	Grupo Control (n=233)	Grupo >75 años (n=95)
Sexo	No relacionadas	No relacionadas
Edad	Relacionadas	No relacionadas
Antecedentes de HTA	No relacionadas	No relacionadas
Tiempo Clínica-aguja	No relacionadas	No relacionadas
ASPECTS	No relacionadas	No relacionadas
NIHSS al ingreso	Relacionadas	No relacionadas
Tiempo del procedimiento	Relacionadas	Relacionadas
Número de pases	Relacionadas	Relacionadas
TICI	Relacionadas	Relacionadas
Craneotomía descompresiva	No relacionadas	No relacionadas

Cuadro 1. Relación entre variables.

Estadísticos de prueba ^a	
Control	EDAD
U de Mann-Whitney	2401,500
W de Wilcoxon	22301,500
Z	-2,703
Sig. asintótica (bilateral)	,007

a. Variable de agrupación: EXITUS

Cuadro 4. Análisis estadístico EDAD/Control.

Estadísticos de prueba ^a	
Control	NIHSSINGRESO
U de Mann-Whitney	2451,500
W de Wilcoxon	22351,500
Z	-2,570
Sig. asintótica (bilateral)	,010

a. Variable de agrupación: EXITUS

Cuadro 5. Análisis estadístico NIHSSINGRESO/Control.

Conclusiones: Existe relación con el resultado de *exitus* con las variables: edad, NIHSS, tiempo del procedimiento, número de pases y TICl. Se pierde la relación en mayores de 75 años de las variables edad y NIHSS, manteniéndose el resto, por lo que en este grupo es de gran relevancia los factores relacionados más directamente con el procedimiento.

056. CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE COLESTEROL CON EL PROCEDIMIENTO DE LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Cereijo Arteaga A¹, Medina Rodríguez A¹, Ramos Izquierdo MA¹, Fraga Quintana CR¹, Medina Rodríguez JC¹, Zamora Bazo Á¹, Marrero Rodríguez AM¹ y Parrilla Toribio DM¹

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

Objetivos: Los niveles de colesterol son un factor biológico de riesgo del ictus. Estas placas de ateroma con el tiempo pueden llegar a calcificarse, dificultando el procedimiento de la trombectomía mecánica. Valoramos la posible relación de los niveles de colesterol con la dificultad del procedimiento, medido con las variables tiempo del procedimiento y número de pases.

Métodos: Realizamos análisis de correlación lineal de las variables niveles de colesterol y tiempo de procedimiento y número de pases. Pacientes de la base de datos de trombectomías mecánicas en ictus isquémico agudo del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (n = 233), estudio retrospectivo observacional. Aplicamos correlación lineal rho de Spearman (no paramétrica). Análisis realizado con IBM® SPSS® STATISTICS (versión 24).

Resultados: Tras análisis estadístico presentamos los resultados en las tablas.

Conclusiones: No existe correlación entre el tiempo de realización del procedimiento y el número de pases con el nivel de colesterol en sangre. Los niveles elevados de colesterol en el momento del procedimiento no explicarían un aumento de dificultad de este, valorado por el tiempo de su realización o el número de pases necesarios.

Estadísticos				
		TIEMPOSALA	PASES	COLESTEROL
N	Válido	233	233	233
	Perdidos	0	0	0
Media		51,77	2,46	136,20
Mediana		40,00	2,00	127,00
Desviación estándar		34,482	1,945	37,926

Cuadro 1. Estadísticos descriptivos.

Correlaciones				
			PASES	COLESTEROL
Rho de Spearman	PASES	Coefficiente de correlación	1,000	,072
		Sig. (bilateral)	.	,275
	COLESTEROL	Coefficiente de correlación	,072	1,000
		Sig. (bilateral)	,275	.
N			233	233

Cuadro 2. Correlación lineal PASES/COLESTEROL.

Correlaciones				
			TIEMPOSALA	COLESTEROL
Rho de Spearman	TIEMPOSALA	Coefficiente de correlación	1,000	,038
		Sig. (bilateral)	.	,560
	COLESTEROL	Coefficiente de correlación	,038	1,000
		Sig. (bilateral)	,560	.
N			233	233

Cuadro 3. Correlación lineal TIEMPOSALA/COLESTEROL.

057. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORAS DE EXITUS EN EL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO DE TERRITORIO ANTERIOR

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Simón Paniello A¹, Medina Rodríguez A¹, Domínguez González A¹, Ruíz García MC¹, Parrilla Toribio DM¹, Rodríguez González MA¹, Conde Denis PL¹ y Fraga Quintana CR¹

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

Objetivos: Analizar la relación entre las distintas variables estudiantas mediante modelo de correlación lineal múltiple, con el objetivo de explicar el posible efecto de cada variable sobre el resultado de *exitus*.

Métodos: Pacientes de la base de datos de trombectomías mecánicas en ictus isquémico agudo de territorio anterior del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (n = 233), estudio retrospectivo observacional. Analizamos mediante modelo de regresión lineal múltiple (IBM® SPSS® Statistics, versión 24), la correlación de las variables: edad, NIHSS al ingreso (National Institute of Health Stroke Scale), tiempo clínica-aguja, ASPECT (Alberta Stroke Program Early CT Score), trombolisis endovenosa, tiempo de duración del procedimiento, número de pases realizados y TICl (Treatment in Cerebral Ischemia Scale) frente al resultado de *exitus*; así como la implicación de cada variable en dicho resultado. Realizamos coeficiente de correlación rho de Spearman (no paramétrica). Descartadas las variables con multicolinealidad, realizamos modelo de regresión lineal con la variable edad, la única sin multicolinealidad, frente a la variable dependiente *exitus*.

Resultados: Tras análisis estadístico obtenemos los resultados que se presentan en las tablas.

Conclusiones: La variable edad es la única que explica el 2,4% de las probabilidades de *exitus* en el modelo de regresión lineal múltiple con una correlación muy baja (0,17). Presentando un aumento del *exitus* de un 0,04% por cada 10 años que incrementa la edad.

		Correlaciones										
			EDAD	ASPECT	TIEMPO SALA	CLINICAAGUJA	TICI	EXITUS	NIHSSINGRESO	PASES	FACILITADA	
Rho de Spearman	EDAD	C. correlación	1,000	,041	-,046	-,044	,041	,177**	,069	,000	-,012	
		Sig. (bilateral)	.	,534	,485	,500	,533	,007	,296	,999	,858	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	ASPECT	C. correlación	,041	1,000	,027	-,116	,000	,032	-,170**	,025	-,006	
		Sig. (bilateral)	,534	.	,677	,077	,998	,624	,010	,703	,925	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	TIEMPOSALA	C. correlación	-,046	,027	1,000	,127	-,362**	,229**	-,146*	,783**	-,006	
		Sig. (bilateral)	,485	,677	.	,054	,000	,000	,026	,000	,930	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	CLINICAAGUJA	C. correlación	-,044	-,116	,127	1,000	-,106	,016	-,225**	,077	-,131*	
		Sig. (bilateral)	,500	,077	,054	.	,107	,807	,001	,242	,045	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	TICI	C. correlación	,041	,000	-,362**	-,106	1,000	-,228**	-,043	-,376**	,067	
		Sig. (bilateral)	,533	,998	,000	,107	.	,000	,518	,000	,306	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	EXITUS	Coefficiente de correlación	,177**	,032	,229**	,016	-,228**	1,000	,169**	,178**	,093	
		Sig. (bilateral)	,007	,624	,000	,807	,000	.	,010	,007	,158	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	NIHSSINGRESO	Coefficiente de correlación	,069	-,170**	-,146*	-,225**	-,043	,169**	1,000	-,063	,097	
		Sig. (bilateral)	,296	,010	,026	,001	,518	,010	.	,341	,140	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
	PASES	Coefficiente de correlación	,000	,025	,783**	,077	-,376**	,178**	-,063	1,000	-,071	
		Sig. (bilateral)	,999	,703	,000	,242	,000	,007	,341	.	,280	
		N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233
FACILITADA	Coefficiente de correlación	-,012	-,006	-,006	-,131*	,067	,093	,097	-,071	1,000		
	Sig. (bilateral)	,858	,925	,930	,045	,306	,158	,140	,280	.		
	N	233	233	233	233	233	233	233	233	233	233	

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Cuadro 1. Coeficientes de correlación entre variables.

Variables entradas/eliminadas ^a			
Modelo	Variables entradas	Variables eliminadas	Método
1	EDAD ^b	.	Entrar

a. Variable dependiente: EXITUS
b. Todas las variables solicitadas introducidas.

Cuadro 2. Modelo de regresión lineal.

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,168a	,028	,024	,349

a. Predictores: (Constante), EDAD

Cuadro 3. Resumen del modelo.

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	,823	1	,823	6,740	,010
	Residuo	28,215	231	,122		
	Total	29,039	232			

a. Variable dependiente: EXITUS
b. Predictores: (Constante), EDAD

Cuadro 4. Test de ANOVA.

Figura 5 Póster 057

Modelo	Coeficientes *							
	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
	B	Error estándar	Beta				Límite inferior	Límite superior
1 (Constante)	-,155	,118			-1,311	,191	-,388	,078
EDAD	,004	,002	,168		2,596	,010	,001	,008

a. Variable dependiente: EXITUS

Cuadro 5. Modelo de regresión lineal.

058. ESTUDIO DE VARIABLES PREDICTORAS DE RESULTADO DE NIHSS (NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE) AL ALTA, EN EL CONTEXTO DE ICTUS ISQUÉMICO DE TERRITORIO ANTERIOR

Molina Díaz I¹, Garzón Pérez R², Cereijo Arteaga A¹, Medina Rodríguez A¹, Rodríguez Ramos ST¹, Simón Paniello A¹, Pinedo Luján CE¹, Ruiz García MC¹, Medina Rodríguez JC¹ y Miranda Montero SI¹

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

Objetivos: Analizar la relación entre las distintas variables estudiadas mediante modelo de correlación lineal múltiple, con el objetivo de explicar el posible efecto de cada variable sobre la variable de resultado NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) al alta.

Métodos: Pacientes de la base de datos de trombectomías mecánicas en ictus isquémico agudo de territorio anterior del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (n = 233), estudio retrospectivo observacional. Analizamos mediante modelo de regresión lineal múltiple (IBM® SPSS® Statistics, versión 24), la correlación de las variables: edad, tiempo clínica-aguja, ASPECT (Alberta Stroke Program Early CT Score), TICI (Treatment in Cerebral Ischemia Scale) y NIHSS al ingreso frente al resul-

Figura 1 Póster 058

			Correlaciones					
			EDAD	ASPECT	TICI	CLINICA AGUJA	NIHSSINGRESO	NIHSSALTA
Rho de Spearman	EDAD	C. correlación	1,000	,072	,130	-,065	,041	,109
		Sig. (bilateral)	.	,325	,074	,375	,578	,137
		N	189	189	189	189	189	189
	ASPECT	C. correlación	,072	1,000	,035	-,095	-,151*	-,123
		Sig. (bilateral)	,325	.	,629	,191	,039	,092
		N	189	189	189	189	189	189
	TICI	C. correlación	,130	,035	1,000	-,088	-,010	-,380**
		Sig. (bilateral)	,074	,629	.	,227	,886	,000
		N	189	189	189	189	189	189
	CLINICAAGUJA	C. correlación	-,065	-,095	-,088	1,000	-,294**	,068
		Sig. (bilateral)	,375	,191	,227	.	,000	,352
		N	189	189	189	189	189	189
	NIHSSINGRESO	C. correlación	,041	-,151*	-,010	-,294**	1,000	,169*
		Sig. (bilateral)	,578	,039	,886	,000	.	,020
		N	189	189	189	189	189	189
	NIHSSALTA	C. correlación	,109	-,123	-,380**	,068	,169*	1,000
		Sig. (bilateral)	,137	,092	,000	,352	,020	.
		N	189	189	189	189	189	189

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).
 **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Cuadro 1. Correlación lineal entre las variables.

Variables entradas/eliminadas ^a			
Modelo	Variables entradas	Variables eliminadas	Método
1	NIHSSINGRESO, TICI ^b		Entrar

a. Variable dependiente: NIHSSALTA
 b. Todas las variables solicitadas introducidas.

Cuadro 2. Modelo de regresión lineal.

Resultados: Tras análisis estadístico obtenemos los resultados que se presentan en las tablas.

Conclusiones: Las variables TICI y NIHSS al ingreso son las únicas variables que explican en el modelo de regresión el resultado de NIHSS al alta, ambas variables explican un 19,8% del resultado del NIHSS al alta. Por cada punto de aumento de la escala TICI desciende 2 puntos el NIHSS al alta, presentando un coeficiente de correlación de -0,380 (correlación negativa moderada-baja) entre ambas variables.

059. DETECCIÓN DE LA MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN EL PACIENTE NEUROCRÍTICO MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA

Vilà-Vilardell C, Villalonga Camps L, Campano García M, Climent Company C, Dot Jordana I, Parrilla Gómez FJ, Muñoz Bermúdez R, Pérez-Terán P y Masclans Enviz JR

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar la incidencia de la miocardiopatía por estrés (SCM) en los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) con respecto al resto de pacientes neurocríticos (No HSA) mediante ecocardiografía durante la primera semana y su relación con la gravedad neurológica.

Métodos: Estudio prospectivo y unicéntrico realizado en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital del Mar de Barcelona. Se incluyeron los pacientes con patología neurocrítica (HSA vs. No HSA). Se realizó eco-

tado de NIHSS al alta; así como la implicación de cada variable en dicho resultado. Realizamos coeficiente de correlación rho de Spearman (no paramétrica). Descartadas las variables con multicolinealidad, realizamos modelo de regresión lineal múltiple con las variables: TICI y NIHSS al ingreso frente a la variable dependiente NIHSS al alta. Finalmente, se descartó la variable NIHSS al ingreso al no ser estadísticamente significativa, realizándose el modelo de regresión lineal con la variable TICI.

Figura 3 Póster 058

Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,454 ^a	,206	,198	5,114

a. Predictores: (Constante), NIHSSINGRESO, TICI

Cuadro 3. Resumen del modelo de regresión lineal.

Figura 4 Póster 058

ANOVA ^a						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	1265,176	2	632,588	24,187	,000 ^b
	Residuo	4864,739	186	26,155		
	Total	6129,915	188			

a. Variable dependiente: NIHSSALTA
 b. Predictores: (Constante), NIHSSINGRESO, TICI

Cuadro 4. Test de ANOVA.

Figura 5 Póster 058

Coeficientes ^a								
Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Sig.	95,0% intervalo de confianza para B	
		B	Error estándar	Beta	t		Límite inferior	Límite superior
1	(Constante)	10,843	1,522		7,125	,000	7,841	13,846
	TICI	-2,343	,342	-,448	-6,854	,000	-3,018	-1,669
	NIHSSINGRESO	,092	,069	,087	1,327	,186	-,045	,228

a. Variable dependiente: NIHSSALTA

Cuadro 5. Coeficiente de correlación lineal.

cardiografía al ingreso, tercer y al séptimo día, evaluando la función sistólica del ventrículo izquierdo mediante la fracción de eyección (FEVI) y mediante la deformación longitudinal (*strain*) con *speckle tracking*. Se establecieron los parámetros de normalidad según puntos de corte validados (FEVI \geq 52% y GLS \leq -18%). Se recogieron datos demográficos y se estratificaron ambos grupos en función de la gravedad del daño neurológico basado en la escala de Glasgow al ingreso en leve (13-15), moderado (10-12) y grave (9-3). Para el análisis estadístico se aplicó t de Student para variables continuas paramétricas, prueba U de Mann-Whitney para no paramétricas, χ^2 y test exacto de Fisher para variables categóricas. El presente trabajo es un subanálisis del estudio CEIC PSMAR 2017/7361/1.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes (42 HSA y 44 No HSA) con más mujeres en el grupo HSA (70 vs. 30%; $p < 0,001$), sin diferencias en sin diferencias en edad (55 \pm 11 vs. 52 \pm 18 años; $p = 0,278$) ni gravedad al ingreso (APACHE 14 \pm 8 vs. 16 \pm 9 puntos; $p = 0,188$ y SOFA 2 [1-6] vs. 4 [2-7]; $p = 0,116$). Estratificando por gravedad de daño neurológico, se observaron diferencias en porcentaje de leves (57 vs. 30%; $p = 0,010$) y moderados (9 vs. 27%; $p = 0,034$), sin diferencias en graves (33 vs. 43%; $p = 0,348$). No se observaron diferencias en la presencia SCM diagnosticada por FEVI (16 vs. 12%; $p = 0,478$) ni *strain* (48 vs. 59%; $p = 0,286$). Tras estratificar por gravedad el conjunto de neurocríticos, se objetivó mayor presencia de SCM en los pacientes con daño neurológico moderado/grave al ser evaluados mediante *strain* (38 vs. 75 vs. 61%, $p = 0,026$), mientras que no se evidenciaron diferencias por FEVI (tabla). De los pacientes diagnosticados de SCM por *strain* un 76% presentaron FEVI normal ($p = 0,004$).

Tabla 1. Ecografía y gravedad	Gravedad según GCS inicial			p
	leve	moderada	grave	
FEVI < 52%	2 (5)	2 (13)	8 (24)	0.075
Strain > -18%	14 (38)	12 (75)	20 (61)	0.026

Se consideran estadísticamente significativas $p \leq 0,05$

Conclusiones: La presencia de miocardiopatía por estrés durante la primera semana de ingreso es similar en HSA y en el resto de neurocríticos. Los pacientes con daño neurológico moderado y grave desarrollan más SCM que los leves. La evaluación de la SCM mediante FEVI infradiagnóstica de forma significativa la disfunción miocárdica en los neurocríticos respecto al *strain*.

060. FACTORES ASOCIADOS A DESENLACES DESFAVORABLES EN LOS PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO AGUDO Y NECESIDAD DE INGRESO EN UCI

Whyte García L, López García M, Barriuso López E, Fernández Crespo I, Jiménez Clemente J, Gonçalves Gonçalves G, Peñuelas O, Lorente Balanza JA y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Evaluar los factores que se asocian con desenlaces desfavorables (escala de Rankin modificada, mRS 3-6) en los pacientes con ictus isquémico agudo que precisaron ingreso en UCI.

Métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes con diagnóstico de ictus isquémico agudo consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de octubre de 2023. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística incluyendo aquellas variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el análisis univariante para determinar los factores asociados a desenlaces desfavorables. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética de dicho centro.

Resultados: Durante el periodo de estudio se incluyeron 53 enfermos, en 12 pacientes los desenlaces clínicos fueron favorables (mRS 0-2) y en 41 pacientes fueron desfavorables (mRS 3-6). Los pacientes con desenlaces clínicos desfavorables, presentaron una mayor puntuación en las escalas de gravedad al ingreso: NIHSS (15 puntos versus (vs.) 7 puntos, $p = 0,007$) y SAPS II (media 42 puntos vs. 32, $p = 0,04$), y desarrollaron con más frecuencia transformación hemorrágica (39 vs. 0%, $p = 0,009$) e hipertensión intracraneal (32 vs. 8%, $p = 0,025$) en comparación con los pacientes con desenlaces clínicos favorables. Los pacientes con desenlaces desfavorables tuvieron más tiempo de estancia en UCI (mediana 9 días vs. 4 días, $p = 0,010$) y hospitalaria (mediana 25 días vs. 12,5 días, $p = 0,006$), mayor necesidad de intubación orotraqueal (85 vs. 25%,

$p = 0,000$) y mayor duración de la ventilación mecánica (mediana 7 días vs. 4 días, $p = 0,002$), en comparación con los pacientes que presentaron desenlaces favorables. En el análisis multivariante, el único factor que se asoció con el desarrollo de desenlaces desfavorables fue la puntuación de la escala NIHSS al ingreso con una *odds ratio* 1,141 (intervalo de confianza 95% 1,019-1,278).

Conclusiones: En nuestra serie, el factor de riesgo asociado al desarrollo de desenlaces clínicos desfavorables (mRS 3-6) en los pacientes con ictus isquémico agudo que precisaron ingreso en UCI fue la puntuación en la escala NIHSS al ingreso.

