

### 364. SEDACIÓN INHALADA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO GRAVE Y SOPORTE CON MEMBRANA DE OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA VENO-VENOSA

Sánchez Gómez J, Soto Segado P, Navarro Vicente A, Asensio Rodríguez M, Vázquez Andrés G, Lucas Galán C, Jimena Pérez R y Fernández González M

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** Objetivo primario: demostrar la reducción de necesidad de sedación intravenosa al iniciar sedación inhalada en pacientes con síndrome de distrés respiratorio (SDRA) grave que precisan de soporte respiratorio con ventilación mecánica invasiva y oxigenación por membrana extracorpórea veno-venosa (ECMO-VV). Objetivo secundario: evaluar la disminución de dosis de fentanilo con el uso de sedación inhalada en los pacientes con SDRA que precisan soporte con ECMO-VV.

**Métodos:** Análisis observacional analítico, retrospectivo, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca desde enero 2021 a enero 2023. Se reclutaron un total de 36 pacientes con SDRA grave (según criterios de Berlín 2012: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 100 mmHg con PEEP ≥ 5 cmH<sub>2</sub>O) que precisaron asistencia respiratoria con ECMO-VV, en los cuales se inició sedación inhalada con isoflurano para optimización de la sedoanalgesia. Se recogieron las dosis medias de propofol, midazolam y fentanilo, antes, a las 24 horas y a las 72 horas de iniciar la sedación inhalada.

**Resultados:** Objetivo principal: el análisis de los datos demuestra reducción significativa en la dosis de propofol a las 24 y 72 horas tras iniciar sedación con isoflurano (mediana de uso de propofol en 24 horas previo a la sedación inhalada de 240 mg al día, y mediana a las 24 y a las 72 horas de 0 mg día ( $p < 0,001$ )). También se evidencia disminución significativa en la dosis de midazolam empleada (mediana de midazolam previo al isoflurano de 240 mg, y mediana a las 24 y 72 horas de 0 mg ( $p < 0,001$ )). Objetivo secundario: no hay diferencias significativas en las dosis medias de fentanilo tras iniciar la sedación inhalada con isoflurano.

**Conclusiones:** El isoflurano es una alternativa en la sedación de los pacientes con SDRA grave que precisan asistencia con ECMO-VV, que permite optimizar la sedación de estos pacientes disminuyendo las dosis de otros sedantes intravenosos y los potenciales efectos nocivos que estos puedan producir.

complejos QRS menores de 120 ms. Se recogen complicaciones: infección precoz de la bolsa de marcapasos, perforación cardiaca con necesidad de drenaje pericárdico, dislocación de electrodo ventricular, neumotórax. o hemotórax.

**Resultados:** Recogemos 38 pacientes sometidos a estimulación cardiaca con intención de estimular la rama izquierda, con una edad media de 77,08 años. La indicación de marcapasos definitivo fue de BAV de alto grado en 29 pacientes y de disfunción sinusal sintomática en 9. Solo 8 pacientes necesitaron marcapasos provisional previo, en el resto se utilizó estimulación ventricular de respaldo con el electrodo auricular en posición apical de VD. Se consiguieron criterios de estimulación en rama izquierda en 28 pacientes, quedando los 10 restantes con estimulación convencional en septo profundo o TSVD, lo que supone una tasa de éxito de 73,68%. Todos los casos quedaron con parámetros de estimulación correctos a las 24 h de implante. Como complicaciones solo se ha detectado un neumotórax por punción subclavia resuelto *ad integrum*.

	N
Rama izquierda	28
Septo profundo	10
Umbral ventr	0,65
Impedancia	707
Detección	11,87
DDD	37
VVI	1

**Conclusiones:** La estimulación cardiaca definitiva en área de la rama izquierda en nuestra UCI se está consiguiendo sin complicaciones significativas, con parámetros de estimulación adecuados, con una curva de aprendizaje asumible, y con un alto porcentaje de éxito en la consecución de objetivos de estimulación fisiológica.

### 366. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y COMPLICACIONES DE PACIENTES SOMETIDOS A IMPLANTE DE MARCAPASOS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Corbato García Á, Benítez Garzón LE, Vidal Luján LA, Antolínez Herrero MÁ, González Salamanca Á, Pérez Bastida L, Ortega Saez M y Andaluz Ojeda D

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

**Objetivos:** Analizar las características de los pacientes ingresados para implante de marcapasos y sus complicaciones en la UCI del CAUPA durante el periodo 2019- 2023.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional con pacientes ingresados en UCI para implante de marcapasos entre 2019-2023. Se analizan datos epidemiológicos y clínicos mediante el sistema *online* de registro de marcapasos de la AEMPS.

**Resultados:** Incluidos 619 pacientes: 59% varones, 41% mujeres, con una media de edad de 82 años. El 87,3% presentó sintomatología, siendo las más frecuentes: síncope (41,1%), mareo (32%), insuficiencia cardiaca (17,7%), astenia (6,3%), encontrándose asintomáticos el 12,7%. El motivo principal de implante de marcapasos fue: bloqueo AV de tercer grado (38,7%), seguido de fibrilación auricular lenta (19%), bloqueo AV 2º grado tipo II (13,6%). Las etiologías primarias más comunes fueron la fibrosis del sistema de conducción (79,7%) y la isquémica (10,9%). La intervención se realizó por vía subclavia en el 100% casos. Se realizaron 483 (78,5%) primoimplantes frente a 132 (21,5%) recambios. En el 58% de los casos eran marcapasos monocamerales frente a 42% bicamerales. Los electrodos auriculares son de fijación activa (100%), y en los ventriculares se ha utilizado fijación activa (74%) y pasiva (26%). El explante del generador se realiza por fin de vida (88,5%), mientras que el explante de los electrodos es por infección (93%). Las complicaciones inmediatas más frecuentes son: dislocación precoz (33,3%), neumotórax (5,1%).

**Conclusiones:** El motivo principal de implante de marcapasos fue el bloqueo AV de 3º grado. La mayoría de los pacientes presenta sintomatología, siendo la más frecuente el síncope. El motivo más frecuente de explante del generador es el fin de vida, mientras que de los electrodos es la infección. La complicación inmediata más frecuente es la dislocación precoz del electrodo, seguida del neumotórax.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### MARCAPASOS/ARRITMIAS I

11:40-12:00 - Pantalla 1

Moderadora: María Dolores Carrasco González

### 365. HACIA LA ESTIMULACIÓN CARDIACA FISIOLÓGICA EN LA UCI. INICIO DE LA ESTIMULACIÓN EN RAMA IZQUIERDA EN UNA UCI IMPLANTADORA

Pola Gallego de Guzmán MD, Castillo Rivera AM, Ruiz Bailén M, Sánchez de Toro P, López-Cuervo Ramírez R y Colmenero Aguilar C

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

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia en el inicio de la estimulación cardiaca en la rama izquierda en una UCI con experiencia implantadora.

**Métodos:** Incluimos todos los pacientes sometidos a estimulación cardiaca definitiva en el área de la rama izquierda en nuestra UCI desde enero a diciembre de 2023. Se estudia la tasa de éxito en la consecución de objetivos de estimulación en rama izquierda, como morfología R<sup>1</sup> en V1, LVAT (*Left Ventricle Activation Time*) en V5 o V6 menor de 80 ms o

### 367. ACTIVIDAD Y COMPLICACIONES DEL EQUIPO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA EN EL PRIMER SEMESTRE 2023

Gordillo Resina M, Pérez Mesa E, Rueda Molina C, Ruiz Carballo M, Fernández Villalba A y Nieto González M

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

**Objetivos:** Evaluar la actividad en estimulación cardiaca (EC) tanto quirúrgica como de seguimiento en la Unidad de Estimulación Cardiaca de UCI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional sobre el registro propio de actividad. Incluimos los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo en nuestra unidad desde el 1 de enero a 30 junio 2023, además de los pacientes en seguimiento por consulta y control remoto domiciliario.

**Resultados:** Nuestra unidad tiene actividad en EC desde hace más de 30 años, actualmente está compuesta por 4 médicos intensivistas acreditados para el implante de marcapasos, una enfermera y residente propio o externo. En el primer semestre de 2023 se han implantado un total de 60 marcapasos y 19 recambios de generador por agotamiento de batería. De los 79 procedimientos, 16 fueron monocamerales y 63 bicamerales. Trabajamos con 4 casas comerciales distintas con distribución similar. Hemos tenido las siguientes complicaciones: 3 dislocaciones de electrodos (1 recolocaciones del electrodo auricular, 1 del electrodo ventricular y 1 de ambos electrodos). Además, hemos realizado seguimiento en consulta presencial de 327 pacientes y en control remoto de 365 pacientes.

**Conclusiones:** La actividad en EC en Unidades de Medicina Intensiva por intensivistas entrenados es una competencia establecida y segura, que además ofrece una atención global y de calidad. Nuestra unidad se suma al esfuerzo de todos los profesionales, consiguiendo alcanzar datos de actividad significativos con escasas complicaciones.

### 368. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, SOPORTE CRONOTRÓPICO Y MEDIANA DE ESTANCIA EN LA BRADIARRITMIA SINTOMÁTICA

Martín Castillo R, Eliche Mozas R, Barreno García D, Rueda Molina C, Sánchez García AM y Estecha Foncea MA

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

**Objetivos:** Analizar la edad, el sexo y el tipo de arritmia de los pacientes ingresados por bradicardia sintomática; así como la necesidad de soporte farmacológico y marcapasos transitorio, junto con su mediana de estancia en la Unidad de Medicina Intensiva.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los 51 pacientes con bradiarritmia sintomática ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del H. Virgen de la Victoria desde el 1 de junio de 2023 al 11 de noviembre de 2023.

**Resultados:** La edad media global fue de 78,4 años, siendo 25 de sexo femenino y 26 de masculino. Las causas más frecuentes fueron el bloqueo auriculoventricular de alto grado en el 60,8% de los casos, la fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta en el 23,5% y las complicaciones posimplante en el 7,8%, sin diferencias entre sexos. Además, se catalogaron tres pacientes con enfermedad del seno y un caso no fue especificado. Globalmente, la isoprenalina fue necesaria en el 64,7% y la adrenalina en el 5,9%, habiendo un 23,5% de pacientes que precisaron marcapasos transitorio. El soporte cronotrópico en el bloqueo auriculoventricular fue similar al global, destacando que la fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta fue controlada con isoprenalina hasta en el 83,3% de casos sin necesidad de implante de marcapasos transitorio. Por otro lado, la mitad de pacientes con complicaciones posimplante y un tercio con enfermedad del seno necesitó soporte eléctrico transitorio. La mediana de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos fue de 2 días, dependiendo del día de ingreso, siendo mayor en caso del fin de semana y menor de lunes a jueves.

**Conclusiones:** La edad media de los pacientes fue 78 años, sin diferencias entre sexos. La causa más frecuente es el bloqueo auriculoventricular de alto grado, seguido de la fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta. La mayoría necesitó soporte farmacológico, siendo mejor la respuesta al tratamiento en la fibrilación auricular lenta. El marcapasos transitorio fue implantado en casi un tercio de los pacien-

tes, existiendo variabilidad entre las patologías. La mediana de estancia fue de 2 días, dependiendo del día de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos.

### 369. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TORMENTA ARRÍTMICA

Díaz Sazo BC, Arantón Martínez J, Rivero Darías A, López Ferraz C, Miranda Montero S, Farraís Villalba M, Secaduras Arbelo TM y Marrero Rodríguez A

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

**Objetivos:** La tormenta arrítmica es un síndrome con una elevada morbimortalidad que se define como la aparición de 3 o más episodios de TV/FV sostenida en 24 horas, una TV incansable durante al menos 12 h o descargas de forma repetida de un DAI.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de las características clínicas, tratamientos empleados y pronóstico de los pacientes ingresados en la Unidad de Coronarias del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria desde enero de 2021 hasta agosto de 2023.