061. RESULTADOS FUNCIONALES TRAS CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

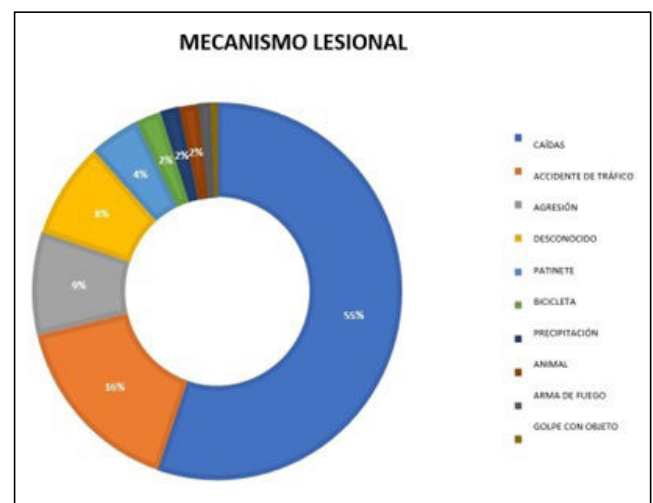
Fernández Caro M y Martínez Matencio J

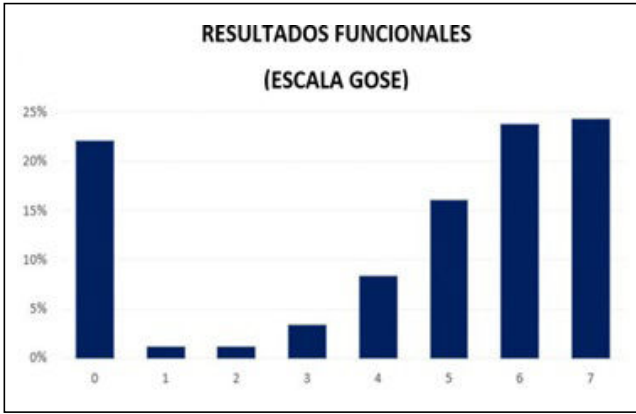
Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Analizar el resultado funcional y la mortalidad de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) grave sometidos a diferentes líneas de tratamiento para manejo de la hipertensión intracraneal.

Métodos: Se recogieron datos de 182 pacientes ingresados en una UCI de neurocríticos tras TCE desde 2019 hasta 2022. Se analizaron variables demográficas, escalas de evaluación pronóstica, tratamientos escalonados, resultados funcionales y mortalidad. Se llevó a cabo un análisis retrospectivo con ayuda de SPSS.

Resultados: El 75% de los pacientes fueron hombres, edad media de 49 años y APACHE medio de 14. Respecto a los mecanismos lesionales el 55% fueron caídas y el 16% accidentes de tráfico. El 50% de la muestra sufrió un TCE grave. El 52% de los pacientes necesitó evacuación quirúrgica de masa y el 27% lesiones menores de 25 cc. La neuromonitorización fue indicada en el 38%, fueron pacientes con TCE grave con lesiones en TC o TC normal en mayores de 40 años, respuesta motora anormal o hipotensión asociada. Los pacientes recibieron tres niveles de medidas en cuanto al manejo de la hipertensión intracraneal. El 50% recibieron medidas generales (cabecero elevado, sedación, normotermia); el 38% medidas de primer escalón (drenaje ventricular externo, hiperventilación, terapia hiperosmolar y bloqueo neuromuscular); y el 11% medidas de segundo escalón (barbitúricos, craneotomía descompresiva y medidas de hipotermia). En el 9% de los pacientes se realizó craneotomía descompresiva. La supervivencia en UCI fue del 80%. Los factores con significación estadística que se asociaron a mayor mortalidad fueron: género hombre, edad por encima de los 60 años, APACHE II por encima de 20 puntos, GCS < 8, anisocoria arreactiva y medidas de primer escalón. El 48% de la muestra presentó resultados favorables funcionales (GOSE < 5) al año tras el TCE. Como se comenta anteriormente, la progresión a medidas de primer escalón se asoció con una mayor mortalidad y un peor resultado funcional, probablemente dado que estos pacientes presentaban intrínsecamente factores de mal pronóstico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad y los resultados funcionales entre los pacientes sometidos a craneotomía descompresiva.





Cross table

Treatment	General measures: raised headboard, sedation, euvoolemia, normothermia	Recount	RESULT		Total
			UNFAVOURABLE	FAVOURABLE	
			27 _a	64 _b	91
		% within RESULT	29,0%	73,6%	50,6%
	first level measures: DVE, hyperventilation, osmolar therapy, NMB	Recount	52 _a	18 _b	70
		% within RESULT	55,9%	20,7%	38,9%
	Second-level measures: barbiturates/thiopental, decompressive craniectomy, hypothermia	Recount	14 _a	5 _b	19
		% within RESULT	15,1%	5,7%	10,6%
Total		Recount	93	87	180
		% within RESULT	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-square tests

	Value	Gl	Asymptotic significance (bilateral)
Pearson's Chi-square	35,661	2	<,001
Likelihood ratio	36,961	2	<,001
Linear association by linear	28,721	1	<,001
Number of valid cases	180		

Conclusiones: No existe relación entre la realización de craniectomía descompresiva y los resultados funcionales y la mortalidad. Las medidas de primer nivel se asocian a peores resultados. Un buen control de los factores extracraneales reduce la necesidad de craniectomía descompresiva.

062. IMPACTO DE LA LOCALIZACIÓN DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL (HIC) EN LOS DESENLACES CLÍNICOS

Barriuso López E, López García M, Fernández Crespo I, Whyte García L, Jiménez Clemente J, Gonçalves G, Lorente Balanza JA, Peñuelas Rodríguez O y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Comparar los desenlaces clínicos de los pacientes con HIC de localización lobar y profunda (ganglios basales, tálamo, cápsula interna).

Métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes con HIC consecutivos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de octubre de 2023. La comparación entre grupos se evaluó mediante los test U de Mann-Whitney con corrección de Bonferroni o chi-cuadrado según el caso. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de dicho centro.

Resultados: Se incluyeron 452 pacientes con HIC, de los cuales 214 fueron de localización lobar y 107 de localización profunda. Los pacientes con HIC de localización profunda en comparación con los de HIC lobar tuvieron una mayor puntuación en las escalas de gravedad al ingreso (ICH 3-5, 50,5% versus (vs.) 34%, p = 0,006; SAPS II ≥ 50, 31 vs. 24%, p = 0,019); presentaron con más frecuencia extensión intraventricular (64,5 vs. 44%, p = 0,000) e hidrocefalia (25 vs. 11%, p = 0,004), con necesidad más frecuente de la colocación de un drenaje ventricular externo (42 vs. 22%, p = 0,001). Mientras que en los pacientes con HIC lobar fue más frecuente el infarto cerebral (6 vs. 1% p = 0,045), y fueron sometidos con más frecuencia a una evacuación quirúrgica del hematoma (33 vs. 9%, p = 0,000) en comparación con los pacientes con HIC profunda. El tiempo de estancia en UCI fue mayor en los pacientes con HIC profunda (mediana 7 días vs. 6 días, p = 0,041) respecto a los pacientes con HIC lobar. Sin embargo, no hubo diferencias en el tiempo de estancia hospitalaria, ni en la duración de la ventilación mecánica, ni en la mortalidad ni en los resultados funcionales entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con HIC de localización profunda tienen peores puntuaciones en las escalas de gravedad al ingreso (ICH y SAPS II), desarrollan con más frecuencia extensión intraventricular e hidrocefalia en comparación con los pacientes con HIC de localización lobar, pero sin diferencias en la mortalidad y ni en los resultados funcionales.

063. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ESTRUCTURAL NEUROLÓGICA AGUDA

Jiménez Clemente J, Fernández Crespo I, Barriuso López E, López García M, Whyte García L, Gonçalves Gonçalves G, Peñuelas Rodríguez Ó, Lorente Balanza JA y Tejerina Álvarez EE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Evaluar los factores asociados al desarrollo de muerte encefálica en un conjunto de pacientes ingresados en UCI con distintas patologías estructurales neurológicas agudas.

Métodos: Estudio de cohortes de todos los pacientes neurocríticos consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de octubre de 2023. Se excluyeron aquellos pacientes que fallecieron tras la limitación del esfuerzo terapéutico o por otras causas diferentes de la muerte encefálica. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística incluyendo aquellas variables estadísticamente significativas (p < 0,05) en el análisis univariante para determinar factores asociados a la muerte encefálica en cada grupo de pacientes según su patología estructural neurológica aguda. Este estudio ha sido aprobado por el comité de ética del centro.

Resultados: Hemos incluido 985 pacientes con la siguiente distribución por patologías: hemorragia intracraneal (n = 452, 46%), traumatismo craneoencefálico (n = 282, 29%), hemorragia subaracnoidea aneurismática (n = 198, 20%), ictus isquémico agudo (n = 53, 5%). Los pacientes que evolucionaron a muerte encefálica (n = 94) tuvieron mayor puntuación en las escalas de gravedad al ingreso: SAPS II (media, 53 versus (vs.) 32, p = 0,000) y GCS (media, 6 vs. 12, p = 0,000), una edad más avanzada (media, 66 años vs. 60 años, p = 0,001), en un mayor porcentaje eran

Cross table

Treatment	General measures: raised headboard, sedation, euvoolemia, normothermia	Recount	MORT IN ICU		Total
			alive	dead	
			83 _a	7 _b	90
		% within MORT IN ICU	57,2%	20,0%	50,0%
	first level measures: DVE, hyperventilation, osmolar therapy, NMB	Recount	47 _a	23 _b	70
		% within MORT IN ICU	32,4%	65,7%	38,9%
	Second-level measures: barbiturates/thiopental, decompressive craniectomy, hypothermia	Recount	15 _a	5 _b	20
		% within MORT IN ICU	10,3%	14,3%	11,1%
Total		Recount	145	35	180
		% within MORT IN ICU	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-square tests

	Value	Gl	Asymptotic significance (bilateral)
Pearson's Chi-square	16,254	2	<,001
Likelihood ratio	17,006	2	<,001
Linear association by linear	10,340	1	,001
Number of valid cases	180		

Figura Póster 063

Factores asociados a ME en pacientes neurocríticos	
Hemorragia intracraneal	
Variable	Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)
ICH score (3 - 6)	10,915 (3,305 - 36,053)
GCS ≤ 8	4,045 (1,163 - 14,062)
Hipertensión intracraneal	64,311 (15,340 - 269,614)
Traumatismo craneoencefálico	
Variable	Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)
Sexo femenino	4,215 (1,095 - 16,228)
Hipertensión intracraneal	74,412 (8,575 - 645,710)
Hemorragia subaracnoidea	
Variable	Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%)
Hipertensión intracraneal	185,000 (23,262 - 1471,295)
Ictus isquémico agudo	
No se puede estimar el efecto porque el valor numérico es demasiado pequeño en este conjunto de datos	

* En el análisis multivariante se incluyó la variable "SAPS II modificado" que se corresponde al valor de la escala SAPS II excluyendo la puntuación correspondiente a la edad y la escala GCS

mujeres (53 vs. 36%, $p = 0,002$), desarrollaron hipertensión intracraneal en una proporción mucho mayor (91,5 vs. 16%, $p = 0,000$), y tuvieron tiempos de estancia en UCI (mediana, 2 días vs. 6 días, $p = 0,000$), hospitalaria (mediana, 2 días vs. 16 días, $p = 0,000$) y una duración de la ventilación mecánica (mediana, 2 días vs. 8 días, $p = 0,000$) significativamente menores, en comparación con el grupo de pacientes supervivientes ($n = 766$) En el análisis multivariante, el factor que se asoció con la evolución a muerte encefálica en los distintos tipos de pacientes neurocríticos fue el desarrollo de hipertensión intracraneal.

Conclusiones: En nuestra serie, el factor que se asocia de manera más robusta y consistente al desarrollo de muerte encefálica es la hipertensión intracraneal en las distintas patologías estructurales neurológicas agudas.

064. ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS (2021 A 2023) ¿EN QUÉ PODEMOS MEJORAR?

Rivas Gómez-Plana F, Marcote Denis B, Sánchez del Río A, Palomares Nova G y Domínguez Rivas MJ

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Control de los códigos ictus (CI) activados en nuestro hospital. Recogida de procedencia, RANKIN, factores de riesgo y tratamiento. Análisis exhaustivo de los tiempos de actuación. Detección de puntos de mejora. Valoración de causas de desactivación.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se recogen datos desde el año 2021 hasta el 2023. Las variables se expresan como porcentaje, media y mediana.

Resultados: Del total de CI activados (59) podemos decir que la distribución de sexo es prácticamente la mitad. La mayoría procede del domicilio 72,9% seguido de centro de salud 11,9%, pacientes con otras patologías hospitalizados 10,9% y vía pública 5,1%. Casi el 76% de ellos son transportados por equipos de emergencias extrahospitalarias, mientras que un 24% acude por medios propios. Hipertensión es el mayor factor de riesgo (74,6%), seguidos de dislipemia, diabetes y tabaquismo. Más del 90% de los pacientes fueron atendidos en Críticos por médicos de urgencias. Se realizó tanto analítica como TAC simple y angioTAC al 100% de los pacientes, también TAC de perfusión al 65,5% de ellos. En cuanto al tratamiento se realizó solo fibrinólisis al 55,9%, fibrinólisis y trombectomía al 16,9% y únicamente trombectomía al 27,1%. La prácticamente todos los pacientes tratados tenían un RANKIN de 1 o 0. En cuanto a los tiempos:

el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la consulta es de 113 minutos, desde su llegada hasta la realización de imagen 39 minutos, desde la realización de la imagen hasta el tratamiento 41 minutos y desde la consulta hasta el inicio de trombectomía 97 minutos. El NIHSS de inicio medio es de 11,46 puntos mientras que al alta es 7,7. Se produjo transformación hemorrágica en un 10,3% y *exitus* en el 15,8%. Por otra parte, desactivamos 215 casos. Las mayores causas de desactivación son: recuperación de los síntomas 24,7%, NIHSS bajo 23% y por superar el tiempo límite para recibir fibrinólisis el 19,5%.

Conclusiones: Resulta preocupante que en los pacientes que recibieron tratamiento el mayor tiempo de demora es el de consulta desde el inicio de los síntomas. Sería interesante mejorar la concienciación de la población en cuanto a esta patología. Por otra parte, aunque debemos mejorar los tiempos de circuitos intrahospitalarios, sigue siendo dificultoso el traslado a pacientes al centro de referencia para la realización de trombectomía. Encontramos que en nuestro centro son muchos más los casos desactivados, por tanto, debemos insistir en el adecuado funcionamiento del Código. En definitiva, aún queda mucho por mejorar teniendo en cuenta que se trata de una patología tiempo dependiente.

065. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA EN UCI: ESTUDIO DESCRIPTIVO 2010-2023

Hermoso Diez M, Cherchi Pepe MS, Martínez Díaz P, Díaz Ruiz RM y Hernández Hernández MA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) cerebrales son nidos vasculares con *shunts* arteriovenosos que pueden producir lesión cerebral por hipoxia tisular al disminuir el aporte de oxígeno, por hemorragia intracraneal si se produce su rotura, o por efecto masa.

Objetivo: Describir las características y el manejo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla por MAV.

Métodos: Estudio descriptivo incluyendo pacientes ingresados por MAV cerebral en la UCI de nuestro hospital entre enero de 2010 y octubre de 2023. Se excluyeron los pacientes con otras alteraciones vasculares cerebrales.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 91 pacientes. El 49,5% fueron mujeres, y la edad media 47 ± 18 años. Los antecedentes personales más frecuentes fueron hipertensión 22%, dislipemia 26,4% y tabaquismo 27,5%. El 23,1% presentaba diagnóstico previo de MAV. El motivo principal de ingreso (90,1%) fue la complicación espontánea (he-

morragia o crisis). La clínica dominante al debut fue: cefalea (40,7%), focalidad (26,4%), pérdida de conciencia (17,6%), crisis epilépticas (12,1%) y vómitos (3,3%). El 83,5% de las MAV fueron supratentoriales, siendo la distribución más frecuente frontal (31,9%) y parietal (18,7%). Respecto a la clasificación Spetzler-Martín (disponible en 71 pacientes) el 37,4% presentaba un grado 2 y el 25,3% grado 3. 34 pacientes recibieron tratamiento emergente (mediana de tiempo desde el ingreso en UCI 2,25 [1,19-6,63] horas) y 57 manejo programado o conservador. En 4 tratamientos emergentes y en 6 programados se presentaron complicaciones. La estancia en UCI y hospitalaria fue de 6 [3-12] y 10 [6-22] días, respectivamente. Al alta de UCI el 58,2% de los pacientes presentaron un mal resultado funcional (escala de Rankin modificada, ERM ≥ 3), con una mortalidad del 15,4%. Al alta hospitalaria, el 48% presentaron ERM ≥ 3 , con una mortalidad del 3,3%. 22 pacientes reingresaron en UCI por causas relacionadas con la MAV: resangrado espontáneo (40,9%), sangrado tras embolización programada (9,1%), vigilancia estrecha posembolización (31,8%) y otras complicaciones (18,2%).

Conclusiones: La MAV es una entidad poco frecuente pero potencialmente grave. En nuestra serie, el 58,2% de la muestra al alta de UCI y el 48% al alta hospitalaria presentó ERM ≥ 3 , con un porcentaje de *exitus* en UCI superior al descrito en la literatura.

066. MANEJO DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: DIFERENCIAS ENTRE TRATAMIENTO URGENTE Y NO URGENTE

Hermoso Díez M, Cherchi Pepe MS, Díaz Ruiz RM, Martínez Díaz P y Hernández Hernández MA

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: Las MAV son las malformaciones cerebrovasculares con *shunts* arteriovenosos más frecuentes. Suponen un grupo de lesiones bastante heterogéneo sobre el que no existe consenso internacional en cuanto al manejo.

Objetivo: Describir las diferencias entre pacientes con MAV ingresados en nuestra UCI que recibieron tratamiento urgente (Tto_Urg) y no urgente (Tto_No_Urg).

Métodos: Estudio de cohortes histórica incluyendo pacientes ingresados por MAV cerebral en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla entre enero de 2010 y octubre de 2023. Se comparó el grupo

con Tto_Urg en las primeras 24h (arteriografía y/o intervención quirúrgica) frente al grupo con Tto_No_Urg (programado o conservador). Para comparar los grupos en función de la variable objetivo (Tto_Urg) se realizó el test de χ^2 (variables dicotómicas) y el t-Student (variables cuantitativas). Se excluyeron los pacientes con otras alteraciones vasculares cerebrales (aneurismas, fistulas).

Resultados: 34 pacientes recibieron tratamiento urgente frente a 57 no urgente. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la edad, peso, factores de riesgo cardiovascular o hábitos tóxicos. El grupo Tto_No_Urg presentaba de forma más frecuente MAV conocida, sin alcanzar significación (28,1 vs. 14,7%, $p = 0,14$). Tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al debut clínico ni a la localización de la MAV. No obstante, la localización frontal fue más frecuente en el grupo Tto_Urg (28,1 vs. 39,4%, $p = 0,27$). La clasificación de Spetzler-Martín y la presencia de aneurisma fue similar en ambos grupos (datos disponibles en 71 pacientes). Los pacientes que recibieron Tto_Urg presentaron más días de ingreso en UCI ($6,89 \pm 5,65$ vs. $9,71 \pm 7,02$, $p = 0,04$) y peor resultado funcional (escala Rankin modificada ≥ 3), tanto al alta de UCI ($45,6$ vs. $79,4\%$, $p = 0,002$), como al alta hospitalaria ($43,9$ vs. $67,6\%$, $p = 0,02$). No se hallaron diferencias significativas en la estancia hospitalaria, la mortalidad asociada o la necesidad de reingreso.

Conclusiones: En nuestra serie, el grupo Tto_Urg tuvo características similares grupo al Tto_No_Urg. Sin embargo, aquellos pacientes que recibieron tratamiento urgente presentaron más días de estancia en UCI y peor pronóstico al alta, sin diferencias en cuanto a la mortalidad.

067. ESTUDIO RETROSPECTIVO PREDICTIVO DE LA RELACIÓN ENTRE LA DOSIS DE PRESIÓN INTRACRANEAL ACUMULADA (AUC-PIC) CON LA NECESIDAD DE CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA SECUNDARIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO-GRAVE. EN BÚSQUEDA DE UNA NUEVA HERRAMIENTA

González Ogallar FJ, Prieto Cabrera A, Valiente Raya P, Moro Punset C, Delgado Pascual A, González Casanova R, García Pacios V y Ortuño Andérez F
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Actualmente se recomienda monitorizar la presión intracraneal (PIC) a los pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) grave y lesiones intracraneales en la TAC. El objetivo de tratamiento es

Figura Póster 067

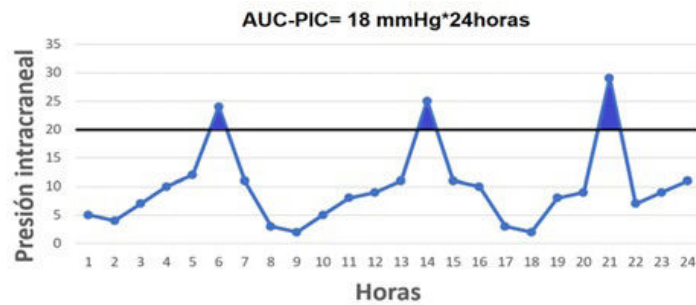


Figura 2. Se muestra un ejemplo práctico del cálculo de la AUC-PIC en un paciente con hipertensión intracraneal.

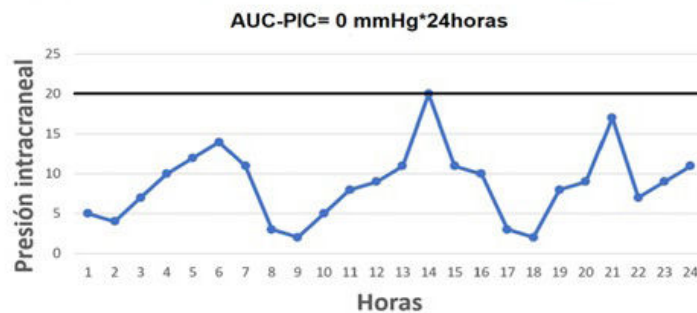
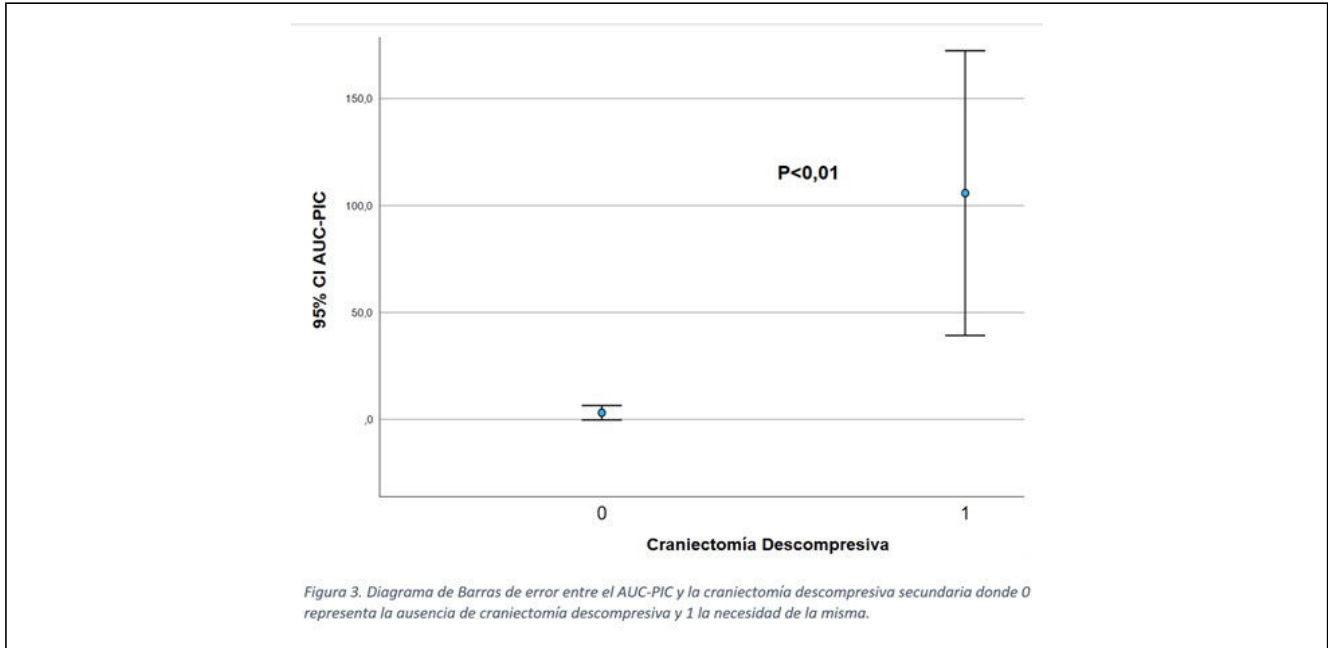


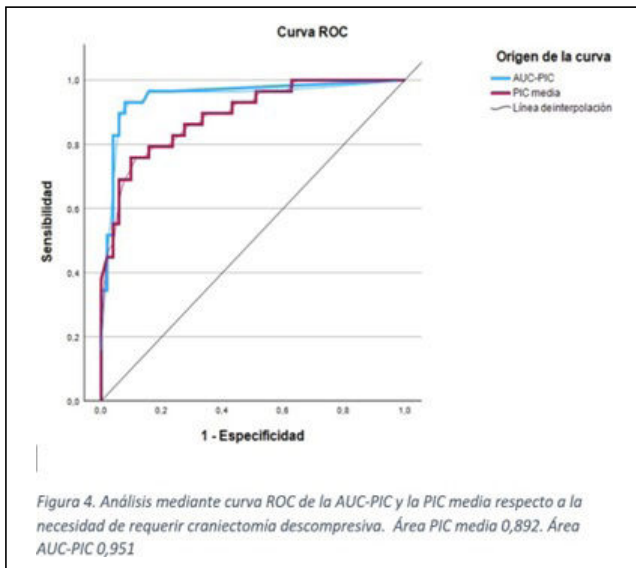
Figura 1. Se muestra un ejemplo práctico del cálculo de la AUC-PIC en un paciente sin hipertensión intracraneal.

Figura 2 Póster 067



evitar una PIC por encima de 20 mmHg (HTic). Estudios han sugerido una nueva medida para calcular el grado de HTic en los pacientes con TCE. Consiste en calcular el área bajo la curva que representa la “dosis” acumulada de HTic durante un periodo de tiempo a estudio. Este valor se denomina AUC-PIC, el cual no valora de forma puntual la PIC, sino que tiene en cuenta la duración acumulativa de los episodios de HTic. El objetivo principal fue calcular la AUC-PIC en pacientes con TCE moderado-grave durante las primeras 24 horas de ingreso y correlacionarlo con el resultado. Se comparó a pacientes con TCE moderado-grave que requirieron craniectomía descompresiva secundaria (CD2) con los que no la precisaron y se calculó un punto de corte de AUC-PIC en las primeras 24 horas para el cual los pacientes requirieron CD2.

Métodos: Se revisaron los pacientes atendidos durante 9 años debido a TCE; 158 pacientes con TCE grave y 57 con TCE moderado. De dicha muestra se analizaron 80 pacientes. El 100% presentaba catéter PIC. Se calculó la AUC-PIC durante las primeras 24 horas mediante el método trapezoidal. Para nuestro análisis estadístico se utilizaron los test de Kolmogórov-Smirnov, U de Mann-Whitney y curva ROC.



Resultados: La edad media fue 44,9 años \pm 19,2; el 76,3% fueron hombres; el 80% sufrieron TCE grave según el Glasgow Coma Score; la morta-

lidad global durante el ingreso fue del 31,3%; la necesidad de coma barbitúrico fue del 17,5%; el Injury Severity Score fue $31 \pm 13,1$; el New Injury Severity Score fue $46 \pm 14,3$; la PIC fue $14,4 \pm 11,2$ y la AUC-PIC fue $40,4 \pm 115,8$. Se observó una significación estadística entre la relación de la AUC-PIC y el riesgo de necesidad de CD2 con un valor de $p < 0,001$. Mediante curva ROC calculamos el punto de corte donde aumentaba dicho riesgo, obteniendo el valor de AUC-PIC en $10,750 \text{ mmHg} \cdot 24 \text{ horas}$ con una sensibilidad (S) y especificidad (E) del 89,7% y 94,1% respectivamente. Además, se observó un área bajo la curva superior para la AUC-PIC respecto a la PIC media (0,95 versus 0,89).

Conclusiones: Encontramos una relación significativa entre la AUC-PIC en las primeras 24 horas y la necesidad de CD2. Un valor de AUC-PIC de $10,750 \text{ mmHg} \cdot 24 \text{ horas}$ se asocia con una alta S y E a la necesidad de una CD2 por HTic. El método AUC-PIC es útil para refinar las medidas terapéuticas en pacientes con TCE moderado-grave y superior a la medición aislada de la PIC independientemente de su valor.

068. ENOLASA NEUROESPECÍFICA: UN TEST PRONÓSTICO VÁLIDO EN LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUÉMICA

López Hernández N¹, de Gea García JH¹, Moreno Flores AM¹, Sánchez Cámara S¹, Rodrigo Castroviejo N², Pascual Llopis J², Aguilar Mondéjar J², Herrero Cateriano GA², Herrero Gutiérrez E² y Fuster Soria C²

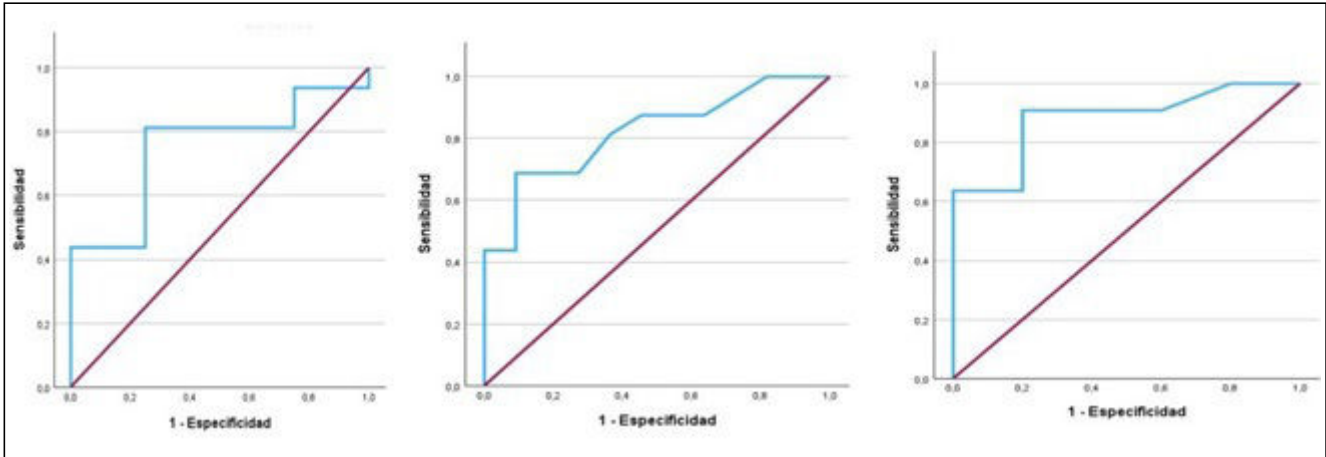
¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ²Hospital Universitario de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: Describir los valores medios de enolasa neuroespecífica (ENS) en pacientes recuperados de una parada cardiorrespiratoria (PCR) y establecer el punto de corte con máxima especificidad para predecir mal resultado neurológico.

Métodos: Estudio descriptivo en el que se recogieron todos los pacientes recuperados de una PCR y que ingresaron en la UCI del Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia) entre mayo de 2021 y mayo de 2023. Se recogieron constantes, datos demográficos y analíticos, entre ellos los valores de ENS en días consecutivos. Tras 6 meses recogimos el resultado funcional (Glasgow Outcome Scale o GOS). Los pacientes con GOS 1-2 se clasificaron como buen resultado neurológico, y aquellos con 3-5 como mal resultado.

Resultados: 57 pacientes ingresaron en nuestra UCI tras una PCR durante el periodo de estudio. El 84,2% fueron hombres y el 15,8% mujeres. Sus características se describen en la tabla. Para los valores de ENS con diferencias estadísticamente significativas calculamos la curva ROC (fig.). Los puntos de corte de ENS con 100% de especificidad y máxima sensibilidad fueron: 61,5 ng/ml a las 48 h; 37 ng/ml a las 72 h; 34 ng/ml a las 96 h.

Figura Póster 068



Características, constantes, resultados analíticos y ENS de los pacientes ingresados tras PCR

	Buen resultado (GOS 1-2)	Mal resultado (GOS 3-5)	p
Edad (años)	52,8	59,8	0,7
FC (lpm)	101	90,7	0,08
TAS (mmHg)	108,1	111,9	0,6
Lactato (mmol/L)	4,8	5,5	0,5
pH	7,2	7,16	0,4
PaFiO2	219,6	226,7	0,8
Glucosa (mg/dL)	251,2	233,5	0,5
ENS (ng/ml)			
24 h	47	62,1	0,5
48 h	33,7	139	0,01
72 h	17,7	131	0,04
96 h	20	136,4	0,02

Conclusiones: De todos los test pronósticos disponibles para establecer el pronóstico neurológico en la encefalopatía hipóxico-isquémica la ENS es el más cómodo, accesible y menos invasivo. A pesar de ello no es de uso universal y aunque las guías AHA e ILCOR recomiendan su utilización, no establecen un valor umbral para predecir mal resultado neurológico. Las guías ERC/ESCIIM sí definen un umbral de ENS ≥ 48 pg/mL a las 48 horas y ≥ 38 pg/mL a las 72 horas tras RCE. En nuestra población los valores de ENS con 100% de especificidad para predecir mal resultado neurológico fueron similares a los recomendados por las guías ERC. Además, añadimos el valor de ENS a las 96 horas. En resumen, la ENS a las 48, 72 y 96 horas es una herramienta accesible, económica, no invasiva y muy específica, para predecir mal resultado neurológico en los pacientes supervivientes de PCR.

069. FACTORES PRONÓSTICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA CEREBRAL

Hermoso Diez M, Cherchi Pepe MS, Hernández Hernández MA, Díaz Ruiz RM y Martínez Díaz P

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Las malformaciones arteriovenosas (MAV) son una entidad poco frecuente, pero con una importante morbimortalidad asociada. Describir las diferencias entre pacientes con MAV con peor resultado funcional (escala de Rankin modificada, ERm ≥ 3) frente a los de buen pronóstico (ERm < 3), ingresados en nuestra UCI.

Métodos: Estudio de cohortes histórica incluyendo pacientes ingresados por MAV cerebral en la UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla entre enero de 2010 y octubre de 2023. Se comparó el grupo ERm ≥ 3 (variable objetivo) frente al ERm < 3 , mediante el test de χ^2 (variables dicotómicas) y el t-Student (variables cuantitativas). Por último, para conocer los factores independientes de mal pronóstico se realizó un análisis de regresión logística binaria multivariante, método hacia atrás condicional, tomando como variable dependiente ERm ≥ 3 , y ajustado por sexo, edad, pérdida de conciencia, cefalea, localización

temporal, tratamiento urgente y estancia en UCI. Se excluyeron los pacientes con otras alteraciones vasculares cerebrales.

Resultados: 53 pacientes presentaron ERm ≥ 3 frente a 38 ERm < 3 . No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo, edad o factores de riesgo cardiovascular. Al debut, la cefalea fue el síntoma más frecuente en el grupo con ERm < 3 (60,5 vs. 26,4%, p = 0,001), mientras que la disminución de conciencia (2,6 vs. 28,3%, p = 0,002) y focalidad (15,8 vs. 34%, p = 0,05) fueron significativamente más frecuentes en el grupo ERm ≥ 3 . La localización temporal fue más frecuente en el grupo ERm < 3 (26,3 vs. 7,7%, p = 0,02), sin encontrarse diferencias significativas al resto de niveles. Tampoco se hallaron diferencias en cuanto a la clasificación de Spetzler-Martin ni a la presencia de aneurisma (datos disponibles en 71 pacientes). Los pacientes con ERm ≥ 3 recibieron tratamiento urgente con mayor frecuencia (18,4 vs. 50,9%, p = 0,002) y presentaron más estancia en UCI (4,9 \pm 3,5 vs. 10,1 \pm 6,9, p = 0,000). En el análisis multivariante los factores independientes de mal pronóstico fueron: pérdida de conciencia (OR 16,9 [1,7-169], p = 0,01), tratamiento urgente (OR 7,5 [2-27], p = 0,002) y días de ingreso en UCI (OR 1,26 [1,1-1,4], p = 0,000); mientras que el debut con cefalea (OR 0,17 [0,05-0,6], p = 0,008) resultó un factor protector.

Conclusiones: En nuestra cohorte de MAV cerebrales, la disminución de conciencia al debut, la necesidad de tratamiento urgente y la estancia en UCI fueron predictores de mal resultado funcional.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

DONACIÓN/TRASPLANTES

08:30-10:00 - Sala 128

Moderadoras: María Luisa Rodríguez Blanco / Eva Oliver Juan

070. ¿ES LA EDAD UN CRITERIO ÚNICO PARA DESCARTAR DONANTES HEPÁTICOS?

Pérez Lucendo A¹, Somoza Sáez F², Alcántara Carmona S³, Sánchez Galindo M¹, Sánchez Giralt JA¹, Robles González M¹, Iglesias Franco J¹, Alvargonzález Riera C¹, Rojo Montes L¹ y Rosas Carvajal E¹

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ²Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Comparar las poblaciones de los donantes mayores de ochenta años cuyos hígados se han implantado y los rechazados por

“edad avanzada” como único criterio; para valorar si hay justificación de descartar únicamente por edad potenciales donantes.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en el que incluimos los datos de donantes hepáticos mayores o iguales a ochenta años, ofertados por la Organización Nacional de Trasplantes a la Coordinación de Trasplantes del Hospital Universitario Puerta de Hierro; entre enero de 2011 y diciembre de 2019. Comparamos las poblaciones de los donantes descartados por edad avanzada y los donantes cuyos hígados se implantaron, tanto las características clínicas basales (edad, sexo, índice de masa corporal, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, comorbilidades) como las complicaciones surgidas durante su ingreso en UCI.

Resultados: En el periodo mencionado se ofertaron 133 hígados de donantes mayores de ochenta años, de los cuales se descartaron 102, 64 por edad avanzada, 40 por causa justificada (criterios anatómopatológicos, adherencias...) y en 4 se desconoce la causa. Se implantaron 31. Analizamos estadísticamente mediante test de chi-cuadrado, sin obtener significación estadística en ninguna de las variables que hemos comparado entre ambas poblaciones. A nivel clínico no hay diferencias, incluso observamos que son grupos de pacientes superponibles, con comorbilidades semejantes, estancias en UCI similares, y aparición de complicaciones durante el ingreso en UCI que no difieren. No se encuentran diferencias clínicas que justifiquen el rechazo “por edad” como criterio único.

	Donantes DESCARTADOS por “EDAD” (n=64)	Donantes ACEPTADOS (n=31)
Edad (media)	84,42 años	83,13 años
Sexo		
- Varones	53,12% (34)	52,61% (16)
- Mujeres	39,06% (25)	48,48% (15)
- Desconocido	7,81% (5)	
Hipertensión arterial	76,56% (49)	83,87% (26)
Diabetes mellitus	31,25% (20)	22,58% (7)
Dislipemia	21,87% (14)	16,12% (5)
Cardiopatía isquémica	10,93% (7)	12,90% (4)
ICTUS	4,68% (3)	16,12% (5)
Anticoagulación	28,12% (18)	32,25% (10)
Antiagregación	10,93% (7)	12,90% (4)
Función hepática		
- Normal	65,62% (42)	77,41% (24)
- Alterada	15,62% (10)	16,12% (5)
- Desconocida	18,75% (12)	6,45% (2)
Tiempo de ingreso en UCI (media)	58,23 horas	53,63 horas
Complicaciones en UCI		
- Soporte vasoactivo	37,5 % (24)	64,51% (20)
- Diabetes insípida	23,43% (15)	29,03% (9)
- Infección	29,68% (19)	6,45% (2)

Resultados comparativos entre poblaciones de donantes descartados y aceptados para donación.

Conclusiones: Se descartaron por edad alrededor del 50% de los hígados ofertados procedentes de mayores de ochenta años, no encontrando diferencias clínicas ni significación estadística entre las poblaciones que son donantes y aquellos que se descartan por edad que justifiquen el rechazo. Deberíamos realizar una valoración más minuciosa de este tipo de donantes antes de descartar el órgano y no rechazar únicamente por edad.

071. DONANTES HEPÁTICOS MAYORES DE OCHENTA AÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA. ¿ES LA EDAD UN LÍMITE?

Pérez Lucendo A¹, Alcántara Carmona S², Somoza Sáez F³, Sánchez Galindo M¹, Sánchez Giralte JA¹, Rojo Montes L¹, Alvargonzález Riera C¹, Robles González M¹, Iglesias Franco J¹ y Muñoz Molina B¹

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. ³Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Valorar la viabilidad de hígados procedentes de donantes mayores de 80 años, además de evaluación y seguimiento de receptores e injertos en un periodo mínimo de 3 años.