**Resultados:** Se analizaron 21 pacientes, 81% varones, con una edad media 66,2 ± 2,6. Dentro de las características clínicas de los pacientes descritas en la tabla destaca que el 43% presentaba cardiopatía isquémica previa, el 38% disfunción VI severa y el 76% eran portadores de DAI, presentando todos ellos descargas apropiadas. Un 33% precisó cardioversión eléctrica. En el 48% de los casos se identificó la miocardiopatía isquémica como causa subyacente. Dentro del 52% de causa no isquémica, 6 pacientes tenían una miocardiopatía dilatada no isquémica, 1 miocardiopatía hipertrófica, 1 displasia arritmogénica de VD y 2 alteraciones hidroelectrolíticas. En cuanto al tratamiento médico, el fármaco más utilizado fue la amiodarona (52%), seguido de betabloqueantes (14%) y procainamida (14%). En el 43% de los pacientes fue necesario un segundo fármaco antiarrítmico. El 19% precisó de implante de marcapasos transitorio y también un 19% requirió sedación profunda y ventilación mecánica. Se realizó una ablación en el 19% de los casos. Al alta, el 62% presentaba una disfunción VI grave y uno de los pacientes falleció en el hospital. A los 3 meses de seguimiento, ningún paciente presentó recurrencia de la tormenta arrítmica, pero el 19% había fallecido y otro 19% había reingresado por insuficiencia cardíaca descompensada.

Tabla 1. Características clínicas

Edad media	66,2
Sexo	
Mujer	19%
Varón	81%
Fumador	67%
HTA	57%
Distipemia	62%
Diabetes mellitus	43%
Enfermedad renal crónica	48%
Cardiopatía isquémica previa	43%
Disfunción VI	
Ligera	14%
Moderada	19%
Grave	38%
Vasculopatía periférica	38%
Valvulopatías	62%
DAI previo	76%
Betabloqueantes previos	81%

**Conclusiones:** Los resultados de la tormenta arrítmica son malos con una elevada morbimortalidad causada fundamentalmente por una insuficiencia cardíaca progresiva, por lo que es necesario un enfoque multidisciplinar.

### 370. EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS DE MARCAPASOS, DAI Y DAI-TRC MEDIANTE TÉCNICAS PERCUTÁNEAS

Gomis Romero A, Núñez Martínez JM, Martín Bautista M, Albacete Rodenas P, Suárez Ramos P y Martínez Martínez AI

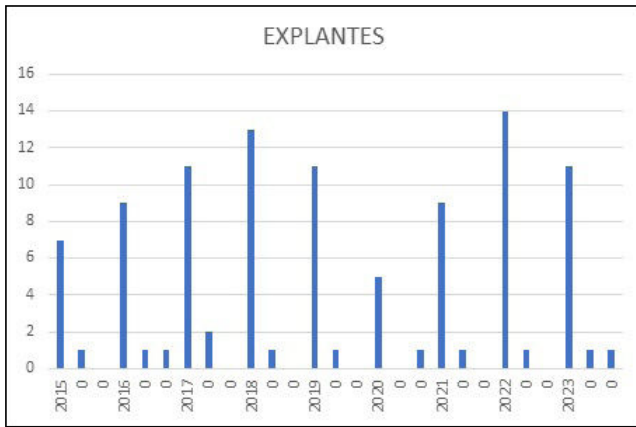
Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

**Objetivos:** La necesidad de extracción de electrocáteteres endocavitarios es un procedimiento cada vez más frecuente que presenta sus

riesgos asociados. Revisamos una base de datos propia de nuestro centro con los procedimientos realizados entre el 1 de enero de 2015 y el 1 de diciembre de 2023. El objetivo es analizar los tipos de extracción, así como las posibles incidencias y complicaciones asociadas.

**Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se analizan los datos de 102 procedimientos en los que se realizó la extracción de 183 electrocáteteres. Se determinó el tipo de dispositivo implantado, el número de cables del dispositivo, la extracción y complicaciones asociadas.

**Resultados:** De las extracciones realizadas, el 88,3% de los dispositivos fueron marcapasos, 8,8% desfibriladores automáticos implantables (DAI) y un 2,9% DAI-TRC. Dentro del grupo de marcapasos encontramos que el 83% fueron de bicamerales y un 17% fueron unicamerales. El periodo medio de los electrocáteteres fue de 8,25 años (intervalo 1-14 años; mediana 8,5 años). Por dispositivos, encontramos que el periodo medio en marcapasos fue de 8,4 años (intervalo 1-14 años, mediana 9 años), en los DAI fue de 6,1 años (intervalo 2-10 años; mediana 7 años) y en los DAI-TRC 9,6 años (intervalo 8-12 años; mediana 9 años). La distribución de procedimientos por años entre 2015-2023 fue la siguiente: 8, 11, 13, 14, 12, 6, 10, 15 y 13 extracción.



**Conclusiones:** La retirada de electrodos endocavitarios es un procedimiento complejo con una alta tasa de éxito y pese a que el número de complicaciones es bajo debe realizarse en centro especializados por personal cualificado debido a la potencial gravedad de estas.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VI

11:40-12:00 - Pantalla 2

Moderadora: Ana Abella Álvarez

#### 371. IMPACTO DE LA SEPSIS O SHOCK SÉPTICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Morente García E, Cerezo Fernández C, Fernández Villalba A y Sánchez García A

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

**Objetivos:** Evaluar el número de casos de sepsis y shock séptico como motivo de ingreso en nuestra unidad, el foco infeccioso, la necesidad de medidas invasivas y su relación con el desenlace.

**Métodos:** Se ha realizado una recogida de datos de los pacientes ingresados en UCI por sepsis o shock séptico desde el 1 de junio al 1 de octubre de 2023, realizando un estudio observacional y descriptivo tratando de correlacionar el sexo, edad y tipo de foco con el desenlace y

la necesidad de medidas invasivas así como los días de estancia en UCI y de ingreso hospitalario.

**Resultados:** Se han recogido un total de 50 pacientes, siendo el 72% varones y el 28% mujeres. Del total de pacientes estudiados, tan solo 9 pacientes eran menores de 50 años. Los casos de shock séptico supusieron el 68% frente a un 32% de casos de sepsis, siendo el foco más frecuente en ambos el respiratorio, seguido del foco abdominal. Respecto al soporte, el 40% de los pacientes con shock séptico precisó intubación orotraqueal, con únicamente dos intubaciones en los casos de sepsis. Por su parte el 20% de los pacientes con shock séptico necesitaron de TCRR, con un único paciente en el grupo de sepsis. Todos los pacientes recibieron antibioterapia empírica, identificándose el microorganismo responsable el 74% de los casos. La estancia media en UCI fue de 6,87 días en el grupo de sepsis y de 9,82 días en el grupo de shock séptico. Finalmente, fallecieron 16 pacientes, siendo únicamente un paciente del grupo sepsis vs. el 93,7% del grupo shock séptico. De los pacientes con shock séptico que fallecieron, se aplicó la LTSV en 8 casos y el foco infeccioso más frecuente en el grupo de fallecidos fue respiratorio en el 60% de los casos.

**Conclusiones:** Durante el periodo de estudio, ha sido mayor el número de ingresos por shock séptico que por sepsis siendo en la mayoría de los casos varones mayores de 50 años. De los pacientes con sepsis tan solo el 18% precisaron de medidas invasivas, mientras que de los pacientes con shock séptico el 74% han precisado de IOT o TCRR. El foco infeccioso más frecuente ha sido respiratorio en ambos grupos, siendo además el que se ha asociado a mayor mortalidad. Fallecieron 16 pacientes, de los cuales el 93,75% fueron por shock séptico, encontrando un único paciente fallecido por sepsis, habiendo recibido LTSV.

#### 372. GÉRMENES MULTIRRESISTENTES EN UNA UCI POLIVALENTE: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES E IMPACTO CLÍNICO

Pérez Ruiz M, Ruiz García Á, Sánchez del Río A, Palomares Nova G y García Arjona R

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de infección/colonización por gérmenes multirresistentes (GMR) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y determinar su relación con las características de los pacientes e impacto clínico.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes incluidos en el estudio ENVIN e ingresados en una UCI polivalente de 11 camas, entre los meses de abril a junio de 2023. Se analizaron características sociodemográficas, antecedente de inmunosupresión/neoplasia, infección/colonización por GMR, APACHE II, antibioterapia 48 h previas al ingreso, estancia en UCI y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes, de los cuales 14 (13,8%) presentaron una infección/colonización por GMR. Entre ellos registramos 3 Pseudomonas multirresistentes, 7 enterobacterias BLEE, 2 BGN-carbapenemasas, 2 BGN multirresistentes, 1 SARM y 1 Clostridium difficile. De lo que extraemos que algunos pacientes presentaron más de un aislamiento. El 62,5% de estos gérmenes se aislaron durante el ingreso. Del total de la muestra, el 63,7% eran varones con una edad media de  $61 \pm 16,24$  años y un APACHE II de  $17,63 \pm 7,65$ . El motivo de ingreso fue médico en un 65,7% de los casos y el 58,8% provenían de la comunidad. La estancia media en UCI fue de 10,9 días y la mortalidad del 17,65%. Al comparar los pacientes con GMR frente al resto observamos que, aunque se aprecian ciertas diferencias en cuanto al sexo, antecedente de inmunosupresión/neoplasia y mortalidad, tan solo fueron estadísticamente significativas la administración de antibioterapia antes del ingreso en UCI y los días de ingreso.

	No GMR	GMR	Significación estadística
Sexo Hombre	59,80%	78,60%	p 0,178
Edad media	$61,61 \pm 16,29$	$61,21 \pm 13,54$	p 0,932
APACHE II	$17,49 \pm 7,76$	$19,36 \pm 6,88$	p 0,4
Inmunosupresión/neoplasia	21,84%	35,70%	p 0,311
ATB 48 h antes del ingreso	27,59%	78,60%	p 0,000
Días de ingreso	$7,32 \pm 7,39$	$27,14 \pm 19,93$	p 0,003
Mortalidad	16%	28,60%	p 0,269

**Conclusiones:** En nuestra unidad la presencia de infección/colonización por GMR es un factor a vigilar y mejorar, aislándose de manera más

frecuente durante el ingreso. Los pacientes con dicho aislamiento presentaron unas características y gravedad similares, pero con una mayor estancia en UCI y tratamiento antibiótico previo a su ingreso estadísticamente significativos.

### 373. PROYECTO NEUMONÍA ZERO TRAS EL IMPACTO DE LA PANDEMIA: UN ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR

Carrillo García T y Oller Carbonell G

*Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.*

**Objetivos:** Describir las acciones implementadas en una Unidad de Medicina Intensiva para reimpulsar las medidas preventivas asociadas a la reducción de Neumonías Asociadas a la Ventilación Mecánica (NAVM) tras el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2.

**Métodos:** En el año 2022, tras constatarse un empeoramiento progresivo en los indicadores de la vigilancia de NAVM, así como las dudas existentes respecto a la adherencia a los protocolos, se decide abordar como principal objetivo de prevención de infección en nuestra Unidad la NAVM. Para ello se fijaron como acciones fundamentales la realización de actividades formativas para personal médico y de enfermería sobre el proyecto Neumonía Zero (NZ), el fomento de la realización del curso existente a tal fin, retomando las rondas de seguridad para vigilar el cumplimiento de medidas incluidas en el *bundle* de NZ, y la implementación de aquellas medidas de las que aún no disponíamos, la aspiración subglótica, el control continuo de la presión de neumatotaponamiento y la descontaminación digestiva completa (faringo-gástrica y pauta de betalactámico intravenoso durante 4 días). Además conjuntamente con profesionales del Medicina Preventiva, se consensuaron diversas acciones: auditorías externas periódicas de la adherencia a las medidas de prevención de la infección, revisión y validación de los nuevos diagnósticos de NAVM, vigilancia al alta de los pacientes. Además, se llevaron a cabo numerosas reuniones y actividades formativas específicas en función de las incidencias detectadas, fundamentalmente el cumplimiento de la higiene de manos, de las medidas de aislamiento, la higiene ambiental entre otras.

**Resultados:** Se partía de una tasa basal de NAVM, correspondiente al año 2022, de 19,47 episodios por cada 1.000 días de ventilación mecánica (VM). Tras la aplicación de este paquete de medidas, se obtiene una tasa anualizada en 2023 del 9,03%. Además, la tendencia a la baja persiste mes a mes, de modo que al cierre de los datos del mes de octubre de 2023 se obtuvo una DI del 4,65%.

**Conclusiones:** Si bien aún existe margen de mejora, se avanza en el objetivo de equiparar los principales indicadores de vigilancia de la infección en UMI a los estándares nacionales propuestos por el proyecto Neumonía Zero. La colaboración entre profesionales de distintas especialidades es una labor enriquecedora que permite integrar distintas visiones con el objetivo de mejorar la calidad asistencial de los pacientes críticos.

### 374. IMPORTANCIA DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD PERIÓDICAS PARA MONITORIZAR EL GRADO DE ADHERENCIA A LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Hernández Medina E, Hernández García F y Carrillo García T

*Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.*

**Objetivos:** Cuantificar el grado de cumplimiento de las distintas medidas de prevención de la infección en una Unidad de Medicina Intensiva.

**Métodos:** Estudio descriptivo realizado en una UCI polivalente de 32 camas. Los datos se recopilaron a partir de una serie de rondas de seguridad periódicas (habitualmente quincenal), que abarcaban medidas seleccionadas por su especial relevancia para la seguridad del paciente crítico de acuerdo a las medidas recomendadas recogidas en los *bundles* de los proyectos Neumonía Zero, Bacteriemia Zero, Resistencia Zero e ITU Zero. Los datos se anotaron en una plantilla creada para tal estudio.

**Resultados:** Entre los meses de marzo a noviembre de 2023 se han realizado un total de 10 rondas de seguridad. El personal encargado de la realización de las mismas fue siempre el mismo, 1 enfermera y 1 facultativo, para evitar desviaciones debidas a observador, y procediendo a la verificación de más de 15 ítems. Se realizaron un total de 10 rondas de seguridad planificadas, registrándose un total de 1909 observaciones de los distintos ítems. Se observa un grado de cumplimiento global elevado, alcanzando el 92,6%. Existe una cierta variabilidad en función de las me-

didias, especialmente en aquellas dirigidas a la prevención de la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Así, se detectaron desviaciones de la práctica recomendada que alcanzaron el 25,59% de las observaciones relativas a la presión del neumatotaponamiento o el 16,53% del cambio de las tubuladuras. Destacan también aspectos como la elevación del cabecero o la higiene oral, con una inadecuación del 12,85% y 11,64% de los casos, respectivamente. A lo largo de las semanas se ha ido observando una mejora en el porcentaje de cumplimiento de las medidas recomendadas.

**Conclusiones:** El análisis de las rondas de seguridad refleja la existencia de oportunidades de mejora en la adherencia a muchas de las medidas de los Proyectos Zero. La realización de auditorías periódicas es una herramienta clave en cualquier UMI, que permite la detección precoz de problemas y la implementación de las medidas correctoras oportunas. La utilización de métodos estandarizados facilita el análisis de los datos a lo largo del tiempo y su comparación con otras unidades a nivel regional y nacional. Nuestro objetivo es ampliar las rondas de seguridad a una periodicidad semanal para poder plantear estudios más ambiciosos para el próximo año.

### 375. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON CEFIDEROCOL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Presa Orúe A, Lobo Palanco J, Díaz de Antoñana Saenz V, Lander Azcona A, Irigoyen Rodríguez I, Egües Lugea A, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Lasa Berasain P y Ruiz Lucea J

*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.*

**Objetivos:** Analizar la experiencia clínica en el uso terapéutico con cefiderocol en infecciones por gérmenes multirresistentes en la UCI de un hospital terciario desde el año 2021.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de todos los tratamientos con cefiderocol iniciados en nuestra UCI desde el año 2021. Se analizan datos demográficos, motivo de ingreso, motivo de inicio de tratamiento, bacteria causante, evolución clínica y microbiología.

**Resultados:** Durante el periodo de tres años se indicaron 15 tratamientos con cefiderocol en 14 pacientes, siendo el 78,6% varones, con una media de edad de 64,2 años (DE 5,7), la media de APACHE 2 al ingreso fue de 16 puntos (DE 4,2). La causa de ingreso en UCI fue: 3 NAC COVID, 2 posoperatorios de cirugía general, 5 PAG, 2 bacteriemias de origen urológico, 2 NAC, 1 PCR complicada con SDRA. Nueve pacientes presentaban ingreso prolongado en UCI (> 30 días), uno de ellos un ingreso en UCI previo 1 mes de corta duración y otros dos sin ingreso previo en UCI. Las infecciones por las cuales se indicó fueron 9 NAVM, una neumonía intrahospitalaria, tres bacteriemias por abscesos abdominales, una colecistitis y una infección de necrosis abdominal. Los gérmenes implicados han sido *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (PAMR) en 13 ocasiones (12 de ellas carbapenemasa tipo VIM, 1 tipo XDR) y *Stenotrophomonas maltophilia* en 2 (bacteriemia). Todos los pacientes con PAMR habían recibido al menos una pauta de tratamiento con meropenem. Todos los tratamientos fueron dirigidos y consensuados junto a Microbiología. Facilidad en conseguir el antibiótico con un plazo máximo menor a 24 horas. En cuatro pacientes la PAMR era sensible a ceftolozano-tazobactam testado. La duración media del tratamiento con cefiderocol fue 14,6 (DE 5,9) días. Se consiguió la erradicación microbiológica total en 4 pacientes. La curación clínica y la tasa de supervivencia global fue del 74%.

**Conclusiones:** Uso terapéutico del cefiderocol en un pequeño porcentaje de nuestros pacientes pero en ascenso anual y buenos resultados. Uso de antibiótico de amplio espectro prolongado previo. Duración de tratamiento con cefiderocol similar a otras series. Todos los tratamientos han sido dirigidos y consensuados junto con microbiología con excelente resultado clínico y microbiológico global; excelente respuesta a PAMR tipo VIM con curación clínica en el 74% de los casos similar a series descritas.

### 376. ¿CÓMO HACEMOS UN PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RELACIONADA CON LA VENTILACIÓN MECÁNICA?

Alonso Lima MV, Barral Segade P, Santiago Langarica A, de Larrinaga Romero I, Pérez Martín M, Lence Massa BE, Barbeito Castañeiras G, Virgos Pedreira AC, Fernández Villanueva JR y Rascado Sedes P

*Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, A Coruña.*

**Objetivos:** Analizar la influencia de los factores de riesgo relacionados con multirresistencia en nuestra epidemiología local, así como en

los patrones de resistencia, con la finalidad de poder desarrollar un protocolo de tratamiento específico.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional desde el 1/1/22 al 31/12/22. Pacientes intubados con cultivos + de muestras respiratorias. Exclusión: primeras 48 horas de ingreso. *Candida spp* o estafilococo coagulasa negativo. Muestras múltiples del mismo microorganismo. Se registraron variables demográficas, microorganismos y la resistencia a antibióticos. como factores de riesgo: antibioterapia 30 días previos, días de UCI ( $\leq$  o  $>$  5) y colonización previa por multirresistentes (MMR). Test chi-cuadrado para comparar proporciones.

**Resultados:** 348 aislamientos en 148 pacientes. Tras criterios de exclusión: 115 muestras únicas en 69 pacientes. 30,43% mujeres. Edad media 61,5 años (DE 13,95). Aislamientos: 72,1% GRAM +, 26,1% GRAM -, 2% hongos. Las tablas 1, 2 y 3 indican los factores de riesgo. Las tablas 4, 5 y 6 comparan la resistencia antimicrobiana de BGN según factores de riesgo.

	Antibiótico sí (n = 50)	Antibiótico no (n = 65)
<i>Klebsiella sp</i>	24,0%	9,2%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14,0%	1,5%
<i>S. aureus</i>	12,0%	21,5%
<i>Enterobacter sp</i>	10,0%	4,6%
<i>H. influenzae</i>	6,0%	18,5%
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	6,0%	6,1%

p = 0,0609.

	Ingreso > 5 días (n = 72)	Ingreso $\leq$ 5 días (n = 42)
<i>Klebsiella sp</i>	19,40%	9,50%
<i>S. aureus</i>	11,10%	28,60%
<i>H. influenzae</i>	11,10%	16,70%
<i>Enterobacter sp</i>	9,70%	2,40%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5,60%	7,10%
<i>Escherichia coli</i>	4,20%	11,90%

p = 0,1781.

	MMR previo (n = 14)	No MMR previo (n = 97)
<i>S. aureus</i>	14,3%	17,5%
<i>Klebsiella sp</i>	14,3%	14,4%
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	14,3%	6,2%
<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	14,3%	5,1%
<i>H. influenzae</i>	0,00%	15,5%

p = 0,0369.

Cefalosporinas 3ª	Antibiótico sí (n = 40)	Antibiótico no (n = 42)
Resistente	42,5%	31,0%

p = 0,2779.

Cefalosporinas 3ª	Ingreso > 5 días (n = 72)	Ingreso $\leq$ 5 días (n = 42)
Resistente	46,1%	17,2%

p = 0,0093.

Cefalosporinas 3ª	MMR previo (n = 10)	no MMR previo (n = 70)
Resistente	50,00%	34,30%

p = 0,3336.

**Conclusiones:** Para la realización de un protocolo de tratamiento es preciso tener en cuenta los factores de riesgo que impactan sobre la flora local. Aparentemente la estancia prolongada tiene mayor impacto que la antibioterapia previa, quizá por las limitaciones del estudio: no se ajustó por duración ni tipo de antibiótico.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### SÍNDROME CORONARIO AGUDO II

11:40-12:00 - Pantalla 3

Moderador: Miguel Ángel Rodríguez Yago

#### 377. EVALUACIÓN DEL TIEMPO DE CONSULTA DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS PRE VS. POSPANDEMIA

Segovia García de Marina L, Martín Rodríguez MDC, Portilla Botelho M, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gozalves G, Camacho Dorado E, Fernández Guerrero MV, Peral Santos A y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

**Objetivos:** Evaluar el tiempo que tardan en consultar los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) desde el inicio de los síntomas has-

Figura Póster 377

NÚMERO PACIENTES	AÑO 2019	AÑO 2023
SCAEST	46 (47%)	39 (39%)
SCACEST	51 (53%)	61 (61%)
TOTAL	97	100

**TABLA 1.** Número de pacientes incluidos en el estudio.

TIEMPO DE CONSULTA	TIEMPO DE CONSULTA AÑO 2019 (MINUTOS)	TIEMPO DE CONSULTA AÑO 2023 (MINUTOS)
SCAEST	294,82	214,45
SCACEST	194,19	132,88
TOTAL	244,51	173,66

**TABLA 2.** Comparativa de promedios del tiempo de consulta desde inicio de los síntomas hasta la llegada al sistema sanitario en minutos del SCACEST vs SCAEST de los años 2019 y 2023.

ta su llegada al sistema sanitario en la provincia de Ciudad Real. Comparar los tiempos entre el periodo pre y pospandemia con el objeto de evaluar si la población tiene consciencia de la enfermedad y si hay una buena educación sanitaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo utilizando los datos recogidos del año 2019 y 2023 de la base de datos de ARIAM de nuestro hospital.

**Resultados:** En el año 2019 se incluyeron 91 pacientes y en el 2023, 100. Como se muestra en la tabla 1, más del 50% de los SCA eran SCACEST. En el tiempo de consulta, como se indica en la tabla 2, se evidencia una disminución en los minutos de retraso en la llegada de los pacientes al sistema sanitario con una media de 244,51 min en 2019 respecto a 173,66 min en el periodo pospandémico. En el caso de SCASEST, ha disminuido el tiempo en 80,37 min y en el SCACEST en 61,31 minutos respecto al periodo prepandemia.

**Conclusiones:** Ha habido una disminución en el tiempo de consulta de los pacientes con SCA desde el inicio de los síntomas hasta su llegada al sistema sanitario en el periodo pospandemia de hasta unos 80,37 minutos en el caso del SCASEST y de 61,31 min en el SCACEST. Esto puede deberse a las campañas de educación sanitaria en la población que se están realizando en nuestra provincia para identificación de los síntomas.

### 378. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON EDAD AVANZADA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA

Martínez Martín G, Bayoumy Delis P, Torrano Ferrández A, Ruiz Rodríguez A, López Gómez L, Anson Zaragoza AJ, Torrano Ferrández M, Rozua López A, Higón Cañigral Á y Carrasco González E

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

**Objetivos:** Analizar las características clínicas de los pacientes con y sin edad avanzada afectados de síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) sometidos a una angioplastia primaria.