Métodos: Estudio retrospectivo, donantes hepáticos mayores o iguales a 80 años en muerte encefálica, ofertados por la ONT a la Coordinación de Trasplantes del Hospital Universitario Puerta de Hierro; entre enero 2011 y diciembre 2019. Las variables de los donantes son edad, sexo, IMC, comorbilidades, grupo sanguíneo, serologías, iones y perfil hepático. Del ingreso en UCI: tiempo de ingreso y complicaciones; del intraoperatorio: fecha, tiempos (isquemia, fase anhepática y total de cirugía), transfusiones, soporte vasoactivo, tipo de cirugía y complicaciones. Del receptor: edad, sexo, IMC, grupo sanguíneo, motivo para trasplante, comorbilidades, serologías, Child - Pugh, MELD, episodios de descompensación, parámetros hepáticos pretrasplante, tiempo en lista, si necesidad de priorización. Hemoderivados durante posoperatorio, soporte vasoactivo. Tratamiento inmunosupresor, eco - Doppler postrasplante, cifra pico de parámetros de función hepática, complicaciones posquirúrgicas. Días de ventilación mecánica, estancia en UCI y hospitalaria. Si retrasplante, infección por CMV o recurrencia de VHC, y mortalidad.

Resultados: Se ofertan 146 hígados de donantes mayores o iguales a 80 años, se implantan 31. La media de edad de los donantes es 83,13 años, estancia media en UCI de 53,63 h. La edad media de los receptores es 59,67 años, el 74,19% son varones, el tiempo medio de lista es de 6 meses. Los motivos de trasplante son: cirrosis secundaria a alcoholismo crónico (54,83%), cirrosis secundaria a VHC (25,8%), miscelánea [enfermedad de Caroli (3,2%), NASH (3,2%), autoinmune (3,2%), cirrosis criptogénica (3,2%)...]. El 45,16% tenían diagnóstico de hepatocarcinoma (tratado previo a la inclusión en lista). Hay 3 retrasplantes (9,67%), por trombosis de arteria hepática, adenocarcinoma de vesícula biliar (del donante) y fracaso primario del injerto. Registramos 8 *exitus* (25,8%): en el posoperatorio inmediato (dos por parada cardíaca durante el ingreso en UCI) y uno por fracaso multiorgánico. En el periodo tardío (> 1 año) ocurren 5: *shock* séptico, hepatitis colestásica fibrosante, cirrosis biliar secundaria y procesos neoplásicos.

Conclusiones: La evolución de los receptores con hígados añosos fue favorable, con tasa de supervivencia al primer año del 90,33%; tasa global de *exitus* del 25,8% y retrasplante del 9,67%. Deberíamos considerar como potenciales donantes pacientes de edad avanzada (mayores de 80 años).

072. CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN TRAS PRESTACIÓN DE AYUDA A MORIR (PAM)

Yébenes Calvo R, Rábano Alonso J, Soto Gómez-Cambronero J, Cachafeiro Fuciños L, Flores Cabeza EM, Millán Estañ P, Guzmán Bernardo B, Graciani Cantisan E, Lavara Ruiz M y Estébanez Montiel B

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

Objetivos: Humanizar la donación tras la prestación de ayuda a morir y describir protocolo implementado en nuestro centro y los resultados.

Métodos: El protocolo del Hospital La Paz (HULP) de DAC tipo V incluye: Traslado en UVI móvil desde el domicilio al hospital, con sedación en espontánea administrada por su médico responsable (MR) por una vía venosa periférica y monitorización con pulsioximetría, posibilitando que la última imagen sea la de su familia, arropados por el confort de su casa, intentando minimizar la instrumentalización de la despedida. Ingreso hospitalario a cargo de Medicina Intensiva (SMI) en una habitación aislada para la instauración de los cuidados intensivos orientados a la donación con intubación electiva no terapéutica. La evaluación de potencial donante se realiza conjuntamente con el equipo de la Coordinación de Trasplantes e incluye la realización de TC *body*. Tras la aplicación de la PAM por su MR, este identifica la parada circulatoria, con el soporte del equipo del SMI, mediante monitorización de la presión arterial invasiva. El MR certifica la muerte, momento en el cual se traslada rápidamente a quirófano. El equipo quirúrgico realiza canulación central *post mortem* (a nivel abdominal) y clampaje aórtico quirúrgico. Tras ello, se inicia la perfusión regional normotérmica y la extracción según protocolo habitual.

Resultados: El equipo de Coordinación de Trasplantes del HULP valoró cuatro pacientes que habían solicitado la PAM y la donación de órganos. Un paciente falleció antes de completar los trámites y otro caso fue desestimado por el Comité de Garantía y Evaluación. Los otros dos pacientes pudieron ser donantes en asistolia siguiendo el protocolo, con donación hepatorenal. Se realizó una reunión previa con todos los implicados para aclarar y compartir dudas y, posteriormente, para el *debriefing*. Ambos procedimientos se llevaron a cabo sin incidencias, con tiempos de isquemia caliente verdadera de 23 y 20 minutos.

Conclusiones: La humanización de la donación tras la prestación de ayuda a morir (traslado desde domicilio con sedación en ventilación espontánea, fallecimiento en la habitación junto a la familia y canulación *post mortem*) es posible en la DAC tipo V.

073. DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR (PAM)

Bujosa Ferragut D, Zapatero Ferrandiz A, Gracia Arnillas MP, Dot Jordana I, Diaz Buendía Y, Picazo Moreno L y Masclans Enviz JR

Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Analizar las características de los donantes tras PAM, del proceso y resultados de la donación en los primeros casos realizados en el Hospital del Mar.

Métodos: Análisis retrospectivo, observacional y descriptivo de los potenciales donantes de órganos tras PAM detectados en el Hospital del Mar de Barcelona desde la entrada en vigor de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) el 21 junio de 2021 hasta el 30 de noviembre de 2023. Se recogieron la edad y sexo del donante, patología que motiva la PAM, especialidad del médico responsable, necesidad de ingreso en UCI, tipo de PAM (eutanasia vs. suicidio asistido) lugar de administración de la PAM y del fallecimiento, método de extracción, nº de órganos extraídos e implantados, así como los tiempos de isquemia caliente total (desde inicio administración de medicación hasta perfusión fría o inicio perfusión regional normotérmica (PRN)), y funcional (desde hipoperfusión significativa hasta inicio de isquemia fría o inicio de la PRN). Las variables se expresan en nº absoluto, % y media (máx.-min.).

Resultados: Un total de 10 pacientes que obtuvieron resolución favorable para recibir PAM fueron valorados por la Coordinación de Trasplantes. En 6 de ellos, se registraron 4 contraindicaciones médicas absolutas y 2 negativas a la donación. Finalmente, 4 fueron donantes, siendo el 50% mujeres con edad media de 68 años (48-90). La patología de base fue una enfermedad degenerativa (ELA) en el 75% de los casos. En 3 de los casos el médico responsable fue un neurólogo del Hospital del Mar y en 1 caso su médico de atención primaria. El 75% precisaron ingreso en UCI como parte del procedimiento de donación en asistolia controlada. En todos los pacientes, la prestación elegida fue la eutanasia, recibiendo la medicación y falleciendo en quirófano también en el 100% de los casos. En el 50% de los donantes se realizó extracción superrápida y en el otro 50% se realizó PRN mediante membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) con sedación para intubación orotraqueal y canulación *pre mortem*. El tiempo de isquemia caliente total fue de 21,75 minutos (9-43) y el de isquemia caliente funcional de 9,75 minutos (5-21). Se extrajeron un total de 15 órganos, de los cuales se implantaron 12 (5 riñones, 4 pulmones, 2 hígados y 1 páncreas) con un índice de órganos trasplantados/donante de 3.

Conclusiones: La donación de órganos tras eutanasia es una fuente de órganos válidos para trasplante. El perfil habitual es el de un paciente con patología neurológica degenerativa que fallece en quirófano. Una gran parte de estos donantes precisa ingreso en UCI durante el procedimiento.

074. DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN UN CENTRO SIN CIRUGÍA CARDIACA. CANULACIÓN Y ECMO

Vallejo de la Cueva A¹, Poveda Hernández Y¹, Aranzábal Palomar L², López Pagoaga RA¹, Urroz Zabalegui M¹, Vinuesa Lozano C¹, Fernández Miret FDB¹, García Domelo P¹, Quintano Rodero A¹ y Corral Lozano E¹

¹Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

²Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

Objetivos: Describir las características de los donantes, así como el proceso de la canulación y datos de circulación de la ECMO en centro no trasplantador, sin cirugía cardíaca, en el que la canulación es realizada por intervencionistas y la ECMO se maneja por los coordinadores y enfermeras de UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en hospital III nivel, referencia para 4 x 10⁵ habitantes del 19/07/2022 al 26/07/23. Descripción: Variables categóricas: n/%. Continuas: ± DE (normal) mediana y rango (no normal).

Resultados: Se presentan en las tablas.

	n	%
Varón	7	82,5
Fallecimiento		
Neurodegenerativa	4	50
ACVA hemorrágico	3	37,5
TCE	1	12,5
AP, sí		
HTA	4	50
DM	1	12,5
Arteriopatía	0	0
IMC > 30	1	12,5
Filtro VCI	0	0
AngioTAC precanulación	1	12,5
ECO precanulación	2	25,0
Percutánea	8	100
Canulación > 12h	4	50%
Canúla arterial loc		
Supra bifurcación	5	62,5
Bifurcación Ao iliaca	3	37,5
Canúla vena infraclavicular > 10 cm de AD	8	100
Balón CODA	8	100
Balón a 7 cm por encima de xifoides	8	100
Balón migración	1	12,5
Complicación canulación: sangrado pericánula	1	12,5
Complicación balón: ruptura	0	0
Reperusión cerebral	0	0
Perfusión normotérmica	8	100
Donación		
Renal	7	87,5
Hepática	5	62,5
Páncreas	1	12,5
Pulmón	2	25
Cardíaca*	*	*

	χ ²	DE
Edad	61,63	12,72
kg/m ²	25,41	4,06
Canúla arterial Fr	19	0
Canúla venosa Fr	22,5	0,92
Balón llenado estimado, ml	21,00	2,77
Balón llenado real, ml	26,71	2,13
Heparina pericanulación dosis, U/kg	2,71	0,48
Heparina <i>post mortem</i> dosis, U/kg	2,86	0,37
Heparina en perfusión continua, U/kg	19	5,65
Preservación		
Hb, g/dl		
Basal	9,78	2,37
0' mediana, IQR	7,24	3,95-7,75
20' mediana, IQR	7,34	6,6-9,8
40'	7,84	3,08
60'	8,14	2,53
80'	9,13	1,21
Flujo, l/min		
0'	2,81	1,34
20'	2,98	0,85
40'	3,36	0,98
60'	3,27	0,67
80'	3,19	0,53
RPM		
0'	2.214,28	532,27
20'	2.461,42	605,27
40'	2.537,14	605,27
60'	2.540,71	407,04
80'	2.425,83	359,75
100'	2.384,60	410,30
PAo, mmHg		
0'	47,42	10,67
20'	40,57	6,72
40'	39,42	6,45
60'	37,28	8,53
80'	39,33	9,52
100'	42,40	4,39
CH, unidades		
0'	1,25	0,5
20'	1,42	0,53
40'	1,25	0,95
60'	1	0
80'	0,75	0,5
100'	0	0
Suero, ml		
0'	433,00	355,20
20'	700,00	758,05
40'	642,85	377,96
60'	900,00	741,61
80'	500,00	500,00
100'	0	0

Conclusiones: La donación en asistolia controlada es un procedimiento autogestionable en un centro sin cirugía cardíaca, adaptado a los recursos hospitalarios y con unos resultados superponibles a la bibliografía existente, sin necesidad de desplazamiento interhospitalario de equipos móviles para preservación.

075. DONACIÓN ASISTOLIA NO CONTROLADA: UNA EXCELENTE OPCIÓN PARA INJERTOS RENALES

Campos Fernández S¹, Miñambres E², Barreda Monteoliva P², Suberviola B², González Acero MT², García Alcalde L², Gutiérrez Baños JL², Ruíz San Millán JC² y Ballesteros MÁ²

¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

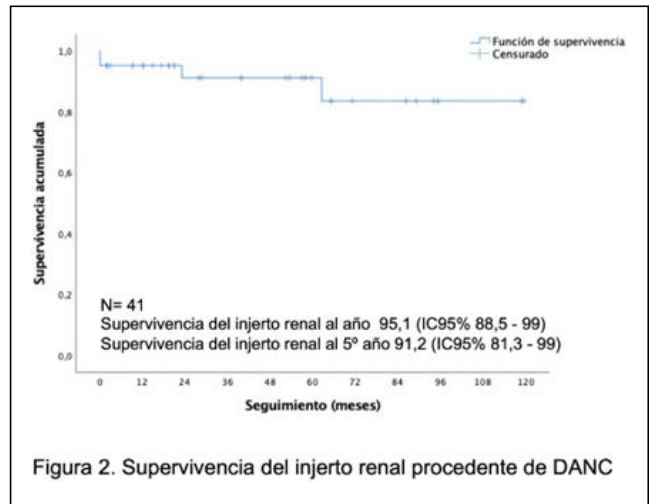
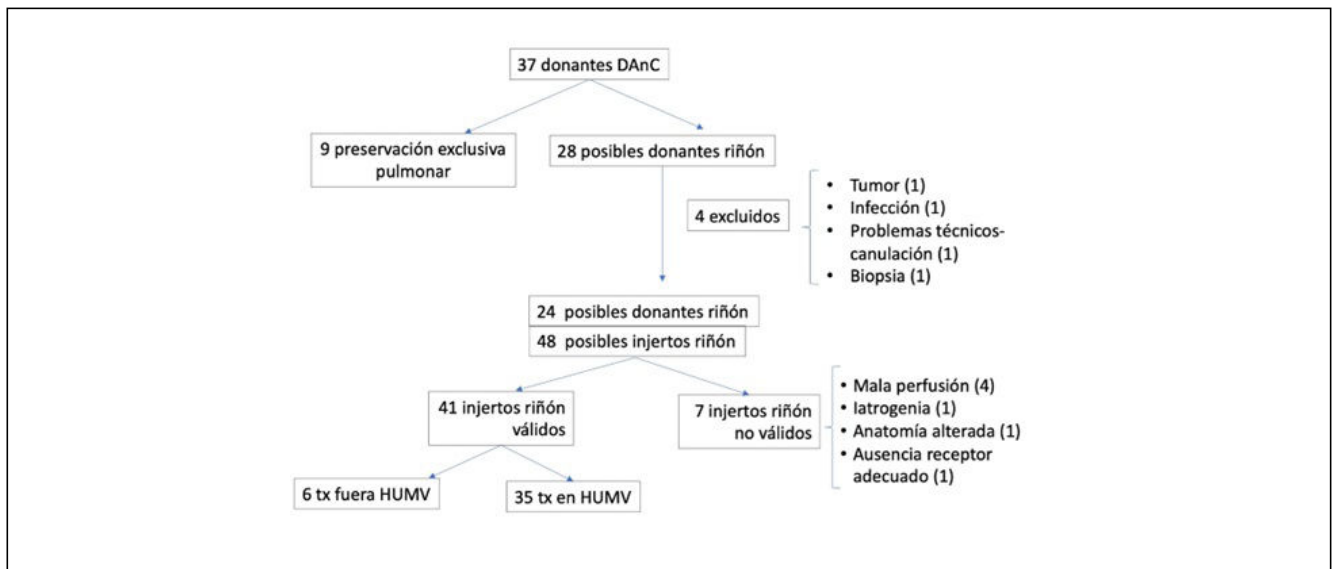
Objetivos: La donación en asistolia no controlada (DANC) está en declive en España, y los resultados obtenidos son inaceptables tanto en rentabilidad del donante como en resultados postrasplante. Se pretende analizar la eficacia del programa DANC y la evolución de los receptores renales de nuestro centro.

Métodos: Estudio prospectivo de los trasplantados renales, cuyo injerto procedía de DANC obtenido en nuestro centro con criterios de aceptación no convencionales y distintos de las recomendaciones nacionales que consideramos no idóneas. Los criterios de aceptación del donante se basan en 3 variables, tiempo de “no flow”, edad del donante y tiempo de isquemia caliente. El procedimiento de preservación se realiza en la UCI para minimizar los tiempos de isquemia caliente. Se incluyen todos los donantes realizados en nuestro centro (periodo 2013-2023). Se efectuó seguimiento de todos los trasplantados. Las variables cuantitativas se muestran con media (medida de tendencia central) y con DE (medida de dispersión). Las variables categóricas se muestran con valor absoluto y porcentaje. Se estudió la supervivencia del injerto censurada por muerte del paciente con injerto funcional (Kaplan-Meier).

Resultados: Se incluyeron 37 donantes, de los cuales en 9 solo se preservaron los pulmones. En 28 donantes se planteó la preservación abdominal, siendo excluidos 4 casos. De los 24 donantes restantes (48 riñones), en todos se trasplantó al menos 1 riñón, para un total de 41 riñones trasplantados (35 en nuestro centro y 6 en otros centros) (fig. 1). El tiempo medio de “no flow” fue de 9 minutos, la edad media de los donantes 44 años, y el tiempo hasta entrar en ECMO 105 minutos. La supervivencia del injerto renal fue del 95,1% (IC95% 89-99) al año, y del 91,2% (IC95% 81-99) a los 5 años (fig. 2).

Conclusiones: Los resultados del trasplante renal de DANC son excelentes con criterios de aceptación estrictos y veraces. A nuestro juicio este tipo de donación debe replantearse completamente en España, donde los criterios de aceptabilidad son inadecuados y con resultados de rentabilidad y supervivencia inaceptables.

Figura 1 Póster 075



076. EL VALOR DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA VALORACIÓN DE DONANTE HEPÁTICO

Jesús Villalba A y González Sáez MD

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.

Objetivos: ¿Realizar una ecografía abdominal en los donantes de órganos es útil para predecir si el hígado va a ser válido para trasplante?

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, se revisan los pacientes valorados como donantes hepáticos por la coordinación de trasplantes y el equipo de trasplante hepático del Hospital Dr. Balmis en los últimos 5 años. Se incluyen de forma consecutiva aquellos en los que participa en el proceso de obtención del órgano el equipo extractor de nuestro hospital y tienen realizada una ecografía abdominal previa. Tanto donantes en muerte encefálica como donantes en asistolia controlada. Se recogen los datos de la ecografía abdominal: normal o patológica según grado de esteatosis (ausente, leve, moderada o grave) y la valoración del equipo extractor in situ por examen directo del órgano (aspecto macroscópico) durante el proceso quirúrgico (órgano válido o no válido y causas de no validez). Se realiza análisis mediante tabla 2 x 2. Además de otras variables: poblacionales (edad, sexo), antecedente de alcoholismo y datos bioquímicos (GOT, GPT, Bilirrubina GGT y FA).

Resultados: Se incluyen un total de 319 pacientes (60% varones y 40% mujeres), edad media 51. Se excluyen 26 con ecografía normal que se rechazan durante el proceso quirúrgico por causa no hepática. De los 293 incluidos, 232 (79,2%) tenían una ecografía normal. 186 (63,5%)

fueron válidos y 46 (15,7%) se rechazaron por aspecto macroscópico: consistencia dura, esteatosis, borde romo. 61 donantes (20,8%), presentaron esteatosis en la ecografía abdominal, de los cuales 32 (10,9%) fueron viables y 29 (9,9%) no. La ecografía muestra una especificidad del 85,32% y una sensibilidad del 38,67% para valorar validez del hígado para trasplante. El VPN fue del 80,17% y VPP del 47,54% para predecir la presencia de esteatosis hepática.

Conclusiones: La ecografía realizada en donante de órganos, nos ayuda para determinar idoneidad del hígado para trasplante cuando los resultados son normales. Cuando los resultados son patológicos se necesitan más pruebas para determinar la idoneidad del órgano para trasplante.