	< 75 años (n = 150)	≥ 75 años (n = 40)	p
Hombres, n (%)	133 (88,7)	22 (55)	< 0,001
Índice Charlson	1 (0, 2)	1 (0, 1)	< 0,001
SAPS II	21,9 ± 10,8	31,6 ± 11,9	0,001
Cardiopatía isquémica previa, n (%)	19 (12,7)	8 (20)	0,238
Diabetes, n (%)	41 (27,3)	18 (45)	0,032
Dislipemia, n (%)	65 (43,3)	18 (45)	0,85
Tabaquismo, n (%)	90 (60)	4 (10)	0,106
HTA, n (%)	70 (46,7)	33 (82,5)	< 0,001
Obesidad, n (%)	65 (43,3)	13 (32,5)	0,216
Procedencia, n (%)			
Urgencias	85 (56,7)	16 (54,0)	
Otra UCI	2 (1,3)	-	0,164
Urgencias extrahospitalarias	61 (40,7)	24 (60)	
Planta	2 (1,3)	-	
FEVI inicial	47,6 ± 9,6	43,3 ± 11,1	0,021
Killip, n (%)			
I-II	144 (96)	33 (82,5)	0,003
III-IV	6 (4)	7 (17,5)	
Tiempo consulta-angiografía, min	107 (87, 150)	139 (106,197)	0,022
Tiempo síntomas-angiografía, min	257 (153, 503)	270 (106,197)	0,418
Estancia UCI	2 (1, 2)	2(1, 3)	< 0,001
Estancia hospital	5 (4, 7)	6 (4,9)	< 0,001
Mortalidad 90 días, n (%)	5 (3,3)	8 (20)	< 0,001

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI de forma consecutiva por SCACEST en un hospital sin laboratorio de hemodinámica entre octubre de 2020 hasta noviembre de 2022 y que tuvieron una estrategia de reperfusión coronaria inmediata. Los pacientes se dividen en < 75 años y ≥ 75 años. Las variables se expresan como medias ± desviación estándar, mediana (primer y tercer cuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparacio-

nes mediante las pruebas Ji<sup>2</sup> de Pearson o la exacta de Fisher, prueba de t de Student o prueba de Mann-Whitney.

**Resultados:** Fueron incluidos 190 pacientes, 150 (78,9%) con < 75 años y 40 (21,1%) con ≥ 75 años. Las principales variables analizadas se muestran en la tabla.

**Conclusiones:** Los pacientes con edad avanzada ingresados por SCACEST son mayoritariamente mujeres, con peor situación clínica inicial y mayor comorbilidad. Dichos factores pueden condicionar que tengan mayor mortalidad, días de estancia en UCI y en el hospital, además de que tarden más en consultar sus síntomas.

### 379. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST Y TRATADOS CON ANGIOPLASTIA PRIMARIA SEGÚN EL GÉNERO

Martínez Martín G<sup>1</sup>, Bayoumy Delis P<sup>2</sup>, Anson Zaragoza AJ<sup>1</sup>, Tornero Yepez P<sup>1</sup>, Rozua López A<sup>1</sup>, Valdés Socorro DA<sup>1</sup>, Pellicer Sánchez N<sup>1</sup>, Maiquez Sánchez L<sup>1</sup>, Ruiz Rodríguez A<sup>1</sup> y Torrano Ferrández M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia.

<sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Analizar las diferentes características clínicas de los pacientes críticos con SCACEST sometidos a una angioplastia primaria (ACTP) según el género.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo de todos los pacientes ingresados en UCI de forma consecutiva por SCACEST en un hospital sin laboratorio de hemodinámica entre octubre de 2020 hasta noviembre de 2022 y que tuvieron una estrategia de reperfusión coronaria mediante angioplastia primaria. Los pacientes se dividen según el género. Las variables se expresan como medias ± desviación estándar, mediana (primer y tercer cuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante las pruebas Ji<sup>2</sup> de Pearson o la exacta de Fisher, prueba de la t de Student o la prueba de Mann-Whitney.

**Resultados:** Fueron analizados 190 pacientes, 35 (18,4%) mujeres. Las principales características de los pacientes se muestran en la tabla.

	Mujer (n = 35)	Hombre (n = 155)	p
Edad	74,9 ± 12,1	60,7 ± 12,2	< 0,001
Índice Charlson	1 (0, 2)	1 (0, 1)	< 0,001
SAPS II	25,7 ± 9,5	23,5 ± 12,1	0,328
Cardiopatía isquémica previa, n (%)	7 (20)	20 (12,9)	0,277
Diabetes, n (%)	12 (34,3)	47 (30,3)	0,647
Dislipemia, n (%)	17 (48,6)	66 (42,6)	0,519
Tabaquismo, n (%)	13 (37,1)	81 (52,3)	0,106
HTA, n (%)	28 (80)	75 (48,8)	0,001
Obesidad, n (%)	20 (57,1)	58 (37,4)	0,032
Procedencia, n (%)			
Urgencias	17 (48,6)	84 (54,2)	
Otra UCI	-	2 (1,3)	0,771
Urgencias extrahospitalarias	18 (37,1)	67 (43,2)	
Planta	-	2 (1,3)	
FEVI inicial	41,88 ± 10,761	46,93 ± 10,126	0,622
Killip, n (%)			
I-II	31 (88,6)	146 (94,2)	0,264
III-IV	4 (11,4)	9 (5,8)	
Tiempo consulta-angiografía, min	108 (90, 145)	116 (89,163)	0,761
Tiempo síntomas-angiografía, min	249 (161, 493)	258 (158,519)	0,652
Estancia UCI	2 (1, 3)	2(1, 2)	0,337
Estancia hospital	5 (4, 6)	4 (3, 6)	0,743
Mortalidad 90 días, n (%)	4 (11,4)	9 (5,8)	0,234

**Conclusiones:** Las mujeres ingresadas por SCACEST con estrategia de reperfusión mediante ACTP primaria son más hipertensas y obesas, además de tener más edad y comorbilidad. Aunque la mortalidad no difiere significativamente, la mortalidad de las mujeres casi duplica la de los hombres.

### 380. VARIACIONES EN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUTIVAS Y EN LOS TIEMPOS DE ACTUACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DE ST

Maiquez Sánchez L<sup>1</sup>, Bayoumy Delis P<sup>2</sup>, Martínez Martín G<sup>1</sup>, Anson Zaragoza AJ<sup>1</sup>, Fernández Gambín H<sup>1</sup>, Rozua López A<sup>1</sup>, Torrano Ferrández A<sup>1</sup>, Torrano Ferrández M<sup>1</sup>, Ruiz Rodríguez A<sup>1</sup> y López Gómez L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer, Murcia. <sup>2</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

**Objetivos:** Determinar las modificaciones en las características socio-demográficas, clínicas, evolutivas y de los tiempos de actuación en la realización de una angioplastia coronaria en pacientes con síndrome coronario agudo con elevación de ST (SCACEST) en dos periodos de tiempo.

**Métodos:** Estudio observacional de cohortes retrospectivo de pacientes ingresados en UCI por SCACEST en un hospital sin laboratorio de hemodinámica y que tuvieron una estrategia de reperfusión coronaria inmediata. Los pacientes se dividen según el momento de ingreso: primera cohorte (puesta en marcha del programa de coronariografía urgente todos los días del año, junio 2000-enero 2002) y una segunda cohorte actual (octubre 2020-noviembre 2022). Las variables se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar, mediana (primer y tercer cuartil), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones se realizaron mediante las pruebas J<sup>2</sup> de Pearson o exacta de Fisher y prueba de la t de Student.

**Resultados:** Se analizaron 348 pacientes, 158 en la primera cohorte y 190 en la segunda. Las principales características de los pacientes se muestran en la tabla.

	Primera cohorte (n = 158)	Segunda cohorte (n = 190)	p
Género, hombre, n (%)	121 (76,6)	155 (81,6)	0,252
Edad, años	65,0 $\pm$ 12,5	63,3 $\pm$ 13,4	0,237
Cardiopatía isquémica previa, n (%)	31 (20,1)	27 (14,2)	0,145
Diabetes, n (%)	56 (36,4)	59 (31,1)	0,299
Distipemia, n (%)	51 (33,1)	83 (43,7)	0,046
Tabaquismo, n (%)	88 (57,1)	94 (49,5)	0,156
HTA, n (%)	69 (44,8)	103 (49,5)	0,083
FEV1 inicial	46,7 $\pm$ 10,1	47,0 $\pm$ 11,1	0,341
Killip, n (%)			
I-II	133 (88,7)	177 (93,1)	0,012
III-IV	23 (11,3)	13 (6,9)	
Tiempo síntomas-consulta, min	90 (80,0)	109 (243,0)	0,022
Tiempo consulta-traslado, min	25 (20,0)	50 (52,0)	< 0,001
Tiempo consulta-angioplastia, min	66 (30,0)	132 (75,0)	< 0,001
Estancia hospital, días	7 (5,9)	5 (3,6)	< 0,001
Mortalidad 90 días, n (%)	23 (14,6)	13 (6,8)	0,019

**Conclusiones:** Aunque los tiempos de atención al paciente han empeorado en los últimos años del estudio, la menor tasa de las formas más graves condiciona una menor mortalidad de los pacientes.

### 381. SHOCK CARDIOGÉNICO TRAS IAMCEST. FACTORES PREDISPONENTES

Díez Izquierdo C, Bermejo Rubio H, Centeno Sotillo A, Navas Álvarez S y Sánchez Rodríguez AC

Hospital Universitario Puerta del Mar (C. H. U. Puerta del Mar), Cádiz.

**Objetivos:** La principal causa de muerte en pacientes con IAMCEST es el shock cardiogénico. El objetivo del presente estudio es identificar los factores de riesgo que presentan los pacientes ingresados en UCI tras IAMCEST que, no presentando shock cardiogénico a su llegada, lo desarrollan durante su estancia.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo sobre una cohorte anidada de pacientes incluidos en el registro ARIAM-Andalucía ingresados en la provincia de Cádiz (centros públicos) desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2022 con SCACEST. Sobre estos pacientes, se valoraron aquellos que presentaron IAMCEST Killip I-III al ingreso. Análisis estadístico spss v20,0 (IBM Corp., Armonk, NY).

**Resultados:** Durante este periodo se recogieron en el registro ARIAM-Andalucía 3752 pacientes con el diagnóstico de IAMCEST Killip I-III ingresados en UCI. Se adjunta tabla de resultados.

**Conclusiones:** Los factores que aparecen con mayor frecuencia en dichos pacientes son edad avanzada mayor de 75 años, diabetes, sexo femenino, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, localización anterior del IAM, terapia de repermeabilización no efectiva, enfermedad multivaso y retraso en los tiempos de revascularización (> 120 min). Aun no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas, también se observa una clara tendencia de mayores tiempos en la intervención en los pacientes que desarrollan shock cardiogénico.

	Pacientes Killip I-III	Pacientes Killip IV
Pacientes 3752 total	3384	368 (9,80%)
Hombres/mujeres (%)	77,19/22,81	66,3/33,7
Edad media (años)	61,3	66,2
> 75 años (%)	16,32	36,14
Tabaco (%)	47,53	38,36
Diabetes* (%)	27,41	40,08
HTA (%)	49,3	56,44
DLP (%)	40,44	43,01
Sobrepeso (%)	23,25	24,28
Historia familiar (%)	28,22	41,1
Angina/IAM previo (%)	8,83/9,33	10,14/13,87
Enf. coronaria 1 vaso (%)	50	26
Enf. coronaria 3 vasos (%)	19	27
Fibrinólisis eficaz/no eficaz* (%)	56,26/43,74	9,84/90,16
T. ECG-aguja (min)	35 (mediana)	49,5 (mediana)
T. ECG-apertura (min)	120 (mediana)	150 (mediana)
IAM anterior/inferior /lateral (%)	45/51/3	59/37/3
ICP fallida/subóptima* (%)	2,16	13,68
ICP sobre 1/2/3/4 vasos (%)	64/24/12/1	56/28/14/2
Contacto-apertura < 120 min* (%)	43,22	27,32
ECG-apertura < 120 min* (%)	50,91	33,47
Mortalidad UCI/hospital (%)	0,44/2,25	47,95/63,66

### 382. RESULTADOS DE LA FIBRINOLISIS INTRAVENOSA COMO ESTRATEGIA INICIAL EN EL SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO DE ST

Martín Castillo R, Barreno García D, Eliche Mozas R, Sánchez García AM, Zamboschi NA y Estechea Foncea MA

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

**Objetivos:** Analizar el porcentaje de tratamiento con fibrinólisis intravenosa en los hospitales comarcales pertenecientes al área asistencial del H. Virgen de la Victoria; relacionándolo con el Killip al ingreso, los hallazgos en la coronariografía y la mortalidad durante su estancia.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los 110 pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria desde el 1 de junio de 2023 al 11 de noviembre de 2023.