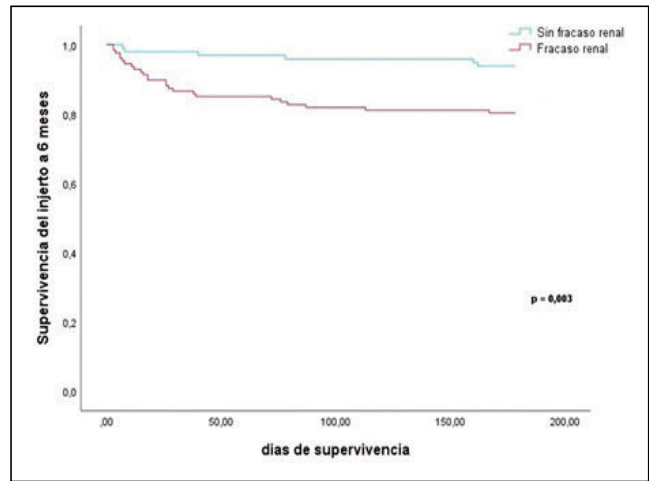
077. FRACASO RENAL AGUDO EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Sáez de la Fuente I, Molina Collado Z, Chacón Alves S, López García L, Martín Badía I, Lesmes González de Aledo A, Orejón García L y Sánchez Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es analizar la incidencia y repercusión clínica de la presencia de fracaso renal agudo (FRA) en el posoperatorio inmediato del trasplante hepático.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo incluyendo pacientes receptores de un trasplante hepático. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si presentaron FRA. Se recogieron variables demográficas y evolutivas. Los resultados se presentan como mediana (RIC) o %, analizando las diferencias mediante U-Mann Whitney o chi-cuadrado respectivamente. La influencia de las variables basales y quirúrgicas en la aparición del FRA se exploró mediante regresión logística multivariante. Las curvas de supervivencia se estimaron por el método de Kaplan-Meier y la comparación entre curvas se hizo por el método de log-rank. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.



Resultados: Se incluyeron un total de 228 pacientes receptores de un trasplante hepático, de los cuales 127 presentaron FRA. Las características basales, de la intervención quirúrgica y de su evolución en UCI son analizados en la tabla 1. Los pacientes con FRA se distribuyeron en base a la clasificación KDIGO en estadio 1 (12,3%), estadio 2 (7,9%) y estadio 3 (34,6%). En el análisis multivariante, los factores relacionados con la aparición de FRA fueron tiempo de isquemia caliente (OR, 1,032; $p = 0,004$), tiempo de isquemia fría (OR, 1,003; $p = 0,032$), concentrados de hematías en quirófano (OR, 1; $p = 0,002$), plasma fresco en quirófano (OR, 0,999; $p = 0,003$) y MELD (OR, 1,108; $p < 0,001$). El FRA se asoció de forma significativa con una menor supervivencia del injerto a 6 meses (fig.).

Figura 1 Póster 077

	Todos (n=228)	FRA + (n=127)	FRA - (n=101)	p
Características del receptor				
Edad	57 (50-63,5)	62 (32-70)	65 (59-71)	0,172
IMC	26 (24 - 29)	26 (24-30)	26 (24-29)	0,76
DME (%)	160 (70%)	90 (70%)	70 (69%)	0,88
Sexo varón (%)	169 (74,1%)	97 (76%)	70 (69%)	0,536
HTA (%)	55 (24,3%)	35 (27%)	20 (19%)	0,27
Características de la enfermedad hepática (%)				
Apache II	12 (9-16)	20 (14,5-42)	7 (5-9)	<0,001*
SAPS II	28 (21,50 - 35)	41 (15-43,5)	29,5 (24-35)	<0,001*
VHB (%)	20 (8,8%)	11 (8,6%)	9 (9%)	1,00
VHC (%)	72 (32%)	39 (30%)	33 (33%)	0,65
OH (%)	120 (52%)	67 (52%)	53 (52%)	0,78
CHC (%)	92 (40,4%)	45 (35%)	47 (47%)	0,056
HF (%)	17 (7,4%)	12 (9,4%)	5 (5%)	0,31
MELD	14 (9-19)	15 (10,5-20)	11 (8,25-17)	<0,001*
MELD-Na	15 (10-20)	16 (12-21)	12 (9-18)	<0,001*
Child Pugh	8 (6-9)	8 (7,5-10)	8 (5-7,5)	0,005*
A	71 (31,1%)	30 (23%)	41 (40%)	
B	106 (46,5%)	66 (52%)	39 (38%)	
C	46 (20,2%)	30 (24%)	14 (13%)	
Características de la intervención quirúrgica				
TIF (min)	346 (290-455)	415 (280-482,5)	341,5 (300-383)	0,009*
TIC (min)	49 (40-57,25)	40 (32,5-67,5)	54 (40-68)	0,025*
TFA (min)	45 (40-60)	45 (40-62,5)	57,5 (55-60)	0,79
CH (mL)	1000 (250-2000)	1000 (250-10125)	750 (0-1500)	<0,01*
PFC (mL)	1250 (500-2250)	1250 (500-2750)	500 (0-1000)	0,045*
Plaquetas (mL)	250 (0-500)	500 (1250-2625)	125 (0-250)	0,007*
Sd. Reperusión (%)	35 (27%)	20 (15%)	15 (14%)	0,68
Características de la evolución en UCI				
Días UCI	4 (3-8)	26 (4,5-47,5)	2,5 (2-3)	<0,001*
Reintubación (%)	17 (7,5%)	16 (12,5%)	1 (0,9%)	<0,001*
VM>24h (%)	33 (14,6%)	32 (23,5%)	1 (0,9%)	<0,001*
DPI (%)	50 (21,9%)	40 (31%)	10 (9%)	<0,001*
Supervivencia 1 mes	209 (91,7%)	110 (86%)	95 (94%)	0,003*
Supervivencia 3 meses	201 (88,2%)	104 (81%)	93 (92%)	0,002*
Supervivencia 6 meses	197 (86,4%)	102 (80%)	91 (90%)	0,003*

Conclusiones: El FRA es una de las complicaciones más frecuentes en el posoperatorio inmediato del trasplante hepático, relacionándose su aparición con un peor pronóstico clínico.

078. TRASPLANTE MULTIVISCERAL EN ADULTOS. EXPERIENCIA EN ESPAÑA

Blanco Carrasco L, Molina Collado Z, Ginestal Calvo J, Galiano Carrilero C, Sáez de la Fuente I, Temprano Vázquez S y Sánchez Izquierdo Riera JÁ

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: El trasplante multivisceral (TMV) consiste en el trasplante en bloque de múltiples órganos abdominales que deben incluir al menos intestino delgado y estómago, con el objetivo de tratar a pacientes afectados de fracaso intestinal que no toleren nutrición parenteral junto a otros fracasos orgánicos. Nuestro objetivo consiste en describir la serie de casos de nuestro centro, único en España en realizar este trasplante en adultos, analizando tanto la mortalidad, las complicaciones y supervivencia de estos pacientes.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes en los que se lleva a cabo un TMV en nuestro centro desde 2006 hasta 2023. Se recogen variables demográficas, etiológicas y evolutivas, presentándose los resultados como proporciones y medias acompañadas de desviación estándar. Se realiza el análisis estadístico con el programa SPSS versión 29.1.0.1.

Resultados: Se incluyen 12 pacientes trasplantados, 50% de cada sexo y con una edad media de 43 años (DE 10,25). Además del intestino delgado y estómago se trasplantó al 100% de los pacientes el hígado y páncreas, al 83% el bazo, al 42% colon y al 17% un riñón. Con respecto a escalas de gravedad presentan APACHE-II de 14 (4,5) y SAPS-2 de 31 (8). Como causa principal destaca el síndrome del intestino corto en el 50% de los casos. Tras el trasplante la estancia en UCI fue de 32 (38) días y la estancia hospitalaria de 92 (63) días. Un 33% de los pacientes requirió reingresar en UCI. La complicación más frecuente fueron las infecciones, que afectaron al 75% de los pacientes. Como inmunosupresión el 100% recibió metilprednisolona y tacrólimus, un 50% micofenolato y un 42% timoglobulina como fármacos más habituales, según el estudio inmunológico de cada paciente. La mortalidad intrahospitalaria fue del 50%. La supervivencia en los 6 primeros meses fue del 58%, al año del 46% y a los 3 años del 30%, mientras que el paciente con mayor supervivencia alcanza los 17 años tras el trasplante. La principal causa de fallecimiento fue el shock séptico, presente en el 43% de los casos.

Conclusiones: El TMV es un procedimiento complejo que implica elevada morbimortalidad y un importante consumo de recursos, requiriendo de soporte en UCI tanto en el posoperatorio como en reingresos posteriores. Presenta una elevada mortalidad a pesar de los nuevos protocolos quirúrgicos y de inmunosupresión dirigida, por ello resulta imprescindible un manejo multidisciplinar que implique tanto a cirujanos como a intensivistas e inmunólogos, buscando mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

079. LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA, UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA INCREMENTAR EL NÚMERO DE DONANTES PULMONARES

Sandiumenge A¹, Ballesteros G¹, Garcés B², Sánchez-Etayo G³, Miñambres E⁴, Colon D¹, Marcobal J², Martí D³, Suárez A⁴ y Bello I¹

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, ³Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, ⁴Hospital Universitari Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: La insuflación-exsuflación mecánica (MI-E) es un dispositivo no invasivo que simula la tos, ayudando a la eliminación de secreciones y mejorando la oxigenación. Utilizado de forma rutinaria en la fisioterapia respiratoria de pacientes críticos. Pretendemos evaluar el impacto en la oxigenación y seguridad de su uso en el mantenimiento del donante de órganos sólidos.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico aleatorizado en 4 centros españoles. Incluimos 71 donantes elegibles con consentimiento para la donación (Nov22-Nov23). Tras realizar el protocolo de mantenimiento estandarizado (MS) siguiendo las recomendaciones nacionales, los pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo control (C) o al grupo intervención (MIEg) añadiendo la realización de cuatro series de 5 ciclos

de MI-E (+40/-60 cmH2O presión inspiratoria/espíroratoria utilizando Cough-Assist®). Se obtuvieron gasometrías arteriales (FiO2 1/PEEP 5 mmHg) antes (T-1) y después (T0) del MS así como 10(T10) y 60(T60) minutos después de la MI-E (MIEg) o 60(T60) minutos después de la MS(C). Analizamos los valores de PaO2, el% de donantes gasométricamente elegibles (ELD, PaO2/FiO2 > 300 mmHg) y la presencia de complicaciones (neumotórax o inestabilidad hemodinámica) derivadas de la técnica.

Resultados: No se observaron diferencias entre grupos en la PaO2 (MIEg 362,54 vs. C 362,89 mmHg, p = 0,98) ni en el % de ELD (MIEg 81,2 vs. C 79,5%) en T-60. Sin embargo, analizando los sujetos inicialmente no elegibles (NELD) (PaO2/FiO2 < 300mmHg en t-1) del MIEg mostraron un aumento de la PaO2, incrementando el porcentaje de ELD a los 60 min tras la intervención (T60) con respecto al grupo control (tabla). No se observaron complicaciones derivadas de la técnica.

Análisis de los NELD (n = 20)	C n = 11	MIEg n = 9	p
T-1 PaO2 (DE); mmHg	207 (81,8)	243,94 (42,26)	0,21
T0 PaO2 (DE); mmHg	265,45 (97,34)	337,5 (50,99)	0,04
T60 PaO2 (DE); mmHg	241,81 (86,95)	328,11 (79,18)	0,03
ELD 60' (%)	18,2	66,7	0,02

Conclusiones: La fisioterapia respiratoria utilizando MI-E es una herramienta económica y segura para optimizar la oxigenación de los donantes pulmonares y aumentar su pool.

Financiado por: Fundación Mutua Madrileña (AP176932021) AES ISCIII (PI21/01911).

080. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRÁCTICAS DE ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL EN 10 UCIS CATALANAS

Sandiumenge A¹, Gil D², Miró G³, Badía M⁴, Jurado M⁵, Esquirol X⁶, Valles S¹, Bosque M⁷ y Oliver E⁸

¹Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ³Hospital de Mataró, Barcelona. ⁴Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁵Hospital de Terrassa, Barcelona. ⁶Hospital General de Granollers, Barcelona. ⁷Hospital Universitari General de Catalunya, Barcelona. ⁸Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: Se analizaron las prácticas de ATSV en los 10 UCIs Catalanas y su relación con los procedimientos de donación.

Métodos: Durante 4 meses (abril-julio 2022) se registró de forma prospectiva información de las prácticas de ATSV realizado en la UCI. (excluyendo el no ingreso en UCI). Para ello se creó una base de datos instalada en un servidor configurado bajo conexión segura (https) dentro de la estructura del hospital coordinador (HUVH) y encriptada con el objetivo de garantizar los máximos requerimientos en cuanto a normativas en salud.

Resultados: Se incluyeron un total de 236 pacientes en los que se realizó al menos un proceso de ATSV durante su ingreso en UCI. Los pacientes a los que se aplicó ATSV eran en su mayoría varones (69%) con una edad media de 69,2 ± 13,2. En el 58% (n = 137) se decidió el no inicio/aumento de una o más medidas (NAM): ((66%) varones, 72 ± 12,1 años de edad) y en el 38% (n = 91) fue de retirada de medidas (RM): (71% varones; 64,9 ± 13,9 años de edad). En 8 pacientes se instauró Terapia intensiva condicionada a la respuesta clínica. En el 18,6% (n = 44) de los pacientes se estableció más de un episodio de limitación (en su mayoría, ordenes de NO-RCP). El tiempo transcurrido desde el ingreso en la UCI a la decisión de ATSV fue de una mediana de 3 días (0-87 días) siendo menor en los casos de NAM (mediana de 2 días (rango 0-98 d); media 13,6 ± 42 días) que en los casos de RM (mediana de 5 días (0-121 d); media 14,7 ± 21,8 días). El 25% de los pacientes sometidos a ATSV sobrevivieron a la UCI, siendo este porcentaje mayor en los casos de NAM (44,5%; n = 61) frente a los pacientes con RM en los que ninguno sobrevivió. Un total de 17 pacientes (27,8% de los fallecidos) fueron donantes de órganos (5,3% NAM vs. 12% RM) siendo el 94,1% en donación en asistolia controlada (DAC).

Conclusiones: Uno de cada 4 pacientes a los que se aplica algún tipo de ATSV sobreviven a la UCI. El NAM es la practica más extendida de ATSV. La RM se aplica más tardíamente que la NAM e incrementa la posibilidad de donación de órganos.

Financiado por: Fundación Víctor Grifolls.

081. DONACIÓN HEPÁTICA EN ASISTOLIA CONTROLADA: CANULACIÓN PRE MORTEM VS. POST MORTEM

Gordillo Benítez MÁ, Luna Solís S, Oliver Juan E, Serra Paya P, Becerra Vidaña L, Benjumea Rodríguez A, Barrios Cormenzana O y Moreno González GJ

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: La perfusión regional normotérmica es el método de elección en donantes hepáticos en asistolia controlada. Hasta ahora no hay estudios que demuestren si existen diferencias entre la canulación *pre mortem* vs. *post mortem*.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las donaciones en asistolia controlada hepática en el Hospital de Universitari de Bellvitge durante los años 2013-2019, donde se ha diferenciado a la población en función del método de canulación: *pre mortem* o *post mortem*. Se han recogido diferentes variables; las cuantitativas se han expresado en media \pm desviación estándar o mediana y el rango intercuartílico mientras que en las cualitativas se utilizó el número y el porcentaje.

	Total (51)	Pre-mortem (22)	Post-mortem
Edad	53,7 \pm 12	53,8 \pm 12	53,9 \pm 12
Sexo	M 74,5% F 25,5%	M 63,6% F 36,4%	M 87% F 13%
IMC	26,7 \pm 3,9	27,3 \pm 4	26,7 \pm 3,9
Tabaco	27,6%	36,4%	26,1%
Alcohol	10%	13,6%	8,6%
Drogas	5%	9,1%	13%
Hipertensión arterial	25,5 %	18,2%	39,1%
Diabetes mellitus	15%	18,2%	17,4%
Dislipemia	33,4%	40,9%	34,8%
Cardiopatía	11,8%	4,5%	4%
TICT	22,7 min \pm 7,7	19 \pm 5,3	27,7 \pm 8,1
TICF	16,4 \pm 6,6	12,4 \pm 4,5	20,8 \pm 6,2
TA	13,2 \pm 6	12,8 \pm 5,1	13,5
Validez del hígado	47%	50%	39,1%

Resultados: Se han incluido en el estudio 51 donantes de los cuales 6 quedaron fuera del estudio porque se llevó a cabo extracción super rápida, reduciendo la población a estudio a 47 casos. De estos 47 en 22 se realizó canulación *pre mortem* (46,8%) y 23 canulación *post mortem* (48,9%). Ambas presentaban una media de edad similar (*pre mortem* 53,8 \pm 12 y *post mortem* 53,8 \pm 12) con predominio de sexo masculino en ambas poblaciones (63,6% y 87%). Los hábitos tóxicos estos eran más prevalentes en el grupo de canulación *pre mortem* (fumadores 36,4% y alcohol 13,6%) a excepción del consumo de drogas. Los factores de riesgo cardiovascular han presentado una distribución similar en ambos grupos. En las canulaciones *pre mortem* los tiempos de isquemia fueron más cortos en comparación con las canulaciones *post mortem*: TICT (tiempo isquemia caliente total) 19 \pm 5,3 vs. 27,7 \pm 8,1, TICF (tiempo isquemia caliente funcional) 12,4 \pm 4,5 vs. 20,8 \pm 6,2, mientras que el TA (tiempo agónico) 12,8 \pm 5,1 vs. 13,5 \pm 7,4. El grado de validez de los hígados extraídos es también superior en las canulaciones *pre mortem* (11 hígados, 50%) que

las *post mortem* (9 hígados, 39,1%). La depuración del lactato en el posoperatorio inmediato es más rápida en las canulaciones *pre mortem* presentándose, además, en estas, un lactato de base más bajo.

Conclusiones: La canulación *pre mortem* disminuye los tiempos de isquemia durante el proceso de extracción del hígado, favorece una depuración más rápida del lactato y presenta una validez mayor comparada con la *post mortem*.

082. TRASPLANTE CARDIACO EN ASISTOLIA. ¿HAY DIFERENCIAS RESPECTO A LA MUERTE ENCEFÁLICA?

Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Granados Madero M, Asensio Rodríguez M, Vázquez Andrés G, Soto Segado P, Navarro Vicente A y Sánchez Gómez J

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

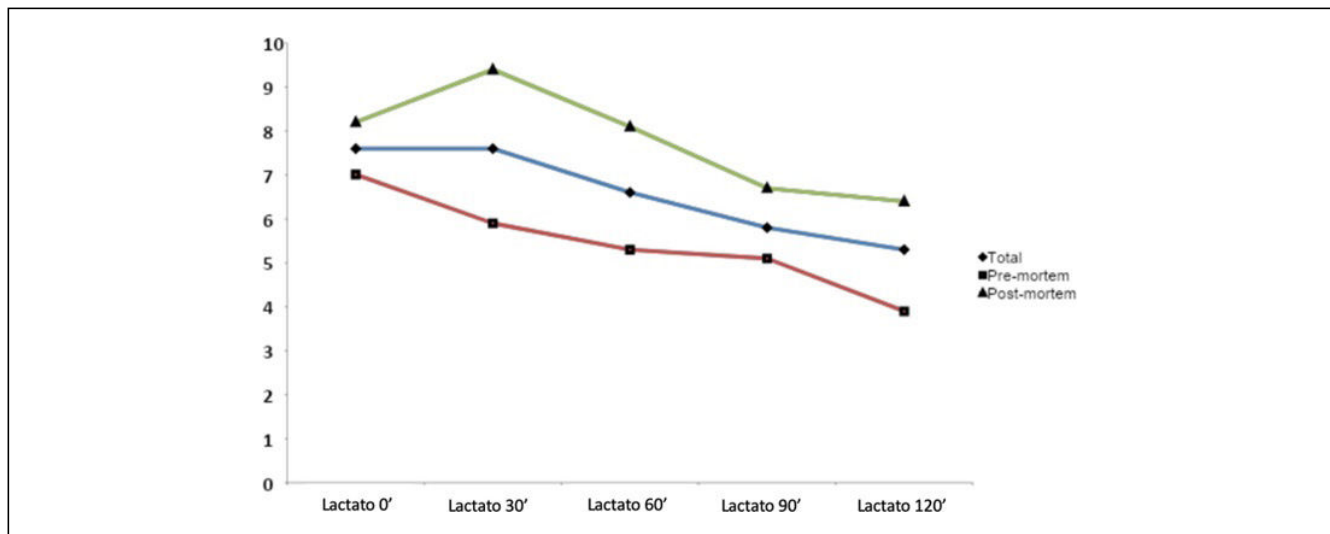
Objetivos: El trasplante cardiaco es un tratamiento efectivo para los pacientes con fallo cardiaco refractario. La aparición de la donación cardiaca tras la muerte por causas circulatorias (DCD) ha permitido aumentar la actividad del trasplante cardiaco. El objetivo es valorar los hallazgos clínicos de la DCD y compararlos con la donación cardiaca tras la muerte encefálica (DBD).

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo y unicéntrico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca desde enero de 2020 hasta diciembre de 2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas, medidas de cateeterización cardiaca derecha, scores inotrópicos y ecocardiografías de receptores cardiacos mediante DCD y DBD.

	DCD (n = 24)	DBD (n = 30)	p
Edad, años	53,7 \pm 9,46	51,9 \pm 13,55	0,582
Hombres, %	66,6	80	0,267
HTP preqx, n (%)	13 (54,1)	16 (53,3)	0,523
Esternotom previa, n (%)	3 (12,5)	4 (13,3)	1
Tiempos <i>bypass</i> , min	98,92 \pm 40	106,8 \pm 41,8	0,482
Tiempo <i>Clamp</i> , min	81,33 \pm 38	138,5 \pm 77,76	0,001
Urgencia 0, n (%)	3 (12,5)	8 (26,6)	0,345
ECMO postqx, n (%)	2 (8,3)	5 (16,6)	0,618
TRRC, n (%)	11 (45,8)	15 (50)	0,761
Días TRRC	6,91 \pm 3,62	10,86 \pm 14,54	0,326
<i>Inotrope score</i>			
Ingreso	30,58 \pm 34,5	53,03 \pm 51,42	0,073
24h	17,08 \pm 19,09	38,47 \pm 55,47	0,056
Días dobutamina	6,08 \pm 4,47	8,24 \pm 8,09	0,221
Reoperación, n (%)	6 (25)	9 (30)	0,684
Mortalidad 6m, n (%)	2 (8,3)	3 (10)	0,414

Resultados: Se realizaron 54 trasplantes cardiacos, 24 fueron DCD y 30 DBD. La edad media fue menor en los DBD (51,9 \pm 13,5 vs. 53,7 \pm 9,4; p = 0,58). En el posoperatorio inmediato, se necesitó soporte extracor-

Figura 2 Póster 081



póreo en mayor medida en los DBD (16,6 vs. 8%, $p = 0,618$). El *inotrope score* fue menor en los DCD (30,5 ± 34,5 vs. 53, ± 51,4; $p = 0,073$), siendo esta diferencia más acusada a las 24 horas (17,08 ± 19,09 vs. 38,47 ± 55,47; $p = 0,056$). La media de días de dobutamina totales fueron menores en los DCD (6 ± 4,4 vs. 8,2 ± 8; $p = 0,22$). La mortalidad fue similar entre los DCD y DBD a los 6 meses (8 vs. 10%; $p = 0,414$).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que el trasplante cardiaco tras DCD es factible y seguro. Puede aumentar el número de trasplantes cardiacos con similares resultados al trasplante cardiaco tras DBD.

083. NUEVOS ESCENARIOS EN DONACIÓN. DONACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Vázquez Andrés G, Asensio Rodríguez M, Martín Magán MDM, Mula Martínez R, Navarro Vicente A, Soto Segado P, Sánchez Gómez J, Moya Sánchez J, Jimena Pérez R y Sánchez-Guerrero Martínez L

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Encontrar nuevas fuentes de donantes para paliar las listas de espera. La incidencia de tumores primarios del sistema nervioso central en España es del 2% del cáncer total en el adulto, hasta 3.200 fallecimientos anuales. El potencial de metástasis de este tipo de tumores es muy bajo, inferior al 0,5% debido a que son enfermedades con evolución muy rápida, por la barrera hematoencefálica y tienen anidación difícil.

Métodos: El primer paso es localizar al candidato a donante y proponerle la posibilidad de donación en fase terminal o paliativa. Se realiza un TC-TAP el mismo día de la donación para descartar afectación y se les entrega un consentimiento informado específico. Existe un protocolo de seguimiento desde el momento del trasplante hasta los 5 años. La procedencia de los donantes proviene de UCI, la planta de oncología y hospitalización, de fuera de la comunidad autónoma y de los equipos de soporte de atención domiciliaria.

Resultados: Se han realizado 22 trasplantes de donantes con tumores del sistema nervioso central en nuestro centro. La edad media de los donantes ha sido de 44 años, 15 hombres y 7 mujeres, 16 glioblastomas, 4 astrocitomas, 1 meduloblastoma y 1 glioma de alto grado, de los cuales solo 13 recibieron quimiorradioterapia y 3 biopsias de la lesión. En total hubo 34 receptores, se trasplantaron 20 hígados, 12 riñones y 4 corazones. Durante el seguimiento se produjeron 3 fallecimientos, 2 fueron en el posoperatorio inmediato y 1 por sepsis durante su ingreso. Hubo 0 recaídas y había una función normal de todos los órganos trasplantados. De los receptores hepáticos, 11 fueron trasplantados por hepatocarcinoma, 3 por retrasplante por trombosis de la arteria hepática y 6 por cirrosis etanólica. Se mandaron a anatomía patológica los órganos no trasplantados, obteniendo 20 pulmones, 98 ganglios, 10 corazones, 22 riñones y todos han resultado negativos. Quedan pendientes por analizar 9 riñones, 6 pulmones y 2 corazones.

Conclusiones: El riesgo cero de transmisión no existe. En caso de hallazgos en el TC sugestivos de malignidad, no se indica realización de PET-TC a todas las sospechas por riesgo de falsos positivos, de radiación para el personal implicado y de inestabilidad del donante. Sin embargo, sí que se deben biopsiar en quirófano. En caso de donación de corazón, está indicado siempre, no se han descrito casos de transmisión. En el hepático en casos de urgencia vital o hepatocarcinoma. En el renal individualizar, con decisiones compartidas y consentimiento informado. Hay mayor incidencia de transmisión en pulmón, por ello no existe un programa en la comunidad.

084. VIABILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE DOPPLER VASCULAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO POR PARTE DE INTENSIVISTAS

Amirola Sarmiento de Sotomayor C, Risco Torres P, Martín Badía I, Barea Mendoza J, Lesmes González de Aledo A, Sáez de la Fuente I, Chicote Carasa Y, Sánchez-Izquierdo Riera JA y Martín Delgado MC

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Se evaluó la precisión con la que especialistas de UCI pueden realizar un estudio ecográfico dirigido a detectar complicaciones vasculares en el periodo posoperatorio inmediato del trasplante hepático.

Métodos: Estudio observacional transversal en la UCI médico quirúrgica de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes ingresados tras un trasplante hepático en los que se fuera a solicitar un estudio Doppler reglado realizado por radiólogo especialista. La muestra fue de 29 estudios ecográficos, realizados en 28 pacientes ingresados

entre junio y noviembre de 2023. Intensivistas (grupo UCI) que habían realizado una sesión previa de capacitación en ecografía Doppler dirigida a descartar complicaciones vasculares, obtuvieron la medición del índice de resistencia (IR) y velocidad sistólica pico (VSP) en arteria hepática y clasificaron el patrón de flujo como "normal", "variante hemodinámica no patológica (VHNP)" y "patológico". Asimismo, se evaluó el flujo y velocidad en la vena porta (VP) y se categorizó el flujo como "normal" y "patológico". El estudio por parte del grupo UCI fue ciego respecto al reglado realizado dentro de un periodo de 24 a 72 horas. El análisis de concordancia se realizó utilizando el estadístico kappa de Cohen para las variables cualitativas y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para las cuantitativas.

Resultados: La indicación más común para realizar un estudio ecográfico fue evaluar la presencia de complicaciones vasculares en el posoperatorio (1-2 días) después del trasplante hepático. El grupo UCI clasificó a 17 (59%) pacientes con flujo arterial normal, 11 (38%) con VHNP y no consiguió insonar la arteria en 1 (3%) de los casos. El radiólogo clasificó a 18 (62%) pacientes con flujo arterial normal y 11 (38%) con VHNP. Por lo tanto, se descartó flujo patológico en el 97% de los casos evaluados en UCI y hubo una concordancia sustancial (Kappa 0,77) para distinguir entre flujo normal y variantes no patológicas. En cuanto al flujo en VP, el grupo de UCI clasificó a 28 (23,5%) pacientes con flujo arterial normal y 1 (20,0%) con flujo patológico. Hubo un acuerdo total en los 29 estudios. Para el IR, el CCI resultó de 0,81 ($n = 27$). En el caso de la VSP, se obtuvo un CCI de 0,51 ($n = 24$), mientras que para la velocidad en VP se calculó un CCI de 0,88 ($n = 28$) entre el grupo de UCI y el de radiología.

Conclusiones: La realización, por parte de especialistas de UCI, de ecografía Doppler dirigida a descartar complicaciones vasculares en el posoperatorio inmediato de trasplante hepático, parece factible tras una capacitación específica.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres orales

CIRUGÍA CARDIACA I

08:30-10:00 - Sala 127

Moderadores: Miguel Ángel Rodríguez Yago / Inmaculada Alcalde Mayayo

085. RESULTADO DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO FAST-TRACK EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA

Albacete Ródenas P, Andreu Ruiz A, Martín Bautista M, Suárez Ramos P, Martínez Martínez AI y Gomis Romero A

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: Partiendo de una base de datos que incluye a los pacientes intervenidos de Cirugía Cardíaca en nuestro centro, nuestro objetivo es analizar aquellos que fueron dados de alta las primeras 24 horas, así como valorar la adecuada aplicación del Protocolo *Fast-Track*.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que analizamos 250 pacientes recogidos del 1 de febrero al 25 de septiembre de 2023. De ellos, se estudiaron los pacientes dados de alta en 24 horas y se observaron el tipo de cirugía, su prioridad (electiva, urgente o emergente), la causa de permanencia en UCI, la tasa de reingreso y la mortalidad.

Resultados: De los pacientes incluidos, 54,8% fueron cirugías electivas, 42% urgentes y 3,2% emergentes. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días (rango 3-88 días) y la de estancia posoperatoria de 6 días (rango 3-88). La mortalidad global fue de un 2% (5 pacientes). Del global, 91 pacientes (36,4%) fueron dados de alta en las primeras 24 horas, y otros 82 pacientes (32,8%) entre 24 y 48 horas. Si nos remitimos al primer grupo, encontramos 52 pacientes (57,14%) intervenidos de cirugía valvular, 31 (34,07%) de revascularización coronaria, 4 de cirugía de aorta (4,4%) y otros 4 pacientes intervenidos de otras cirugías sin CEC. Analizando las causas de permanencia en UCI más de 24 horas, vemos 44 pacientes

(16,99%) en estado de *shock*, definido como persistencia de aminas; 19 (7,34%) por causa respiratoria; 17 (6,56%) con BAV completo; 12 (4,63%) por sangrado abundante; y 11 (4,24%) por HTA. Otras complicaciones fueron FA (9 pacientes), falta de camas en planta de hospitalización (9 pacientes), accidente cerebrovascular (6 pacientes), IAM (2 pacientes), un caso de pericarditis y otro de otras alteraciones del ritmo. Por último, no hubo ningún *exitus* entre los pacientes con alta precoz (< 24 horas) y solo uno reingresó por insuficiencia respiratoria aguda que precisó de tratamiento con VMNI. En el segundo grupo (datos de alta entre 24 y 48 horas), solo un paciente reingresó por taponamiento cardiaco.

	Total (pacientes)	Porcentaje (%)
Tiempo hasta el alta		
Alta a las 24 horas	91	36,4
Alta entre 24 y 48 horas	82	32,8
Alta en > 48 horas	76	30,4
De las altas en 24 horas.		
Prioridad de la cirugía		
Electiva	55	60,44
Urgente	36	39,56
Emergente	0	0
Tipo de cirugía		
Revascularización coronaria	31	34,07
Cirugía valvular	52	57,14
Cirugía sobre aorta	4	4,4
Otros con CEC	4	4,4
Otros sin CEC	0	0
Reingreso	2	0,8
Mortalidad	5	2

Conclusiones: De los datos extraídos observamos que existe un margen de mejora, especialmente en el grupo de pacientes dados de alta entre 24 y 48 horas. Estos resultados se explican parcialmente por el mayor número de cirugías urgentes (42%) de nuestra muestra con respecto a otras series (26,74% según el Registro Español de Cirugía Cardiaca).

086. ANÁLISIS DEL RETRASO EN LA EXTUBACIÓN POSOPERATORIA DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA CARDIACA

Ramis Munar FM, Sánchez Martín JA, Serrats López P, Arenas Casanovas F, Belzunce Capó JF, Espeleta J, Rayo Ordóñez LA y Riera Sagra M

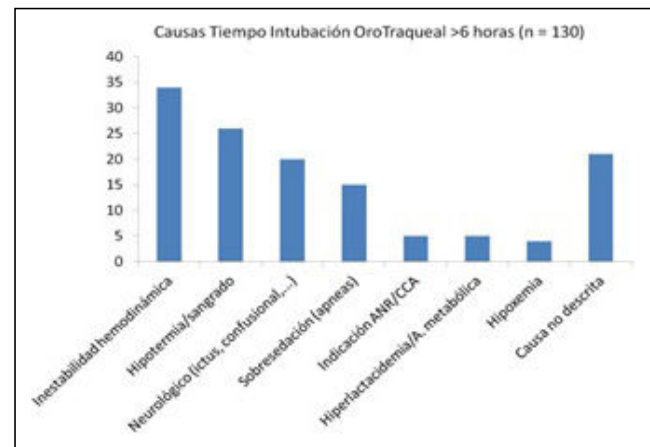
Hospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes operados de cirugía cardiaca (CC) con un tiempo de intubación orotraqueal (TOT) superior a 6 horas tras la CC.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes operados de CC de enero a octubre del 2023. Las variables estudiadas fueron edad,

sexo, tipo de CC y prioridad quirúrgica, TOT y tiempo de estancia en UCI y estado vital tras la CC ajustado al riesgo (Euroscore). En el subgrupo de pacientes con un TOT superior a 6 horas se analizaron las posibles causas del retraso en la extubación. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartil (RIC) y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney. Las cualitativas se expresaron como valor absoluto y porcentaje (%) y se analizaron con el test de chi-cuadrado con el de Fisher.

Resultados: Se analizaron 415 pacientes y se excluyeron 11 (7 procedimientos menores y 4 extubados en quirófano). Los 404 pacientes incluidos se distribuyeron en 159 (40%) coronarios, 122 (30%) valvulares, 62 (15%) combinados, 44 (11%) aórticos y 17 (4%) miscelánea, con edad 67 (58-73) años y predominio del sexo masculino (75%). La CC se realizó programada en 193 (48%) pacientes, urgente en 188 (46%) y de emergencia o salvación en 23 (6%). El Euroscore logístico fue 4,5% (2-10) y el Euroscore II 2% (1-5). El TOT fue de 5 (4-8) horas, el de estancia en UCI de 51 (44-95) horas y la mortalidad observada del 2,2%. 274 pacientes (68%) tuvieron un TOT igual o inferior a 6 horas y 130 (32%) un TOT superior a 6 horas. En la tabla se comparan las variables estudiadas en cada grupo. En el subgrupo de pacientes con un TOT superior a 6 horas, las causas del retraso en la extubación se muestran en la figura.



Comparación de los pacientes estudiados (n = 404) en función del tiempo de intubación orotraqueal (TOT). NS- No Significativo; valores expresados como mediana (RIC) o valor absoluto (%).

Conclusiones: La adherencia a un TOT igual o inferior a 6 horas es elevada en nuestra serie y se asocia a una reducción del tiempo de estancia en UCI. Se han identificado algunas de las barreras que impiden que el cumplimiento todavía sea más elevado.

Figura 1 Póster 086

	TOT ≤ 6 horas (n=274)	TOT > 6 horas (n=130)	Nivel de significación
Edad	66 (58-73)	67 (59-74)	NS
Sexo masculino	207 (76%)	94 (72%)	NS
Tipo de Cirugía			0,001
Coronario	125 (45%)	34 (26%)	
Valvular	82 (30%)	40 (31%)	
Combinada	35 (13%)	27 (21%)	
Aorta	22 (8%)	22 (17%)	
Miscelánea	10 (4%)	7 (5%)	
Prioridad quirúrgica			<0,001
Programada	143 (52%)	50 (39%)	
Urgente	129 (47%)	59 (45%)	
Emergencia o salvación	2 (1%)	21 (16%)	
Euroscore I/II	3,7 (2-6) / 1,5 (1-3)	8,2 (4-15) / 3,6 (2-6)	<0,001
Mortalidad observada	1 (0,4%)	8 (6,2%)	0,001
Tiempo estancia en UCI (h)	46 (44-71)	91 (43-153)	<0,001

Causas de tiempo de intubación orotraqueal > 6 horas tras la cirugía cardiaca (n = 130).

087. CARACTERÍSTICAS DEL BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR (BAV) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA CARDIACA EN 2023

Albacete Ródenas P, Andreu Ruiz A, Martín Bautista M, Gomis Romero A, Suárez Ramos P, Martínez Martínez Al y Duro Torrijos JL

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: El BAV en el posoperatorio de Cirugía Cardíaca es una complicación bien descrita en la literatura, que se asocia a una mayor estancia hospitalaria y comorbilidad en estos pacientes. Nuestro objetivo es analizar las características que predisponen al BAV en pacientes intervenidos de este tipo de cirugía en el Departamento de Salud de Elche Crevillente durante el año 2023.

Métodos: Se diseñó un estudio transversal en pacientes intervenidos de cirugía cardíaca del 1 de febrero al 23 de septiembre de 2023 en el Hospital Universitario del Vinalopó (n = 250). Obtenida la muestra, las variables fueron categorizadas en: sexo; edad; tipo de cirugía; prioridad de la intervención; número de válvulas; posición de las mismas y tipo de prótesis utilizada. Se realizó un estudio descriptivo univariante y bivariante para la relación entre el BAV y el resto de variables, estableciendo tablas de contingencia y señalando porcentajes y cómputo absoluto de casos. Se consideró el punto de corte (p) de significación estadística inferior a 0,05.

	Total 250		BAV				p-Valor*
	n	%	No		Sí		
			236 (94,4%)	14 (5,6%)			
Sexo							
Hombre	162	64,8	152	64,4	10	71,4	0,593
Mujer	88	35,2	84	35,6	4	28,6	
Edad							
≤50 años	24	9,6%	22	9,3	2	14,3	0,911
51-60 años	35	14,0%	33	14,0	2	14,3	
61-70 años	73	29,2%	69	29,2	4	28,6	
71-80 años	107	42,8%	101	42,8	6	42,9	
≥81 años	11	4,4%	11	4,7	-	-	
Cirugía							
Revascularización	69	27,6%	65	27,5	4	28,6	0,563
Valvular	141	56,4%	131	55,5	10	71,4	
Aorta torácica	28	11,2%	28	11,9	-	-	
Otras con CEC	11	4,4%	11	4,7	-	-	
Otras sin CEC	1	0,4%	1	0,4	-	-	
Prioridad							
Programada	137	54,8%	131	55,5	6	42,9	0,434
Urgente	105	42,0%	97	41,1	8	57,1	
Emergente	8	3,2%	8	3,4	-	-	
Número de válvulas							
Ninguna	95	38,0%	94	39,8	1	7,14	0,061
Una	129	51,6%	117	49,6	12	85,7	
Dos	21	8,4%	20	8,5	1	7,14	
Tres	5	2,0%	5	2,1	-	-	
Posición							
Aórtica	110	59,1%	103	43,6	7	50,0	0,614
Mitral	58	31,2%	52	22,0	6	42,9	
Tricúspide	18	9,7%	17	7,2	1	7,14	
Tipo							
Plastia	57	30,6%	50	21,2	7	50,0	0,261
Biológica	89	47,8%	84	35,6	5	35,7	
Mecánica	40	21,5%	38	16,1	2	14,3	

Resultados: El total de pacientes intervenidos de cirugía cardíaca ascendió a 250, de ellos, un 64,8% fueron hombres. La edad media fue de 66,92 ± 11,82 años, siendo el rango de 71-80 años el más numeroso (42,8%). Prevalió en el 56,4% la cirugía valvular, seguida de la revascularización coronaria (27,6%). Según la prioridad, predominaron las cirugías programadas (54,8%), seguido de las urgentes (42,0%). En atención al número de válvulas intervenidas, destacó la cirugía univalvular en el 51,6% de los casos y, dentro de las cirugías valvulares, la sustitución aórtica en el 59,1% y el uso de prótesis biológicas en el 47,8%. El 5,6% (n = 14) del total de los pacientes intervenidos, registraron un BAV como complicación posoperatoria. De ellos, predominó el paciente de

sexo masculino (71,4%), con el rango de edad de 71-80 (42,9%), cirugía univalvular (85,7%), urgente (57,1%), posición aórtica y el uso de plásticas, en un 50,0% respectivamente.

Conclusiones: En base a nuestra muestra, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el desarrollo de BAV posoperatorio y el sexo, edad, tipo de cirugía, prioridad, número de válvulas intervenidas, posición de la válvula afectada ni el tipo de válvula protésica utilizada. Estos resultados pueden deberse a los pocos casos documentados de esta complicación en nuestra serie.