**Resultados:** La fibrinólisis intravenosa se realizó en 2 de los 20 pacientes trasladados desde Ronda o Marbella, así como a 2 de los 25 casos cuyo hospital de referencia era diferente a nuestra área asistencial. Todos los traslados tenían un Killip I-II, excepto un caso que se encontraba en shock cardiogénico, no se fibrinolizó y no falleció durante su estancia. Respecto a la coronariografía de rescate, todas las tratadas mediante fibrinólisis intravenosa se hicieron de forma diferida en las primeras 24 horas del ingreso, destacando que la enfermedad responsable era monovasos en un 75% de casos. Del total de pacientes trasladados desde hospitales comarcales, el 95,5% se benefició de angioplastia primaria sin precisar fibrinólisis, siendo también la lesión monovasos la causante del síndrome coronario agudo. Aun así, se observa que ninguno de los casos a los que se realizó fibrinólisis acabó falleciendo; siendo la mortalidad del 8,3% en los pacientes trasladados desde hospitales comarcales para angioplastia primaria, frente al 6,3% de nuestro centro, aun tratándose de pacientes con Killip I-II.

**Conclusiones:** La fibrinólisis intravenosa es una estrategia necesaria en pacientes de centros cuyo traslado va a demorar la angioplastia primaria. En casos seleccionados por tiempo y distancia, los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST se benefician de la revascularización farmacológica. La fibrinólisis disminuye la mortalidad en casos cuyo traslado puede demorarse en tiempo. La mortalidad del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST es menor en pacientes cuyo hospital de referencia tiene disponibilidad de angioplastia primaria.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS VII

11:40-12:00 - Pantalla 4

Moderadora: Elena Sancho Ferrando

#### 383. TASAS DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL ADQUIRIDAS RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS (INRC) ANUAL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS. COMPARATIVA CON TASAS PREVIAS DEL ENVIN COMPLETO, ANTES, DURANTE Y TRAS LA EPIDEMIA COVID-19

Albaya Moreno A<sup>1</sup>, Ruiz de Santaquiteria Torres V<sup>1</sup>, Agurto Rivera SN<sup>1</sup>, Copa Morales JP<sup>1</sup>, González Wagner G<sup>1</sup>, Arriero Fernández N<sup>1</sup>, Eguileor Marín Z<sup>1</sup>, Romo Gonzales J<sup>1</sup>, Benito Puncel C<sup>1</sup> y Marian Crespo C<sup>1</sup>

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Presentar las tasas de INRC en UCI del Hospital Universitario de Guadalajara (HUGU) (14 camas): IOT y/o ventilación mecánica (VM), sonda uretral (SU), catéter vascular (CV) desglosadas durante los últimos 6 años (2018/2023), a través del ENVIN completo, valorando su evolución antes, durante, y tras epidemia COVID-19.

**Métodos:** Estudio de incidencia, prospectivo, de ámbito local. Seguimiento hasta el alta de UCI. Las tasas se expresan en densidad de incidencia (DI) por 1.000 días del factor de riesgo. Los numeradores fueron las infecciones controladas definidas según criterios del European Centre for Disease Prevention and Control. Los denominadores son los días de uso de cada factor de riesgo. Recogida de datos con la aplicación informática ENVIN-HELICS. Estadística: variables cuantitativas como medias y desviación estándar y variables cualitativas como porcentajes.

**Resultados:** Se incluyen 2811 pacientes consecutivos, ingresados al menos 24 horas en UCI. Edad media 61,24 años. 70,86% varones. Patología de base: médica (55,85%), coronaria (22,59%), quirúrgica (15,65%) y traumática (5,91%). APACHE II media 13,93. Mortalidad global 10,76%. Estancia media 8,91 días. Los días de riesgo, número de infecciones y tasas de densidad de incidencia (DI) según la tabla mensual de factores para cada infección son: N-VM: 14432 días de VM, 92 N-VM en 72 pacientes, con 6,37 N-VM/1.000 días VM, ratio de utilización 0,62; IU-SU: 21.325 días de SU, 138 IU-SU en 119 pacientes, con 6,47 IU-SU/1.000 días SU, ratio de utilización 0,92; BP/BCV: 21.364 días CVC, 63 BP/BCV, con 2,95 BP/B-CV/1.000 días de CVC, ratio de utilización 1,82; BS, 1.495 días de estancia, 35 BS, 1,51 BS/1.000 días de estancia.

**Conclusiones:** Se identifican las tasas locales de infección adquirida en UCI durante un periodo de 6 años, valorando la repercusión de la pandemia COVID-19, y su evolución posterior. Vimos durante el periodo pandémico, un aumento en todas las TIRD, que superaban los objetivos establecidos en los Proyectos zero, y actualmente, un descenso de estas tasas una vez superado dicho periodo excepto en NAVM donde han continuado más elevadas. Durante el periodo pandémico se aumentaron de forma apremiada los recursos de UCI pasando de 10 a 40 camas. En la “nueva normalidad” la UCI queda con capacidad de 24 camas, con un lento asentamiento de la plantilla del área de enfermería, y un cambio sustancial en el tipo de patología ingresada en UCI, con aumento de patología médica en detrimento de pacientes coronarios. Se mantiene una elevada ratio de utilización de dispositivos, así como una elevada estancia media de los pacientes, y un aumento de las tasas de mortalidad.

#### 384. BACTERIAS MULTIRRESISTENTES (BMR) EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS. COMPARATIVA CON TASAS DEL ENVIN COMPLETO, ANTES, DURANTE, Y TRAS LA PANDEMIA COVID-19

Albaya Moreno A, Copa Morales JP, Agurto Rivera SN, Ruiz de Santaquiteria Torres V, Chas Brami W, Castañeiras B, García Hernández R, Mariblanca Nieves B, Fernández Tobar R y Silva Obregón A

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

**Objetivos:** Describir el mapa epidemiológico, a través del programa ENVIN completo, de BMR de pacientes en nuestra UCI más de 24 horas, durante los últimos 6 años (2018/2023), valorando evolución antes, durante, y tras epidemia COVID-19, valorando la aparición de BMR al ingreso o partir de las 48 h.

**Métodos:** Estudio descriptivo, de incidencia, prospectivo, de pacientes ingresados en UCI, consecutivos, colonizados o infectados por BMR (184). “Proyecto Resistencia Zero”. Se realizó estudio de colonización (c) al ingreso y 1 × semana a pacientes con FR para adquisición de BMR. Se toman muestras de vigilancia, nasal, inguinal, rectal y BAS si VM. Variables normales por media y desviación estándar IC95%, variables no normales con mediana y rango intercuartil (25-75), y proporciones por número absoluto y porcentaje. Se monitorizan: *Acinetobacter baumannii* R a carbapenémicos (ABRC); *Pseudomonas aeruginosa* MR (PAMR); Enterobacterias BLEE (EBLEE); Enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC); *Staphylococcus aureus* R a meticilina (SARM) y *Enterococcus* spp R a vancomicina (ERV). Registro de los datos en el programa ENVIN-HELICS con análisis estadístico.

**Resultados:** 184 pacientes con BMR, de un total de 2.488 pacientes en UCI, con 23.201 días de estancia. Tasa global 7,40 BMR por 100 pacientes (\*), 7,93 por 1.000 días de estancia en UCI (#). Al ingreso (< 48 horas) se aislaron 133 BMR (72%), tanto colonizantes (c) como infectantes (i), tasa de 5,35 (\*), y 2,33 (†). Durante la estancia en UCI (> 48 horas), 54 BMR (28%) tanto (c) como (i) (tasa de 2,17 (\*), y 2,33 (†). Con infección por BMR fueron 81, de ellos 49 lo fueron al ingreso (60%) 1,97 (\*) y 32 (40%) durante el mismo 1,38 (†). Predominan SARM 72 (34,29%), PAMR 18 (8,57%). E. BLEE 55 (26,19%), EPC 34 (16,19%), ERV 26 (12,38%), AB 5 (2,38%).

**Conclusiones:** Observamos aumento en número de aislamientos de BMR, sin retornar a las cifras previas a la pandemia COVID-19. 72% de los BMR presentes al ingreso en UCI (< 48 horas), y el 28% se aislaron durante el ingreso en UCI (> 48 horas), indicando un retorno al perfil epidemiológico de transmisión previo a la pandemia. Predominio de SAMR (34,29%), E-BLEE (26,19%) s/t *Klebsiella pneumoniae*, BNG-carbapenemasas (16,19%), ERV (12,38%), PAMR (8,57%) y AB (2,38%). Se justifica la realización de estudios de vigilancia epidemiológica al ingreso y el aislamiento de contacto de estos pacientes.

#### 385. INCIDENCIA DE INFECCIONES GRAVES POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES* EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN LA ÉPOCA PRE Y POS-COVID

Lasa Berasain P, Artaza Beltran de Heredia A, Vázquez Yoldi A, Zabalza Goya A, Ruiz Lucea J, Yeregui Baztan L, Llorente Sánchez A, Martínez San José N, Lander Azcona A y Diaz de Antioñana Sáenz V

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

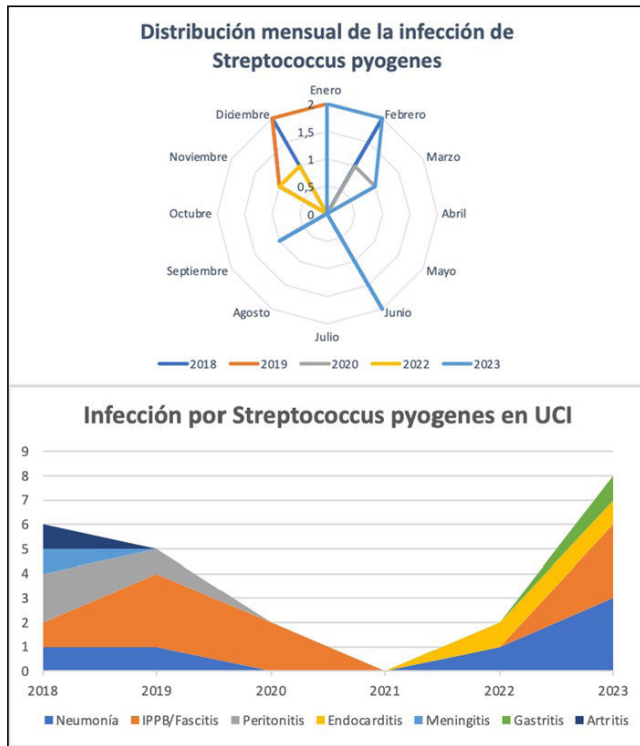
**Objetivos:** Análisis de incidencia y estacionalidad pre y pos-COVID de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*).

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes con infección invasiva por *S. pyogenes* en la UCI de un hospital terciario en el periodo de 2018 a 2023. El análisis estadístico se ha realizado mediante STATA 14 y Excel 16. Se recogieron variables demográficas, clínicas, incidencia anual, estacionalidad y mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes. Edad media de 53,2 años (DE 16,73). Mujeres (47,8%). La presentación clínica más frecuente fue infección de piel y partes blandas (IPPB) (39,1%), seguida de la neumonía (26%). Otros focos de infección: peritonitis (13,03%), endocarditis (8,7%), gastritis (4,3%), meningitis (4,3%), artritis (4,3%). La tasa de incidencia por años fue: en 2018 (26,1%), en 2019 (21,7%), en 2020 (8,7%), en 2021 (0%), en 2022 (8,7%) y en 2023 (34,8%). Se observó ausencia de casos durante el periodo de pandemia COVID con recuperación de casos pos-COVID. En cuanto a la distribución mensual se ve un aumento del número de infecciones durante los meses de otoño-invierno (noviembre a marzo) coincidiendo con los cuadros respiratorios virales. El 83,3% de las neumonías por *S. pyogenes* tienen una infección concomitante por un virus: virus influenza tipo A en 4 pacientes, Metapneumovirus en 1, el resto sin coinfección. La mortalidad global fue de del 8,7%, (el 100% de los fallecidos tenían neumonía).

**Conclusiones:** Durante el periodo COVID no se han registrado infecciones invasivas por *S. pyogenes* que precisen ingreso en UCI probablemente en relación con las medidas de prevención que se tomaron para el COVID. En el periodo pos-COVID se han recuperado las tasas de incidencia de la etapa pre-COVID observando aumento de incidencia e invierno coincidiendo con coinfecciones respiratorias por virus.