088. ¿HAY QUE EVITAR LA TRAQUEOTOMÍA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA?

Betancourt Cuadra LJ¹, López Gea C¹, Sánchez Bernal S¹, Hortiguera Martín V¹, Vivar Vela MM¹, Varela L¹, Aldámiz-Echevarría del Castillo G¹, Pérez Márquez M² y Pérez Calvo AC¹

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

Objetivos: La traqueotomía es un procedimiento habitual en las unidades de cuidados intensivos y en los pacientes operados de cirugía cardíaca. Es importante conocer los factores que predisponen a su necesidad y las implicaciones pronósticas asociadas a la técnica.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo que incluye 1.417 pacientes intervenidos de cirugía cardíaca en los hospitales Fundación Jiménez Díaz y Rey Juan Carlos entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2022. Los pacientes se dividieron en dos grupos: los que precisaron traqueotomía (A) y los que no la precisaron (B). Se recogieron variables relacionadas con situación basal, datos de la intervención y evolución posoperatoria. Además, se analizó si existían diferencias en ambos grupos antes y después de la pandemia de COVID-19, realizando un punto de corte a fecha 15/6/2020.

Resultados: El tiempo medio de realización de traqueostomía fue de 18 ± 11 días desde la intervención. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a características basales, tipo de intervención y tiempos quirúrgicos entre los grupos A y B y tampoco en relación con la pandemia.

	Grupo A (TR)	Grupo B (No TR)	Total
N	48 (3,39%)	1369 (96,61%)	1417
Edad media	68,08 (36-88)	65,41 (9-86)	65,5 (9-88)
EUROSCORE 2	16,84 (DE ± 12,38)	4,31 (DE ± 7,62)	4,74 (DE ± 8,08)
Mortalidad	15 (31,25%)	32 (2,34%)	47 (3,32%)
Sangrado	8 (16,67%)	38 (2,78%)	46 (3,25%)
Taponamiento	5 (10,42%)	18 (1,31%)	23 (1,62%)
Reintervención	13 (27,08%)	56 (4,09%)	69 (4,87%)
TDER	27 (56,25%)	18 (1,31%)	45 (3,18%)
Estancia en UCI (horas)	910 (24-2076)	64,97 (0-829)	93,6 (0-2076)
Estancia en planta (días)	71 (22-184)	10,55 (0-42)	12,6 (0-184)

Conclusiones: Los pacientes posoperados de CCV con más complicaciones, mayores estancias hospitalarias y mayor mortalidad, requieren traqueotomía más frecuentemente. No obstante, esta técnica no empeora por sí misma el pronóstico final, por lo que no hay que demorar su realización si se considera necesaria para optimizar la evolución del paciente.

089. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DEL PACIENTE ANCIANO MAYOR DE 80 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Martín-Jordán García E, Sánchez Gutiérrez A, Ballesteros Saavedra V, Blanco Aguilar V, González-Lamuño Solís L, Santullano Méndez M, Rodríguez García R, Palomo Antequera C, Domínguez de la Cruz I y Rodríguez Pérez C

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Describir y caracterizar una cohorte de pacientes octogenarios ingresados en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de 14 meses de duración, que incluye pacientes mayores de 80 años que ingresaron en la UCI durante más de 24 horas. La información recogida se ana-

lizó con el programa R. Los datos se describieron utilizando la media [desviación estándar (DE)] y la mediana [rango intercuartil (RI)] para variables cuantitativas con distribución normal y no normal, respectivamente, y porcentajes para variables categóricas.

Resultados: Se analizaron un total de 90 pacientes (60%). En la tabla se detallan las características basales, demográficas y clínicas de los pacientes a estudio. El rango de edad fue de 81 a 93 años, con una me-

dia de $84,7 \pm 2,9$ años, siendo el grupo de pacientes menores de 85 años el mayoritario (n = 52; 57,8%) frente a los mayores o iguales a 85 años (n = 38; 42,2%). El 66,7% eran hombres y un 33,3% mujeres. Destacar que el 88% de los pacientes presentaba algún FRCV, con un 75% de los pacientes diagnosticados de cardiopatía previa. Se obtuvieron valores elevados en las escalas de gravedad APACHE e índice de comorbilidad de Charlson. En relación con la fragilidad valorada por la escala CFS, el

Tabla 1. Características generales de la población total a estudio.

Características demográficas	Todos	Escalas de gravedad y fragilidad al ingreso	
Edad (años) (media, (DE))	84.7 (2.9)	Glasgow (mediana [RI])	15.0 [15.0, 15.0]
Sexo = Mujer (n (%))	30 (33.3)	CFS (mediana [RI])	3.0 [3.0, 4.0]
Estancia hospitalaria (días) (media, (DE))	16.2 (11.9)	APACHE (mediana [RI])	16.0 [13.2, 18.0]
Estancia en UCI (días) (media, (DE))	6.8 (8.6)	Charlson (mediana [RI])	6.0 [5.0, 8.0]
Éxito (Estancia hospitalaria)	20 (22.2)	IABVD (n (%))	79 (87.8)
Éxito en UCI (n (%))	15 (16.7)	Medidas terapéuticas en UCI	
Factores de Riesgo Cardiovascular (n (%))	79 (87.8)	VMNI (n (%))	4 (4.4)
Hipertensión arterial (n (%))	63 (70.0)	VMI (n (%))	61 (67.8)
Diabetes mellitus (n (%))	23 (25.6)	Tiempo de ventilación mecánica (media (DE))	4.0 (8.4)
Dislipemia (n (%))	47 (52.2)	Catecolaminas (n (%))	53 (58.9)
Tabaquismo (n (%))	38 (42.2)	Hemodíalisis (n (%))	2 (2.2)
Comorbilidades (n (%))		Transfusión (n (%))	24 (26.7)
Hábito enólico	22 (24.4)	Número de CH (media (DE))	0.6 (1.8)
Enfermedad Pulmonar Crónica	20 (22.2)	Complicaciones (n (%))	
EPOC	7 (7.8)	Obstrucción intestinal	2 (2.2)
Fibrosis pulmonar	2 (2.2)	Íleo intestinal	6 (6.7)
SAHOS	2 (2.2)	Fallo renal	22 (24.4)
Asma	6 (6.7)	Fallo hepático	2 (2.2)
Cardiopatía	68 (75.6)	Insuficiencia cardíaca	8 (8.9)
Cardiopatía Isquémica	24 (26.7)	Arritmias	35 (38.9)
Cardiopatía Valvular	45 (50.0)	Delirio/Síndrome confusional	20 (22.2)
Insuficiencia cardíaca	25 (27.8)	Infecciones	26 (28.9)
Arritmias	38 (42.2)	Alteración hidroelectrolítica (Na ⁺)	11 (12.2)
Enfermedad renal crónica	13 (14.4)	Alteración hidroelectrolítica (K ⁺)	28 (31.1)
Hepatopatía	3 (3.3)	Neumotórax	5 (5.6)
Neoplasia	30 (33.3)	Traqueostomía	7 (7.8)
Neoplasia Sólida	23 (25.6)	Evolución (n (%))	
Enfermedad Hematológica	7 (7.8)	Limitación soporte vital	11 (12.2)
Enfermedad neurodegenerativa	9 (10.0)	Rehabilitación respiratoria	19 (21.1)
Enfermedad osteomuscular	40 (44.4)	Rehabilitación motora	24 (26.7)
Enfermedad inflamatoria intestinal	1 (1.1)	Reingreso en UCI	4 (4.4)
Enfermedad neurovascular	14 (15.6)	Destino (n (%))	
Tipo de paciente (n (%))		Domicilio	38 (42.2)
Médico	40 (44.4)	Domicilio con cuidador	19 (21.1)
Quirúrgico	46 (51.1)	Éxito	19 (21.1)
Traumático	4 (4.4)	Otro hospital	8 (8.9)
Características admisión		Residencia	6 (6.7)
Otro centro hospitalario	25 (27.8)	Éxito (Seguimiento 1 año)	26 (28.9)
Planta de hospitalización	14 (15.6)		
Programado	28 (31.1)		
Urgencias	23 (25.6)		

valor de la mediana fue de 3 (no fragilidad). En más de la mitad de los casos el motivo de ingreso fue quirúrgico (n = 46; 51,1%), principalmente la cirugía cardíaca programada (n = 35; 38,9%), seguido de la neumonía (n = 16; 17,8%) y del ACV hemorrágico o isquémico (n = 7; 7,8%). El 67,8% recibieron VM invasiva con una media de 4 días y el 59% tratamiento catecolaminérgico. La media de la estancia hospitalaria global fue de 16,2 ± 11,9 días. El 22,2% de los pacientes fallecieron a lo largo del ingreso.

Conclusiones: En la casuística de este estudio, la cirugía cardíaca y la neumonía fueron los motivos más frecuentes de ingreso en UCI en los pacientes ancianos. Más del 80% de los pacientes presentan FRCV y valores elevados en las escalas de gravedad. La mortalidad de estos pacientes en UCI fue del 16,7%.

090. TRASPLANTE CARDIACO TRAS DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: NUESTRA EXPERIENCIA

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El trasplante cardíaco de donantes en asistolia cardíaca controlada está convirtiéndose en una forma de aumentar la disponibilidad de donantes reduciendo la lista de espera de trasplante. En nuestro centro, se han realizado un total de 24 trasplantes cardíacos tras donación en asistolia controlada (DAC) desde enero de 2020 a diciembre de 2023. Nuestro objetivo es mostrar la evolución presentada por estos pacientes tras el implante cardíaco, incluyendo la necesidad de soporte extracorpóreo o vasoactivo tras el implante y la mortalidad durante su estancia hospitalaria.

Métodos: Se han incluido 24 pacientes receptores de corazones tras DAC. El trasplante se realizó tras determinación de muerte circulatoria en quirófano con reanimación cardíaca posterior tras clampaje de troncos supraaórticos e inicio de perfusión regional normotérmica, con recuperación del latido espontáneo tras inicio de circulación extracorpórea. Tras el implante, se registró la necesidad de soporte vasoactivo a su llegada a UCI del quirófano y a las 24 h, la necesidad de soporte extracorpóreo, la estancia total en UCI y la mortalidad durante su estancia en UCI y durante su estancia hospitalaria. Después se utilizó el programa SPSS para analizar los resultados.

Resultados: La media de estancia en UCI fue de 11 días con una mediana de 15 días. Evaluamos la función del ventrículo derecho en función de la necesidad de dobutamina durante su estancia en UCI, encontrando que el 95,83% (23) la precisaron al inicio de su estancia, con una media de uso de la misma de 6 días. En este contexto el 50% de los pacientes precisaron inicio de terapia de reemplazo renal continuo durante una media de 7 días. El 16,4% (4) requirieron terapia ECMO en las primeras 24 h de ingreso en UCI por una disfunción primaria del injerto, con una evolución posterior favorable que permitió su retirada a lo largo de su ingreso. Un 25% (6) precisaron reintervención quirúrgica y otro 21% (5) precisaron reintervención en UCI por diferentes causas (de ellos, 2 habían precisado reintervención). En total, se han producido 3 *exitus* entre nuestros pacientes, dos de ellos durante su estancia hospitalaria, el tercero a los 6 meses del trasplante. Ninguno de los fallecidos había precisado asistencia ECMO tras el implante, aunque todos habían precisado terapia de reemplazo renal.

Conclusiones: La evolución de los pacientes trasplantados cardíacos tras asistolia controlada presenta un posoperatorio complejo pero con resultados favorables, pudiendo ser considerada como una forma óptima de aumentar la disponibilidad de donantes para el trasplante cardíaco.

091. PROTOCOLO FAST TRACK EN CIRUGÍA CARDIACA PROGRAMADA, ¿HEMOS MEJORADO?

Martínez Martínez AI, Martín Bautista M, Andreu Ruí, Albacete Ródenas P, Suárez Ramos P y Gomis Romero A

Hospital Universitario Vinalopò, Alicante.

Objetivos: Examinar si ha habido mejoras del porcentaje de pacientes sometidos a una cirugía cardíaca programada en 2023 que son dados de alta de nuestro servicio a las 24 horas, en comparación con los resultados obtenidos en 2022, tras la aplicación del Protocolo *Fast Track*. Adicionalmente, analizamos la tasa de ingresos y mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se analizan los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad tras someterse a una cirugía cardíaca desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2022 y desde el 1 de febrero al 28 de noviembre de 2023. Las variables que se han revisado son: edad, sexo, tipo de cirugía realizada, días de estancia en UCI, reingreso y *exitus*.

Resultados: En 2022, se realizaron un total de 430 cirugías cardíacas, de las cuales 269 (62,5%) fueron programadas. La mayoría de estas fueron sobre válvula única (42%), seguidas de cirugía sobre válvulas múltiples (19%), otras cirugías que involucran aorta (18%), cirugía de válvula con *bypass* (10%), *bypass* sin circulación extracorpórea (10%) y *bypass* con circulación extracorpórea (1,5%). El 62% fueron varones y el 38% mujeres. La edad media fue de 65 años. 139 pacientes (51,57%), fueron dados de alta a las 24 horas. La tasa de reingresos fue baja, tan solo 6 pacientes (4,3%) y, uno de ellos, finalmente fue *exitus*. En el caso de 2023, el total de cirugías cardíacas fue de 332, de las cuales 179 (53,9%) fueron programadas. La mayoría de ellas fueron sobre válvula única (44,8%), seguidas de cirugía que, en su mayoría, involucraban la aorta (21,2%), *bypass* sin circulación extracorpórea (11,7%), cirugía sobre válvulas múltiples (11,1%), cirugía de válvula con *bypass* (10,7%), y *bypass* con circulación extracorpórea (0,5%). El 70% fueron varones y el 30% mujeres. La edad media fue de 66 años. El 41% fueron dados de alta a las 24 horas. Y, analizando el grupo de pacientes en los que se cursó el alta a las 48 horas, un 14,8% (26 pacientes) tenían indicación médica de alta el día previo, no obstante no se realizó por falta de camas en planta. Tanto la tasa de reingresos como la mortalidad en este grupo de paciente fue nula.

	2022		2023	
	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Cirugías				
Cirugías realizadas	430	100%	332	100%
Cirugías programadas	269	62,5%	179	53,9%
Cirugías dadas de alta a las 24h	139	51,7%	74	41%*
Cirugías dadas de alta > 24h	130	48,3%	105	59%
Género				
Hombre	86	62%	52	70%
Mujer	53	38%	22	30%
Tipo de cirugía				
Univalvular	58	41,7%	80	44,8%
Múltiples válvulas	26	18,7%	19	10,7%
Cirugía valvular + CABG	14	10%	20	11,1%
CABG sin CEC	14	10%	21	11,7%
CABG con CEC	2	1,4%	1	0,5%
Otras (SAA, miectomía...)	25	17,9%	38	21,2%
Reingreso				
Sí	6	4,3%	0	0%
No	133	95,7%	179	100%
Mortalidad				
Sí	1	0,7%	0	0%
No	138	99,3%	179	100%

*Alta médica 55,8%

Conclusiones: Los resultados de este estudio apoyan la implementación del Protocolo *Fast Track* en el posoperatorio de cirugía cardíaca programada, ya que contribuye a reducir la estancia sin aumentar la tasa de ingresos por complicaciones o mortalidad.

092. ¿SON DIFERENTES LOS RESULTADOS DEL SHOCK POSCARDIOTOMÍA CON NECESIDAD DE ECMO VA EN LA TROMBOENDARTERECTOMÍA PULMONAR (TEAP) RESPECTO A OTRAS CIRUGÍAS?

Solano Lorente E, Ginestal J, Pérez Vela JL, Risco P, Montalbán A, Amírola C, Quílez N y Renes E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar las diferencias evolutivas y de resultados entre los pacientes tras TEAP y los pacientes tras el resto de tipos de cirugía cardíaca, con *shock* poscardiotomía con necesidad de soporte circulatorio con ECMO VA en una UCI Cardiológica de un Hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo sobre una base de datos prospectiva de los ingresados por *shock* poscardiotomía con necesidad de ECMO VA en-

tre 2010 y 2023. Se compara el grupo post TEAP frente al resto de cirugías cardíacas, comparando variables demográficas, lugar de colocación, variables evolutivas, horas con ECMO, weaning y necesidad de cambio de configuración del soporte, supervivencia en UCI y al alta hospitalaria. Los datos se analizan con SPSS expresándose las variables cuantitativas con media y desviación estándar y las cualitativas como porcentajes, analizando los resultados con t de Student para las variables cuantitativas y F de Fisher para las cualitativas.

Resultados: Se analizan 133 pacientes con ECMO VA ingresados en la UCI, estudiando los 30 en los que el soporte se realizó por shock poscardiotomía, en 9 (30%) tras TEAP y en 21 (70%) tras otras cirugías. Características demográficas similares, con edad media en las TEAP de 59 años (± 13) y de 59 (± 15) en el otro grupo y un 80% de varones en ambos. Las TEAP presentaron de media 10 puntos menos en el Euroscore II con $p < 0,05$ (2,2 (± 1,3) vs. 9 (± 8)). Se colocó más el BCIAo para descarga de VI en el grupo convencional (14 (67%) vs. 1 (11%)) con $p < 0,05$. El ECMO VA se implantó en quirófano en un 33% post TEAP vs. un 71% en el otro grupo, pero sin diferencias significativas; siendo el acceso más habitual el periférico en ambos (89% post TEAP vs. 76% en el otro). El grupo post TEAP precisó en más ocasiones cambio a otra configuración (VAV o VV), o 2ª asistencia con $p < 0,05$ (5 (55%) vs. 1 (5%)). No hubo diferencias significativas ni en el número de pacientes en los que se logra destete de ECMO (7 (78%) en post TEAP y 11 (55%) en el otro grupo), ni en la supervivencia al alta de UCI (55% post TEAP vs. 50% en el otro grupo), ni al alta hospitalaria (55 vs. 48%). Ambos tienen un número de horas similares de ECMO VA (179h vs. 175h), pero con una estancia media en UCI más prolongada con $p < 0,05$ post TEAP (39,9 días vs. 19 días) y con más horas de media de ventilación mecánica en el post TEAP (728 vs. 372 h).

Conclusiones: El uso de la ECMO VA como soporte circulatorio es útil y eficaz en pacientes con shock poscardiotomía de cualquier origen. Observamos que la supervivencia en el grupo tras TEAP es similar al resto de cirugías, con menor necesidad de dispositivo de descarga de VI, más probabilidad de necesitar un 2º ECMO o cambio de configuración.

093. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA Y SEGUIMIENTO POR NEFROLOGÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Lasa Berasain P, Llorente Sánchez A, Artaza Beltrán de Heredia A, Ruiz Lucea J, Vázquez Yoldi A, Martínez San José N, Yeregui Baztán L, Huarte Mañu D, Zabalza Goya A y Esparza Artanga L

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

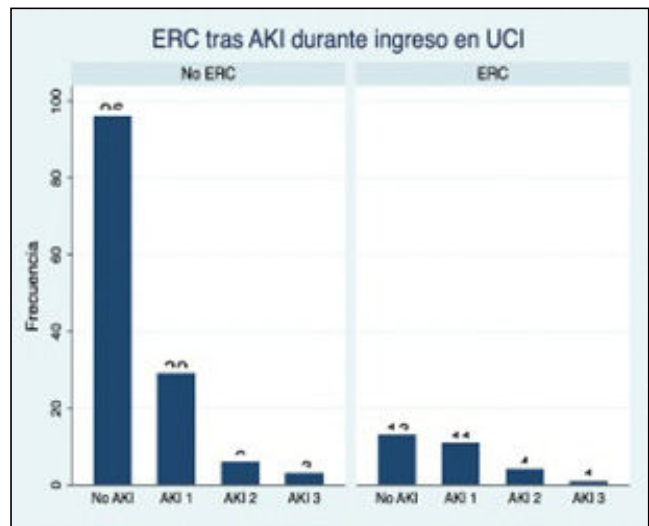
Objetivos: La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública con un incremento de la morbimortalidad cardiovascular. Nuestro objetivo es analizar la incidencia de ERC en el posoperatorio de cirugía cardíaca (CC), su relación con el desarrollo de lesión renal aguda (AKI) durante el ingreso en la UCI y el seguimiento por Nefrología.

Métodos: Se diseña un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una muestra de 229 pacientes sometidos a CC en el año 2022. Se registran los pacientes con controles analíticos a partir del tercer mes posoperatorio y se recogen diferentes parámetros (filtrado glomerular y albúmina/creatinina en orina) de cara a estudiar la evolución a ERC y su grado. Se utiliza la escala KDIGO y se considera ERC a partir del grado 2 (FGR < 60 mL/h). Se registran diferentes variables (demográficas, comorbilidad, escalas de gravedad...) con el fin de establecer su posible asociación con el desarrollo de ERC.

Resultados: De la muestra total un 80,7% (n = 185) tiene seguimiento analítico. El 6,5% (n = 15) tiene ERC pre-CC (4 pacientes ERC grado 3A, 9 pacientes ERC grado 3B y 2 pacientes ERC grado). El 3,9% (n = 9) fallece (4 pacientes en UCI y 5 tras el alta). Las variables que demuestran asociación ($p < 0,05$) con el desarrollo de ERC son la edad, el género, la hipertensión arterial y una puntuación elevada en las escalas de gravedad. Finalmente se analiza el 73,3% de la muestra (n = 168). El 16,6% (n = 28) desarrolla ERC durante su evolución, siendo el 11,8% (n = 20) grado 3A y el 4,7% (n = 8) grado 3B. Todos los pacientes con ERC pos-CC grado 4 tienen ERC pre-CC, por lo que no hay ERC grado 4 en el estudio ni tampoco ERC grado 5. Cabe destacar que únicamente el 2,47% (n = 4) tiene seguimiento por Nefrología durante su evolución, siendo el 100% pacientes con ERC grado 3b. El presentar AKI durante el ingreso en UCI confiere una OR de 3,11 (1,37-7,08, $p = 0,007$) de presentar ERC post-CC ajustado por factores de riesgo.

DISTRIBUCIÓN DE LA ERC		
ERC grado 1, FGR >90	47 (27,98%)	NO ERC
ERC grado 2, FGR 60-90	93 (55,36%)	140 (83,33%)
ERC grado 3a, FGR 45-60	20 (11,90%)	ERC 28 (16,67%)
ERC grado 3b, FGR 30-45	8 (4,76%)	
ERC grado 4, FGR 15-30	0	
ERC grado 5, FGR <15	0	
	168	168

	ERC (FGR <60)	NO ERC (FGR >60)	
DEMOGRÁFICOS			
Edad, $\bar{x} \pm de$	71,13 +/- 9,00	65,17 +/- 10,72	$p = 0,003$
Género, %	H 25,55%; F 45,16%	H 74,45%; F 54,84%	$p = 0,047$
FACTORES DE RIESGO			
Peso, $\bar{x} \pm de$	75,31 +/- 13,94	77,64 +/- 16,24	$p = 0,361$
IMC, $\bar{x} \pm de$	28,03 +/- 4,88	27,87 +/- 4,44	$p = 0,834$
DM, %	6,45	5,11	$p = 0,672$
HTA, %	80	52,29	$p = 0,004$
Fración de eyección, $\bar{x} \pm de$	57,5 +/- 7,61	57,78 +/- 9,29	$p = 0,955$
ESCALAS			
EUROSCORE, $\bar{x} \pm de$	6,77 +/- 3,49	5,47 +/- 3,30	$p = 0,029$
APACHE, $\bar{x} \pm de$	13,83 +/- 4,97	10,5 +/- 3,79	$p = 0,001$
IQ & INGRESO UCI			
IQ emergente, %	9,68	6,57	$p = 0,387$
IQ coronaria, %	41,94	45,26	$p = 0,448$
Tiempo CEC, $\bar{x} \pm de$	77,1 +/- 26,29	86 +/- 40,02	$p = 0,481$
Días de ingreso UCI, $\bar{x} \pm de$	7 +/- 8,10	4,80 +/- 6,08	$p = 0,132$



Conclusiones: Se han hallado diversas limitaciones a la hora de realizar este estudio, tales como la ausencia de un seguimiento reglado y la extracción de controles analíticos durante procesos agudos intercurrentes que pueden propiciar AKI. La incidencia de ERC (FG < 60%) en el posoperatorio de CC es del 16%, sin desarrollar grados avanzados de la misma. Además, presentar AKI durante el ingreso en UCI se asocia de forma significativa con la evolución a ERC. Destaca el pobre seguimiento por parte de Nefrología, lo cual refuerza la necesidad de implementar la consulta pos-UCI para estandarizarlo y prevenir complicaciones.

094. RESULTADOS DEL SOPORTE CIRCULATORIO MECÁNICO CON ECMO VA EN EL SHOCK POSCARDIOTOMÍA

Solano E, Ginestal J, Pérez Vela JL, Pérez de la Sota E, Domínguez H, Ashbaugh R, Terceros L y Renes E

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Analizar los resultados del soporte circulatorio mecánico con el uso de ECMO VA en los pacientes con shock poscardiotomía en una UCI cardiológica de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, sobre un registro prospectivo de todos los pacientes con ECMO VA, de los ingresados con shock poscardiotomía con necesidad de este tipo de soporte entre 2010 y 2023. Se analizan variables demográficas, entidades nosológicas, lugar de colocación, variables evolutivas y complicaciones asociadas, horas de ventilación mecánica y de ECMO, *weaning* del ECMO y supervivencia en UCI y al alta hospitalaria. Los datos se analizan con SPSS, expresándose las variables cuantitativas con media y desviación estándar y las cualitativas como porcentajes.

Resultados: Se analizan 133 pacientes con ECMO VA ingresados en la Unidad y se estudian los 30 en los que el soporte circulatorio se realizó en situación de shock poscardiotomía. 23 (77%) eran varones, con media de edad de 59 años (± 14). Euroscore II de media previo a la cirugía de 9 (± 8). 10 (33%) ECMO VA se colocaron tras cirugía de sustitución valvular, 5 (16%) tras CABG, 2 (7%) tras cirugía de ambas, 9 (30%) tras tromboendarterectomía pulmonar y 4 (14%) tras otras intervenciones; colocándose como puente a recuperación en 27 casos (90%). Como sistema de descarga del VI, en 14 pacientes (46%) se colocó un BCIAo. 18 (60%) se colocaron en quirófano, y 12 (40%) en UCI, siendo el acceso más habitual el periférico en 24 casos (80%). 5 pacientes (16%) precisaron cambio a otra configuración (VAV o VV), o 2ª asistencia. Se consigue destete del ECMO en 20 pacientes (67%) con una supervivencia al alta de UCI del 53% (16 pacientes) y del 50% (15 pacientes) al alta hospitalaria. Estancia media en UCI de 26 días ($\pm 21,8$), 485 h con ventilación mecánica (± 402) y 177 h con ECMO (± 87). Como complicaciones asociadas a su estancia en UCI 8 pacientes (27%) desarrollaron FA, 23 (77%) FRA con necesidad de TDER, 11 (37%) complicaciones neurológicas y 13 (43%) complicaciones infecciosas. 19 pacientes (63%) sufrieron complicaciones asociadas al ECMO siendo la principal el sangrado, tanto leve- moderado pericánula 10 (33%), como en otras localizaciones 5 (17%); 5 (17%) sufrieron isquemia de MMII sin necesidad de amputación y 6 (20%) TVP. Ningún caso de decanulación accidental ni fallo de bomba.

Conclusiones: El uso de la ECMO VA como soporte circulatorio en pacientes con shock poscardiotomía, es una terapia útil para mejorar la perfusión y evolución en los pacientes estudiados, consiguiendo una buena evolución clínica en un importante número de pacientes, si bien no está exenta de complicaciones.

095. INFLUENCIA EN RESULTADOS DE MORBIMORTALIDAD DEL USO DE ARGININA VASOPRESINA COMO TERAPIA DE RESCATE EN EL SHOCK VASOPLÉJICO DURANTE EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET

Barrera Sánchez M, Ruiz de Gopegui Miguélena P, Royo Villa C, Carrillo López A, Barros López L, García Escarda ML, Giménez Lecina J, Borque E y Gironés Lirio D

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la influencia del uso de vasopresina (VSP) como terapia de rescate en pacientes con vasoplejia pos-CEC no respondedores al tratamiento de primera línea con noradrenalina (NAD) en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet.

Métodos: Estudio de cohortes, retrospectivo y observacional, formado por pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca y atendidos posteriormente en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Miguel Servet desde enero de 2021 a diciembre de 2022.

Resultados: Desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2022 se atendieron en la UCI del Hospital Universitario Miguel Servet 895 pacientes sometidos a Cirugía Cardíaca y 773 de ellos cumplieron los criterios de inclusión en este estudio. Dentro del grupo de pacientes que desarrolló vasoplejia (94 pacientes; 12,2%), 18 de ellos (19%) precisaron la administración de VSP como terapia de rescate, presentando asociación con la toma prequirúrgica de IECA/ARA II (27,8 vs. 60,5%; $p < 0,012$) antagonistas de la aldosterona (0,0 vs. 23,7%; $p < 0,023$) e inhibidores de

la SGLT2 (27,8 vs. 10,5%; $p < 0,048$). También presentaron peor puntuación en la escala Euroscore ($4,02 \pm 2,42$ vs. $2,71 \pm 1,98$; $p = 0,017$), mayores tiempos de CEC (142 ± 46 vs. 110 ± 34 ; $p = 0,011$) y niveles de lactato más elevados al ingreso en UCI ($3,6 \pm 2,7$ vs. $1,9 \pm 0,8$; $p = 0,000$). Tanto el desarrollo de vasoplejia como la necesidad de tratamiento con VSP se asociaron a mayor número de complicaciones, consumo de recursos, estancia en UCI y mortalidad. El uso de VSP rescató al 55,6% de los pacientes con vasoplejia no respondedores al tratamiento de primera línea con NAD.

Conclusiones: La vasoplejia postCEC se asocia a un aumento de mortalidad y complicaciones. El tratamiento de primera línea de este cuadro sigue siendo el soporte vasoactivo con NAD y el tratamiento de rescate con VSP ha demostrado reducir la mortalidad.

096. VALORACIÓN DEL EUROSCORE I, EUROSCORE II, APACHE II Y SAPS II COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES POSOPERADOS DE CIRUGÍA CARDÍACA EN UNA UCI ESPECIALIZADA

Corral Vélez VF, Ávila Espinoza R, Esteve Urbano F, Pérez Fernández X y Sbraga F

Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Objetivos: El presente estudio tiene como objetivo evaluar la capacidad predictiva de cuatro modelos de evaluación de riesgo (Euroscore I, Euroscore II, APACHE II y SAPS III) en términos de mortalidad hospitalaria posoperatoria en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Se busca analizar la validez de estos índices en una cohorte retrospectiva y descriptiva de 3.364 pacientes.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en una muestra de 3.364 pacientes (1.092 mujeres y 2.272 hombres) sometidos a cirugía cardíaca. Se calcularon las mortalidades predichas por Euroscore I, Euroscore II, APACHE II y SAPS III. La validación de los modelos se llevó a cabo mediante la discriminación evaluada a través del área bajo la curva ROC.

Resultados: La mortalidad global fue del 4,7%, con tasas específicas del 5,7% para mujeres (62 pacientes) y del 4,3% para hombres (97 pacientes). Los resultados de la validación indican áreas bajo la curva (AUC) para Euroscore I de 0,1604, Euroscore II de 0,1425, APACHE II de 0,089 y SAPS III de 0,196.

Conclusiones: Nuestro análisis confirma la capacidad predictiva de los modelos de evaluación de riesgo en el posoperatorio de cirugía cardíaca. Aunque se observa variabilidad en las AUC y todos los scores fueron estadísticamente válidos, se destaca la superioridad del modelo APACHE II en la predicción de mortalidad. Estos resultados sugieren la importancia de considerar diferentes índices en la evaluación del riesgo posoperatorio.

097. EPIDEMIOLOGÍA DEL PACIENTE CRÍTICO QUEMADO EN LA UNIDAD DE QUEMADOS DE REFERENCIA DE CATALUÑA

Baena Caparrós J, Bulla A, Pujol FX, Conto A, Marquina S, Rey A, Fernando Jiménez A, Serracanta J, Barret JP y Báguena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Conocer la incidencia real de pacientes quemados críticos ingresados en la unidad de quemados de referencia de Cataluña.

Métodos: Se evaluaron los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados de Hospital Universitario Vall d'Hebron de 2012 a 2022. Se estudia una cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) o aminas dada su gravedad al ingreso, catalogándolos de críticos quemados, diferenciándolos del paciente gran quemado que se define cómo todo aquel con superficie quemada superior al 15%. Un total de 443 pacientes fueron revisados y clasificados como pacientes críticos quemados. Se recogieron datos demográficos, presencia de lesión por inhalación (IH), porcentaje de superficie corporal total (%TBSA), mecanismo de lesión por quemadura y mortalidad.

Resultados: Con una población de referencia de 8,6 millones de habitantes, hemos observado 4,68 ingresos por lesiones por quemaduras por cada 100.000 habitantes. De ellos, 0,88 por 100.000 cumplirán los criterios de gran quemado y solo 0,49 por 100.000 se considerarán quemados críticos según nuestros criterios. De un total de 443 pacientes, el 70,42% son hombres (312), la edad media es de 48,96 años con una DE de 18,41. El porcentaje de %TBSA es 29,24% con una DE de 21,07. Un total de 159 pacientes (35,9%) tuvieron concomitantemente Síndrome

de inhalación de humo. El mecanismo de lesión más frecuente fue la llama (53,72%) seguido de deflagración/explosión (31,15%), escaldadura (6,99%), lesión eléctrica (6,1%), lesión química (1,58%) y finalmente congelación y dermoabrasión (0,23%). La mortalidad global fue del 19,6%, un total de 87 pacientes.

Conclusiones: Conocer la incidencia de pacientes críticos quemados en nuestro medio conduce a una mejor gestión de camas de críticos y adecuación de equipos multidisciplinares de primera asistencia, donde el papel del intensivista es imprescindible.

098. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE NEXOBRID EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CRÍTICOS QUEMADOS: UN ANÁLISIS DE TENDENCIAS DE USO Y SEGURIDAD

Baena Caparrós J, Arévalo ÁG, Bulla A, Novoa E, Izquierdo M, Palmada C, Vallés S, Serracanta J, Barret JP y Báguena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el uso de Nexobrid y su seguridad en pacientes quemados críticos.

Métodos: Se evaluaron los pacientes ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d' Hebron de 2012 a 2022. Cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron tratamiento con ventilación mecánica (VMI) o aminas dada su gravedad al ingreso, catalogándolos de críticos quemados. Un total de 444 pacientes fueron revisados y clasificados como pacientes críticos quemados; se recogieron datos demográficos, presencia de lesión por inhalación (HI), porcentaje de superficie corporal total (%TBSA), mortalidad y uso de Nexobrid (desbridamiento enzimático).

Resultados: Del total de 444 pacientes, 111 fueron tratados con Nexobrid para desbridar una zona quemada. Nexobrid se utilizó para desbridar a 7 pacientes con quemaduras críticas en 2015, 16 en 2016, 13 en 2017, 11 en 2018, 19 en 2020, 11 en 2021 y 16 en 2022. Respectivamente, el 14,28% de los pacientes críticos recibieron algún desbridamiento con Nexobrid en 2015, 34,04% en 2016, 27,08% en 2017, 32,35% en 2018, 51,42% en 2019, 63,33% en 2020, 55% en 2021 y 72,72% en 2022. El% de TBSA medio desbridado con Nexobrid de 2015 a 2022 es: 16,42%, 17,12%, 7,84%, 11,91%, 13,55%, 12,84%, 20,45% y 19,93% respectivamente. En el modelo de regresión logística, observamos que el uso de Nexobrid al igual que el %TBSA, la edad y la inhalación, no aumentan la mortalidad.

Conclusiones: El uso y porcentaje de superficie desbridada con Nexobrid ha ido aumentando progresivamente. El uso de Nexobrid en pacientes quemados críticos es seguro.

099. PUNTUACIONES PREDICTIVAS DE MORTALIDAD EN EL PACIENTE QUEMADO CRÍTICO: ABSI, ABSI MODIFICADO Y NOMOGRAMA DE BAUX REVISADO. ¿CUÁL PREDICE MEJOR LA MORTALIDAD?

Baena Caparrós J, Bulla A, Pujol FX, Conto A, Rey A, Pérez L, López JA, Serracanta J, Barret JP y Báguena M

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Evaluar cuál de los puntajes predictivos de mortalidad se acerca más a la mortalidad real en nuestra unidad.

Métodos: Pacientes críticos quemados ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Vall d' Hebron Se evaluó del 2018 al 2022, una cohorte consecutiva de pacientes quemados que requirieron tratamiento con ventilación mecánica (VMI) o aminas dada su gravedad al ingreso, catalogándolos de críticos quemados (129 pacientes). Se recogieron datos demográficos, mortalidad, quemaduras de espesor total, lesiones por inhalación y puntuaciones de predictores de Mortalidad: ABSI, ABSI modificado (mABSI), nomograma revisado Baux y APACHE II. Evaluamos la exactitud predictiva de las diferentes datos y puntuaciones de mortalidad mediante regresión logística. Se utilizó el área bajo la curva ROC para evaluar la exactitud predictiva del modelo.

Resultados: Los resultados del área bajo la curva (AUC) para predecir la muerte en ABSI, mABSI, nomograma de Baux y APACHE II son respectivamente: 0,7912, 0,7634, 0,8009 y 0,6639.

Conclusiones: APACHE II es un pobre predictor de mortalidad en pacientes quemados críticos. Los resultados nos hacen considerar que ABSI, mABSI y la puntuación Baux del nomograma revisado son buenas pruebas para predecir la muerte en nuestros pacientes quemados. El análisis de regresión logística parece sugerir que el espesor total, la

lesión por inhalación y el sexo son menos relevantes de lo que se pensaba anteriormente. La puntuación Baux parece ser el modelo más preciso para nuestros datos.

Lunes, 13 de mayo de 2024

Pósteres pantalla

CIRUGÍA CARDIACA II

11:40-12:00 - Pantalla 1

Moderador: *Eduard Argudo Serra*

100. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PROTOCOLO DE EXTUBACIÓN ULTRARRÁPIDA TRAS CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Jiménez del Valle JR

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

Objetivos: 1. Identificar factores predictores independientes de fracaso de la extubación UFT después de cirugía cardiovascular en adultos. Revisar nuestros resultados hospitalarios con la extubación UFT después de la cirugía cardiovascular en adultos

Métodos: Análisis retrospectivo de 785 pacientes consecutivos mayores de 18 años sometidos a cirugía cardiovascular. En todos los casos se aplicó el siguiente protocolo anestésico estandarizado: inducción con midazolam, fentanilo y rocuronio y mantenimiento con infusión de fentanilo y sevoflurano inhalado. La decisión de no extubar en el quirófano se basó en la hemodinámica y la ventilación intraoperatoria. Análisis estadístico según SPSS versión 20,0.

Resultados: La extubación en quirófano fue posible en 699 (89%) pacientes. Los factores predictivos independientes significativos del fracaso de la extubación de la UFT fueron: mayor índice de masa corporal, infarto de miocardio previo ≤ 2 días, antiagregante preoperatorio ≤ 24 h, anticoagulante preoperatorio ≤ 24 h, marcapasos permanente previo, desfibrilador automático implantable previo, preoperatorio NYHA (New York Heart Association) clase III- IV, balón de contrapulsación intraaórtico preoperatorio, puntuación EuroSCORE/EuroSCORE II más alta, cirugía urgente/emergente, tiempos más altos de circulación extracorpórea, pinzamiento cruzado y paro circulatorio, cualquier administración de sangre y soporte inotrópico y vasopresor. Los resultados de la extubación fueron: la mortalidad global en las unidades de cuidados intensivos (UCI) fue del 1,9%; la estancia media en UCI fue de 4,82 días; se requirió una reintubación temprana en 26 pacientes (3,7%), principalmente debido a la necesidad de una reoperación; no fue necesaria traqueotomía. Las tasas de neumotórax y neumonía asociadas con la ventilación mecánica fueron insignificantes.

Conclusiones: Una extubación inmediata de rutina en el quirófano es factible para la gran mayoría de los pacientes adultos sometidos a cirugía cardiovascular. El intento de identificar los factores asociados con una extubación exitosa en el quirófano es de gran importancia. Para pacientes adecuados, se ha demostrado que el protocolo de extubación UFT después de la cirugía cardiovascular en adultos evita las molestias provocadas por la intubación y la ventilación prolongadas, previene la administración de sedantes innecesarios y parece ayudar a mantener una mejor hemodinámica en un paciente despierto que respira espontáneamente. No hemos observado mejoras en la duración de la estancia en UCI.

101. ESTANCIA HOSPITALARIA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, ¿EXISTEN PREDICTORES?

Albacete Ródenas P, Andreu Ruiz A, Martín Bautista M, Martínez Martínez AI, Gomis Romero A, Suárez Ramos P y Duró Torrijos JL

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: Evaluar la relación entre la estancia hospitalaria con las características sociodemográficas y quirúrgicas en pacientes interveni-