### 386. INFECCIONES EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS: DESAFÍOS Y RESULTADOS EN LA ATENCIÓN POSTPANDEMICA

Rivas Bilbao A, Higuera Lucas J, Boado Varela MV, Hoya González C, Iñigo Morras E, Kadi Ayad S, Rubio Gaztelu M, Jimeno Rodríguez A, Fernández Rodríguez A y Regueiro Padilla I

Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

**Objetivos:** En el contexto de la cambiante realidad de la atención médica posterior a la pandemia, comprender las complejidades de las infecciones en pacientes inmunosuprimidos ha adquirido una importancia crucial. Este estudio se sumerge en el ámbito crítico de la infección en pacientes inmunocomprometidos. En medio del extenso uso de antibióticos, la flora cambiante y la compleja relación entre la inmunosupresión e infección.

**Métodos:** Diseñamos un estudio retrospectivo con todos los pacientes inmunosuprimidos que ingresan en un hospital terciario universitario. Se analizan todos los pacientes que ingresaron con el diagnóstico de inmunosupresión severa en 2023, abarcando casos de enfermedad oncohematológica activa, trasplante de órgano sólido, enfermedades bajo tratamiento activo con fármacos inmunosupresores o inmunodepresión adquirida. Analizamos el motivo de ingreso, factores pronósticos, aislamiento microbiológico y mortalidad.

**Resultados:** Se recogen un total de 41 pacientes. La edad media fue de 60,4, con un 63,4% de pacientes hombres. APACHE 23,8. La etiología de la inmunosupresión incluye enfermedades hematológicas activas (51,2%), tumores sólidos (7,3%), enfermedades autoinmunes bajo tratamiento con corticosteroides o fármacos biológicos (21,9%), inmunosupresión adquirida (9,7%) y trasplante de órgano sólido (12,1%). Los motivos de ingreso principales fueron: insuficiencia respiratoria (36,6%), fallo hemodinámico (56%). La duración promedio de la hospitalización antes del ingreso a la UCI fue de 6,49, con una estadía media en la UCI de 7,37. El 24,4% necesitó ventilación mecánica, y la tasa de mortalidad global alcanzó el 24,4%. El 78% de los admitidos tuvieron causas infecciosas. El aislamiento de microorganismos se produjo en el 87,5% de los casos. Resultados destacados revelaron una tasa de mortalidad del 14,3% para infecciones bacterianas, en marcado contraste con una tasa de mortalidad del 100% para infecciones fúngicas ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones:** Nuestro estudio muestra la epidemiología infecciosa del paciente inmunosuprimido en nuestro centro. Los pacientes muestran un porcentaje muy bajo de infección por microorganismo multirresistente. La mortalidad se ve afectada por el tipo de microorganismo. Estos hallazgos resaltan la complejidad y gravedad de las infecciones en

pacientes inmunosuprimidos, subrayando la importancia de un manejo clínico adaptado a las diversas etiologías de inmunosupresión. La asociación significativa entre la mortalidad y la infección fúngica subraya la necesidad de estrategias específicas para este grupo de pacientes.

### 387. MICROORGANISMOS CAUSANTES DE INFECCIONES ADQUIRIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS NEUROTRAUMATOLÓGICOS

Martínez Matencio J<sup>1</sup>, Catalán Quintela J<sup>1</sup>, Gascón Castillo ML<sup>2</sup>, El Haddad H<sup>1</sup> y López de Tejada Galisteo Á<sup>1</sup>

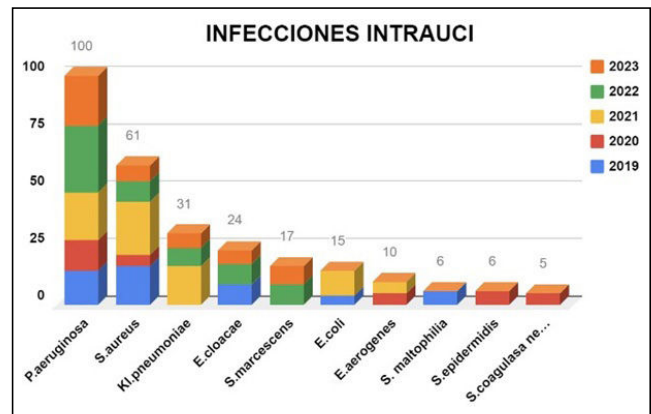
<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

<sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación y Traumatología, H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** Describir la evolución en cuanto a los microorganismos patógenos más frecuentes causantes de infecciones adquiridas en una Unidad de Cuidados Intensivos especializada en neurocríticos y traumatológicos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo utilizando datos ENVIN (2019-2023), en el que se incluyen todos los pacientes y todas las infecciones adquiridas en una UCI especializada en neurocríticos y traumatológicos. Se recogieron variables demográficas, necesidad de cirugía urgente y severidad (APACHE-II) al ingreso. A su vez, se recogieron los datos de los cinco microorganismos más frecuentes causantes de infección por cada año.

**Resultados:** De los 566 pacientes incluidos, el 64% fueron hombres y el 36% mujeres, con una edad media de 52 años. Un 17% requirió cirugía urgente durante el ingreso, mientras que la tasa de *exitus* fue del 21%. El APACHE-II medio al ingreso fue de 14 puntos. *Pseudomonas aeruginosa* fue la principal causante de infecciones los años 2020, 2022 y 2023, con un total de 100 infecciones en 5 años. En los años 2019 y 2021, el principal causante fue *Staphylococcus aureus*, con un total de 61 infecciones en los 5 años. El tercer microorganismo causante de infecciones fue *Klebsiella pneumoniae*, con 31 infecciones en los 5 años de estudio. En los últimos años (2022, 2023) comentar la aparición de Enterobacterias como *Serratia marcescens* y *Enterobacter cloacae*, junto con la desaparición de *Escherichia coli* y *Enterobacter aerogenes* como patógenos más frecuentes desde el 2021. Asimismo, desaparición de *Staphylococcus epidermidis* y coagulasa negativo desde 2020.



**Conclusiones:** El microorganismo causante de más cantidad de infecciones adquiridas en nuestra unidad, desde el 2019 al 2023, fue *P. aeruginosa* seguido de *S. aureus* y de *K. pneumoniae*. Destacar la aparición de *Serratia marcescens* y *Enterobacter cloacae* en los primeros puestos en los últimos dos años y la desaparición de *E. coli* y *E. aerogenes*.

### 388. EVOLUCIÓN DE LAS BACTERIEMIAS ASOCIADAS A CATÉTER EN UNA UCI REFERENCIA DE CUIDADOS CRÍTICOS NEUROTRAUMATOLÓGICOS

Martínez Matencio J<sup>1</sup>, Catalán Quintela J<sup>1</sup>, Gascón Castillo ML<sup>2</sup>, López de Tejada Galisteo Á<sup>1</sup> y El Haddad H<sup>1</sup>

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

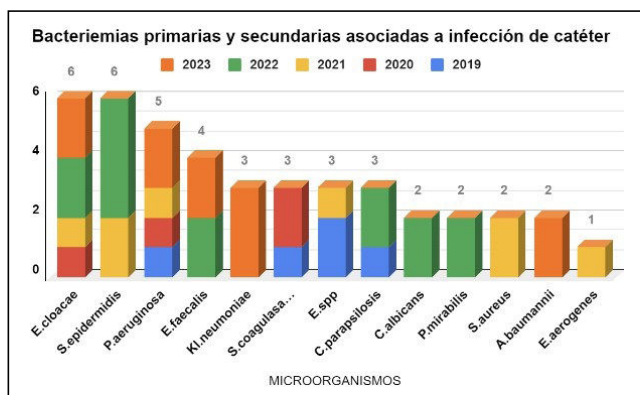
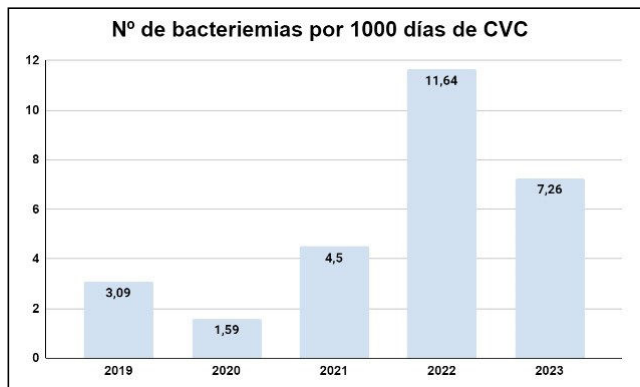
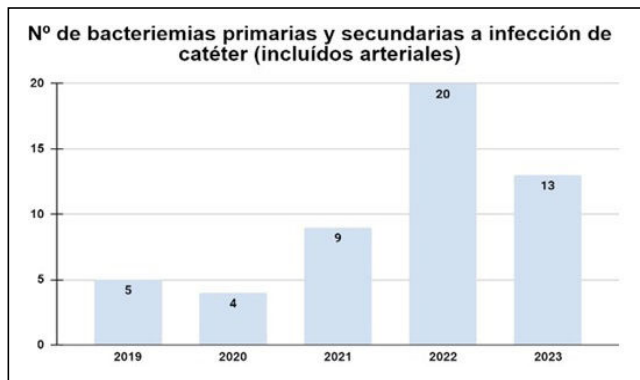
<sup>2</sup>Hospital de Rehabilitación y Traumatología, H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

**Objetivos:** Describir la evolución en cuanto a los episodios de bacteriemia primarias y secundarias a infección de catéter y los microorga-

nismos causantes más frecuentes en una Unidad de Cuidados Intensivos especializada en neurocríticos y traumatológicos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo utilizando datos ENVIN (2019-2023), en el que se incluyen todos los pacientes y el número de bacteriemias primarias y secundarias a infección de catéter adquiridas en UCI. Se recogieron variables demográficas, necesidad de cirugía urgente y severidad (APACHE) al ingreso. A su vez, se recogieron los datos de los cinco microorganismos más frecuentes causantes de dichas bacteriemias.

**Resultados:** De los 566 pacientes incluidos, el 64% fueron hombres y el 36% mujeres, con una edad media de 52 años. Un 17% requirió cirugía urgente durante el ingreso, mientras que la tasa de *exitus* fue del 21%. El APACHE-II medio al ingreso fue de 14 puntos. En el 2019 se objetivaron 5 bacteriemias primarias y secundarias a infección de catéter (incluidos los arteriales) con una densidad de incidencia (DI) de 3,09 bacteriemias por 1.000 días de CVC. En 2020, 4 episodios de bacteriemias (DI 1,59). En 2021, 9 bacteriemias (DI 4,5). En 2022, 20 episodios de bacteriemias (DI 11,64) y, finalmente, en 2023 se evidenciaron 13 bacteriemias (DI 7,26). En cuanto a los microorganismos causantes, el más frecuente en los cinco años de estudio fue *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus epidermidis* (ambos con 6 episodios en total), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* con 5 episodios. Destacar la nueva aparición de *Acinetobacter baumannii* en el 2023, causante de 2 episodios, y resaltar la aparición en 2022 de especies de *Candida* como causantes de bacteriemia asociadas a catéter.



**Conclusiones:** Aumento en cuanto al número de bacteriemias primarias y secundarias a infección a catéter desde el 2019, con pico en 2022, y tendencia a la disminución desde entonces. El tipo de pacientes de la unidad (grandes quemados con infecciones cutáneas extensas y medias de estancia en UCI elevadas) junto con la pandemia por COVID-19 podrían explicar estos datos. Distribución heterogénea en cuanto a los microorganismos más frecuentes causantes de bacteriemia primaria y secundaria asociada a catéter, destacando *E. cloacae* y *S. epidermidis*, seguido de *P. aeruginosa*. Destacando la aparición de algunas especies de *Candida*.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD IV

11:40-12:00 - Pantalla 5

Moderador: Josep Trenado Álvarez

#### 389. DISEÑO DE UN SISTEMA DE IOMT PARA EVALUAR LA MEJORA DE LA ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE LAVADO DE MANOS EN UCI

Lafuente Carrasco JL<sup>1</sup>, Avilés Álvarez E<sup>1</sup>, González López S<sup>2</sup>, Sánchez Jiménez G<sup>2</sup>, Alonso Arévalo A<sup>2</sup>, Tineo Aponte J<sup>2</sup>, Fernández Conejo RM<sup>2</sup>, Bueno Blázquez A<sup>2</sup>, Martín Serrano MDR<sup>2</sup> y Calvo Valle A<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Europea de Madrid, Madrid. <sup>2</sup>Hospital HLA Universitario Moncloa, Madrid.

**Objetivos:** Desarrollar un sistema que sea capaz de evaluar la adherencia a los protocolos de lavado de manos en UCI.

**Métodos:** Se ha realizado la construcción y puesta a punto en laboratorio, del sistema propuesto que consiste en la detección automatizada del personal sanitario. Se hace uso de microcontroladores permitiendo transmitir datos en tiempo real. El rango de medición máximo es de 500 metros. Se ubican dispositivos en los boxes y en los dispensadores de gel asociados. La esencia del sistema radica en el continuo intercambio de información entre los dispositivos. El personal sanitario porta un dispositivo que emite constantemente un mensaje de difusión con su identificador, el cual puede ser anonimizado. Este mensaje llega a todos los dispositivos cercanos, que pueden estimar la proximidad del personal en base a la calidad y potencia de la señal recibida. Con la configuración de los umbrales necesarios, se puede determinar si se han cumplido los protocolos de higiene y se registra el resultado en tiempo real.

**Resultados:** De un total de 50 simulaciones, en un 50% de ellas se cumplió con el protocolo, mientras que en las restantes no. En un 4% del total, se experimentaron fallos en la aproximación de distancias. Ocurrieron cuando se utilizó el dispensador, pero su cercanía al dispositivo no había superado el umbral predeterminado. En un 2% del total, se identificaron falsos positivos. Se registró incorrectamente el cumplimiento del protocolo. Ambas personas estaban próximas al dispensador, una de ellas accionó el dispensador, pero la otra persona fue quién ingresó al box, por lo que se interpretó incorrectamente la situación. Se estima que porcentaje de detección efectiva del sistema es del 90%. La máxima latencia registrada entre mensajes fue de 10 ms. Se halló una desviación del cálculo de distancias de  $\pm 19,25$  cm. Depende del entorno y requiere de calibración. En todas las pruebas los dispositivos estaban dentro del rango, por lo que no se interrumpieron las comunicaciones, ya que la distancia entre el dispositivo de la cama y el dispensador era menor de 10 metros.

**Conclusiones:** Se ha comprobado que el sistema podría ser utilizado para evaluar la adherencia a los protocolos de lavado de manos en una UCI. No es necesaria la intervención del personal para su funcionamiento. Tiene una baja latencia, por lo que podría alertar al clínico cuando no cumpla con el protocolo. El coste por dispositivo es aproximadamen-

te 10 euros. Por las características inalámbricas del sistema no dificultaría el trabajo del personal clínico.

### 390. EVOLUCIÓN DE PACIENTES ONCOLÓGICOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Velázquez Muñoz JC, Fontalvo Bolaños K, Mas Font S, Rico Sala M, Bisbal Andrés E y Peydró Tomás F

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

**Objetivos:** Conocer epidemiología y pronóstico de los pacientes oncológicos ingresados en UCI tras establecer un protocolo de colaboración con Oncología.

**Métodos:** Se incluyeron los pacientes con cáncer activo de junio 2022 a noviembre 2023, excepto cirugía programada. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad (Escala de Charlson), tipo de cáncer, estadio clínico y tratamiento instaurado. Se recogió el motivo de ingreso, APACHE II, disfunción renal, tratamiento y mortalidad en UCI, en el hospital, a los 6 y a los 12 meses. Análisis estadístico con SPSS 24.

**Resultados:** Se incluyeron 42 pacientes con edad media de 66,1 ± 9,7 años. Un 71% eran varones; Charlson medio de 8,9 ± 3,6 puntos. Los cánceres más frecuentes fueron colon (29%), pulmón (26%) y urológico (14%). Escala ECOG: media 1,7 ± 0,9 puntos. Un 26% presentaban cáncer curable. Un 67% presentaba estadio IV. Un 36% habían recibido inmunoterapia. El 67% ingresó por sepsis, un 48% recibió ventilación mecánica invasiva (VMI). Se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) al 45% con una mortalidad en UCI 38%, hospitalaria 48%, a los 6 meses 78% y al año 90%. Continúan en seguimiento 12 pacientes.

Cánceres más frecuentes	Pulmón (n = 11)	Colon (n = 12)	Urológico (n = 6)
Edad	66,8 ± 6,8	66,3 ± 10,3	72,0 ± 7,2
Sexo (V/M, %)	64/36	67/33	83/17
Charlson	10,2 ± 2,5	9,6 ± 4,4	8,3 ± 3,5
Cáncer curable	27%	25%	50%
Estadio clínico			
III	18%	8%	17%
IV	73%	67%	33%
Inmunoterapia	64%	8%	0%
Disfunción renal	46%	50%	83%
APACHE II ≥ 20	73%	42%	67%
VMI	36%	42%	67%
AET	64%	33%	50%
Mortalidad			
UCI	55%	25%	33%
Hospital	73%	25%	33%
6 meses	91% *	33% *	33%*
12 meses	91% *	50% *	33%*

\*Pacientes en seguimiento.

**Conclusiones:** Los pacientes oncológicos ingresados en UCI presentan comorbilidad elevada y estadios avanzados. El cáncer de pulmón presenta mayor porcentaje de estadios avanzados, gravedad al ingreso y mortalidad. El cáncer de colon y el urológico presentan mejor pronóstico evolutivo.

### 391. MÁS ALLÁ DE LA UCI: RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA FUERA DE LA UNIDAD POR EL EQUIPO DE MEDICINA INTENSIVA

Marcote Denis B, Fortet Cortés D, Sánchez del Río A, Palomares Nova G y García Arjona R

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Valorar la actividad asistencial realizada más allá de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo de pacientes valorados y/o tratados por el equipo de UCI que no ingresan en la unidad desde julio de 2021 a noviembre de 2023.

**Resultados:** Se valoraron 1.600 pacientes (65,8% hombres y 34,2% mujeres), con edad mediana de 66 años, rango intercuartílico (RI) 24, media 63,17 y desviación estándar (DE) 17,63. La solicitud de técnicas urgentes (vía venosa central, drenaje pleural, pericardiocentesis, marcapasos transitorio...) fue el motivo de consulta más frecuente

(23,6%). En el 97,7% se realizó la técnica y en las restantes se descartó la indicación. El segundo motivo de consulta fue el código ictus (16,2%), de los cuales el 81,1% se desactivaron; el 11,6% se trasladaron para trombolectomía mecánica; y en 7,3% se acordó limitación del esfuerzo terapéutico (LET). Un 14,8% de pacientes se valoraron por cardiopatía isquémica, si bien 83% no tenían criterio de ingreso en UCI; en 11,9% se decidió LET; y los restantes fallecieron antes del ingreso o se trasladaron. Se consultó por sepsis en 9,1% de casos si bien el 69,7% no precisaban ingreso y 29,7% no eran subsidiarios de medidas invasivas. En un 8,6% se activó código trauma si bien el 89,9% se desactivaron, el 3,6% se desestimaron y 6,5% se trasladaron al centro de referencia. En 6,9% se consultó por insuficiencia respiratoria de los cuales 62,2% no precisaban UCI y 37,8% se desestimaron para ingreso. Los restantes motivos de consulta fueron arritmias (4,6%); parada cardiorrespiratoria (3,2%); bajo nivel de conciencia (3,1%); hemorragia digestiva (1,8%); hemorragia cerebral (1,4%); y las restantes en menor frecuencia. El principal servicio consultante fue Urgencias (68,4%) seguido de Medicina Interna (15,4%); cirugía (3,1%) y las restantes especialidades en menor medida. El tiempo necesario por caso fue de mediana 30 minutos (RI 25) y media 38,07 (DE 34,6), con un total de 60.804 horas equivalente a 1,15 h al día.

**Conclusiones:** Debido a la destacable labor en la valoración precoz de pacientes, así como la participación del intensivista para dar soporte al resto de servicios, se genera una actividad continua del equipo de UCI que debe ser valorada debido a los recursos requeridos para desarrollarla. El elevado porcentaje de consultas desactivadas generó la necesidad de revisar determinados protocolos.

### 393. DIFICULTADES PARA LA IMPLANTACIÓN DE UN CHECKLIST DIARIO EN UCI. ADHERENCIA Y RESULTADOS

Lozano Sutil L, Fernández Ramos A, Cestero Ramírez L, Casquet Gómez AB, Mendez Hernández I, García Ruiz J y Peña Naranjo JA

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

**Objetivos:** Valorar y mejorar la seguridad del enfermo crítico en la práctica clínica diaria.

**Métodos:** Se verifica mediante un *checklist* diario la seguridad del paciente crítico durante 2 meses en las 2 subunidades que componen la UCI del Complejo Hospitalario de Cáceres (CHUC). Consiste en un cuestionario de 32 preguntas de respuesta sencilla (sobre el tratamiento y el manejo básico) basado en el diseñado por el Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión (GTPOG) de la SEMICYUC. Además, se realizó una encuesta sobre la valoración subjetiva de la seguridad del paciente crítico por parte del personal sanitario que compone la unidad.

**Resultados:** De los 2 meses (43 días lectivos) de realización del *checklist*, la tasa de adherencia en la aplicación del test fue del 49% y del 46,5% de los días, respectivamente en cada unidad. Casi la totalidad del personal afirmó que los pacientes de la unidad se encontraban sobredados, observándose entre el 30-50% de los pacientes se podría retirar la sedación. En lo que se refiere a catéteres venosos centrales y arteriales, se observó la existencia de un decalaje de hasta el 10% de los pacientes que tenían canalizadas vías y los que realmente las precisaban. Revisándose directamente los puntos de punción por el personal médico en 36-42% de los casos. Por otro lado, destacan hábitos derivados del automatismo como puede ser el ajuste de los fármacos a la función renal o la pauta de protectores gástricos, realizadas en el 100% de los pacientes.

**Conclusiones:** En los últimos tiempos se ha presenciado un aumento exponencial en los avances científicos del tratamiento del paciente crítico que no se ha visto acompañado en la seguridad. Si bien, es cierto que cada vez se está poniendo más énfasis en este aspecto. Según la definición de *checklist* por el GTPOG de la SEMICYUC, debemos realizar un cuestionario que sea una herramienta sencilla y de rápida aplicación. Con el objetivo de reducir los errores u olvidos consecuentes de la sobrecarga de trabajo o cotidianidad, monitorizar el cumplimiento del tratamiento y valorar posibles intervenciones a realizar en las unidades de medicina intensiva; para mejorar las tasas de morbimortalidad asociadas a dichas unidades. En nuestro estudio se observa baja adherencia y escasa motivación por parte del personal médico, en ausencia de facultativos y residentes responsables. No obstante, con los resultados obtenidos intentaremos desarrollar estrategias para fomentar la seguridad de nuestros pacientes (ajustar más la sedación, retirar catéteres innecesarios...) así como reproductibilidad del *checklist* en nuestra práctica diaria.

### 394. REGISTRO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON EL ENFERMO CRÍTICO EN UNA UCI POLIVALENTE DURANTE EL AÑO 2023

Villalba Reboló R<sup>1</sup>, Martínez Ruiz J<sup>1</sup>, López López Á<sup>2</sup> y Garnacho Montero J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de Valme (C. H. U. Virgen de Valme), Sevilla. <sup>3</sup>Hospital San Lázaro (C. H. U. Virgen Macarena), Sevilla.

**Objetivos:** Describir los diferentes eventos adversos (retirada CVC, autoextubación, fallo administración de medicación...) en una UCI polivalente en un hospital de tercer nivel durante el año 2023.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional de carácter retrospectivo de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de 30 camas (HUVM) que durante su ingreso en la misma sufrieron algún tipo de evento adverso relacionado con la seguridad del paciente.

**Resultados:** Se analizaron 56 pacientes con una edad media 62 años de media, 58% de varones, con una media de APACHE-II score al ingreso de 19 puntos. Un total de 56 eventos adversos relacionados con la autoextubación (el 28% de los casos) como evento adverso relacionado más frecuente en nuestra Unidad, seguido posteriormente por la retirada del catéter venoso central (26% de los casos), de forma subsiguiente error relacionado con la administración de medicación (16% de los casos), autorretirada de drenajes quirúrgicos (descritos como 8% de los casos registrados), y por último retirada del catéter arterial, epidural, drenaje torácico, MCP transitorio, caída accidental (registradas con una incidencia menor del 5%). En el caso de las autoextubaciones los enfermos tenían un tiempo medio de conexión a ventilación mecánica de 4 días, y solo el 31% debió ser reintubado (5 pacientes del total). En el caso de la autorretirada del catéter venoso central, la localización más frecuente es el catéter central de acceso periférico en un 47% de los enfermos que se produjo dicho evento adverso. 66% fue durante el turno de mañana (hasta las 20 horas), y 33% durante el turno de noche (hasta las 8 horas). El mes con mayor cantidad de eventos fueron noviembre y diciembre (9 eventos adversos registrados cada mes). Más del 60% de los eventos adversos que sucedieron durante dicho año 2023 tuvieron que tener algún tipo de vigilancia o acción sobre el enfermo, aunque no se recogió ningún evento mortal.

**Conclusiones:** La recogida y análisis de los diferentes eventos adversos relacionados con los enfermos son importante para implementar la excelencia de nuestros cuidados en los Servicios de Medicina Intensiva; así como el personal que debe estar entrenado y con una serie de habilidades y cualificación para el trato de estos enfermos.

**Resultados:** De los 410 pacientes incluidos en el estudio, el 69,5% (n = 285) fueron varones, con una edad media de 62,1 ± 17,4 años. Hubo un total de 74 pacientes intubados, de los cuales el 29,7% se sedaron con propofol mientras que el 28,3% se sedaron con isoflurano. El 22,9% de los pacientes analizados llevaron doble sedación (propofol e isoflurano). Hubo un total de 17 traqueostomías. De los pacientes intubados y sedados con propofol 11 pacientes (25%) precisaron traqueostomía, mientras que de los intubados y sedados con isoflurano, precisaron traqueostomía 6 pacientes (14,6%). No se alcanzó significancia estadística por N insuficiente.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes ingresados no precisaron intubación orotraqueal. De los pacientes intubados, casi dos tercios fueron sedados exclusivamente con isoflurano o propofol, pero muchos de los pacientes precisaron doble sedación. Hubo mayor incidencia de traqueostomía en pacientes sedados con propofol con una p estadísticamente no significativa. Necesitaríamos aumentar N para mejorar la potencia del estudio y obtener resultados estadísticamente significativos.

### 396. PREVALENCIA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES SEDADOS CON PROPOFOL EN COMPARACIÓN CON ISOFLURANO

Soriano Ruiz L<sup>1</sup>, Romero Sánchez AB<sup>1</sup>, Courgeon García C<sup>1</sup>, Carrasco González E<sup>1</sup>, Martínez Bernhard A<sup>1</sup>, Triviño Hidalgo J<sup>1</sup>, Cremades Navalón I<sup>1</sup>, Llamas Fernández N<sup>1</sup>, Guerrero Lozano IM<sup>2</sup> y Espinosa Berenguel JL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves (C. H. U. Virgen de la Nieves), Granada.

**Objetivos:** El presente estudio describe la incidencia de pacientes ingresados en Unidad de Cuidados Intensivos que recibieron como sedante propofol o isoflurano y que posteriormente desarrollan neumonía asociada a la ventilación mecánica.

**Métodos:** Se realiza un estudio de cohortes, retrospectivo y observacional seleccionando a 410 pacientes que ingresaron en UCI polivalente entre el 1 de enero al 30 de junio de 2023. Analizamos datos demográficos, número de pacientes intubados, sedación usada, necesidad de traqueotomía, infecciones asociadas y días de destete del respirador.

**Resultados:** De los 410 pacientes ingresados en UCI, 74 pacientes precisaron de intubación orotraqueal (18,05%). De estos 74 pacientes, el 29,7% tuvo sedación única con propofol, 28,3% con isoflurano y un 22,9% recibió otra sedación y excluimos del estudio. En cuanto a las neumonías asociadas a la ventilación mecánica (NAVM), 16 pacientes presentaron tal patología, lo que supone un 18,92% del total de intubados. El 20,5% de los pacientes que recibieron propofol, presentaron NAVM frente a un 17,1% de los tratados con isoflurano. Si lo analizamos respecto al total de NAVM, un 53,8% de todos los pacientes con NAVM estuvieron sedados con propofol (9 pacientes) en comparación con los que recibieron isoflurano cuya prevalencia se sitúa en el 69,2% del total de NAVM (7 pacientes).

**Conclusiones:** Destaca un bajo porcentaje de neumonía asociado a ventilación mecánica en relación con el total de pacientes que fueron intubados durante su ingreso en UCI. Además, del estudio se desprende que el uso de propofol como sedante en pacientes intubados se asocia con una mayor prevalencia de NAVM en comparación con el uso de isoflurano. A resaltar una distribución de pacientes homogénea en ambos grupos de sedantes con un 29,7% en pacientes con propofol y un 28,3% en isoflurano. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la muestra de pacientes en este estudio es limitada y se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### SEDACIÓN/ANALGESIA II

11:40-12:00 - Pantalla 6

Moderadora: Beatriz Lobo Valbuena

### 395. INCIDENCIA DEL USO DE TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES SEDADOS CON ISOFLURANO VS. PROPOFOL

Courgeon García C, Soriano Ruiz L, Romero Sánchez AB, Carrasco González E, Cremades Navalón I, Llamas Fernández N, Pardo Talavera JC, Martínez Bernhard A y Triviño Hidalgo J

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

**Objetivos:** Analizar la incidencia del uso de traqueostomía en pacientes sedados con Isoflurano frente a propofol en un periodo de 6 meses, en pacientes intubados de cualquier etiología.

**Métodos:** Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional seleccionando a todos los pacientes ingresados en UCI con necesidad de intubación desde el 1 de enero al 30 de junio de 2023. Recogimos datos demográficos, número de pacientes intubados, tipo de sedante (propofol vs. isoflurano) y necesidad de traqueostomía.

### 397. IMPACTO DE LA SEDACIÓN INHALATORIA EN PACIENTES CON ECMO TRAS IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE SEDACIÓN

Peregrina Caño E, Ben Abdellatif I, Fernández Villalba A, de la Torre Muñoz A y Nuevo Ortega P

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

**Objetivos:** Analizar los pacientes con soporte con ECMO que reciben sedación inhalatoria tras presentar el protocolo creado por el grupo de trabajo de sedación de nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de seguimiento retrospectivo de los pacientes con soporte cardiopulmonar con ECMO que tras crear y presentar el protocolo de sedación inhalatoria en la unidad,

reciben sedación inhalatoria durante el 2023. Se analizaron variables demográficas, analíticas, manejo terapéutico, así como supervivencia al alta y días de estancia.

**Resultados:** Solo se ha podido usar en dos casos. El primero, en un shock cardiogénico por miocarditis fulminante con soporte circulatorio con ECMELLA y complicado respiratoriamente por NAVM. Preciso 25 días de VM (total 33 días en UCI). El motivo de iniciar sedación inhalatoria fue por sedación difícil; previamente se encontraba sedoanalgesiado con dexmedetomidina, propofol, remifentanilo y midazolam, y a pesar de ello, desadaptada sin lograr objetivos de BIS. Inicialmente la sedación fue con sevoflurano (por convenio hospitalario) y posteriormente cuando se aceptó a nivel hospitalario, se modificó por isoflurano. Fue el primer caso de sedación inhalatoria en UCI por lo que el destete se hizo con sedación intravenosa: dexmedetomidina; y metadona v.o. (por síndrome de abstinencia), siendo dada de alta a planta sin incidencias. El segundo caso, neumonía grave bilateral broncoaspirativa complicada con SDRA en paciente con ingesta voluntaria medicamentosa en contexto de un intento autolítico. Configuración inicial del soporte con ECMO VAV → VV. Preciso 16 días de VM (total 19 días en UCI). El inicio de la sedación inhalatoria (isoflurano) fue por una bradicardia extrema asociada a propofol. En el destete de la VM preciso únicamente dexmedetomidina, no tuvo síndrome de abstinencia.

**Conclusiones:** El inicio de la sedación inhalatoria ha supuesto una nueva línea de tratamiento de sedación en el paciente crítico. Aparece en las últimas guías del GTSAD como fármaco de primera elección en los casos de sedación moderada-profunda. Nos da una alternativa a los sedantes clásicos iv como las BDZ, que han quedado relegadas por sus efectos adversos. El uso de esta terapia implica la necesidad de formación y experiencia tanto para iniciar la sedación inhalatoria de forma adecuada como para su manejo y finalización. La sedación inhalatoria nos brinda una nueva alternativa que parece segura y eficaz.

### 398. MONITORIZACIÓN DEL NIVEL DE NOCICEPCIÓN DURANTE LA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

Nomdedeu Fernández M, Ojados Muñoz Á, Zarza Márquez MDM, Jiménez Medina D, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, Redondo Martínez MJ y Serna Martínez M

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

**Objetivos:** Observar el nivel de nocicepción mediante monitorización NOL (índice de nivel de nocicepción) durante la realización de traqueostomía percutánea en pacientes críticos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de 27 camas a los que se les realizó traqueostomía percutánea durante su ingreso. La técnica se realizó con pauta de sedoanalgesia y relajación protocolizada habitual y no se intervino según niveles de NOL. Se analizaron variables antropométricas, demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio, así como tipo de fármaco empleado y dosis utilizadas. Mostramos los gráficos más representativos de la monitorización y extraemos unas conclusiones que describimos a continuación.

**Resultados:** Monitorizamos un total de 12 pacientes (66% varones) con una edad media de 74 años y un IMC de 24. Se realizó traqueostomía entre el día 10<sup>o</sup>-12<sup>o</sup> de ingreso en situación de estabilidad hemodinámica (25% de ellos se encontraban con perfusión de drogas vasoactivas a dosis bajas), en ritmo sinusal y con buena perfusión periférica. Previo al procedimiento, se administró pauta de sedoanalgesia con fentanilo y midazolam o propofol y relación mediante cisatracurio. Todos los pacientes se encontraban con perfusión continua de analgésicos (5 de ellos con perfusión de fentanilo, 1 con remifentanilo y el resto con metamizol). De los 12 pacientes, 8 tenían perfusión continua de sedantes para RASS objetivo de -3.

**Conclusiones:** El NOL es un indicador objetivo de la presencia y severidad de la nocicepción durante la monitorización intraoperatoria, pero no está validado por la falta actual de estudios en pacientes críticos. Tras nuestro estudio observacional, podemos concluir que a pesar de analgesia con fentanilo a dosis entre 1-2 µg/Kg y administrado en el rango de tiempo de máxima efectividad del fármaco, el 90% de los pacientes a los que se realizó traqueostomía percutánea presentaron niveles de NOL elevados compatibles con dolor durante la laringoscopia y durante la dilatación de la tráquea previo a la inserción de la cánula de traqueostomía. Pudimos observar este hecho de manera uniforme en pacientes con diferentes condiciones clínicas, en las que la señal detectada o la respuesta fisiológica pueden artefactar el nivel de NOL.

### 399. REVISIÓN DE LA FARMACOCINÉTICA EN EL ECMO, LO QUE REALMENTE SABEMOS

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

**Objetivos:** El uso del ECMO tanto en su modalidad veno-arterial como veno-venoso se ha extendido a lo largo de los últimos años sobre todo tras la epidemia de COVID-19. Desde entonces se han producido múltiples avances y estudios respecto al uso de fármacos en este grupo de pacientes, dada la gran incertidumbre respecto a la posible afectación farmacocinética que produce la terapia. El objetivo de esta revisión es conocer la evidencia al respecto, tanto en analgesedación como en el uso de antimicrobianos.

**Métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica en PubMed, Trip Medical Database, the Cochrane library, y SciELO utilizando los siguientes términos: "ECMO and pharmacokinetics", "ECMO and sedation", "ECMO and antibiotics", "ECMO and analgesia", "ECMO and antimicrobial", "ECMO and antiviral". Se han incluido artículos publicados entre enero de 2012 y diciembre de 2022, en inglés o español, de libre acceso, y que se hubieran realizado en pacientes mayores de 18 años. Se han excluido estudios en animales o *in vitro*. Se hallaron un total de 626 artículos en la búsqueda inicial. De ellos, se excluyen aquellos que no incluyen el término ECMO en su título, aquellos no accesibles de forma pública o institucionalmente, aquellos repetidos, los que no están relacionados con el tema a tratar, aquellos que se refieren a población pediátrica, animales o estudios *in vitro*, y los que no se encuentran escritos en español o inglés. De la bibliografía de los primeros, se adicionan 27 artículos más. De los 90 seleccionados hasta este punto, finalmente se revisan 50 artículos, siendo los otros 40 artículos utilizados para mayor desarrollo del trasfondo del estudio. Esta búsqueda incluye tanto la farmacocinética de la analgesedación como la de antimicrobianos.

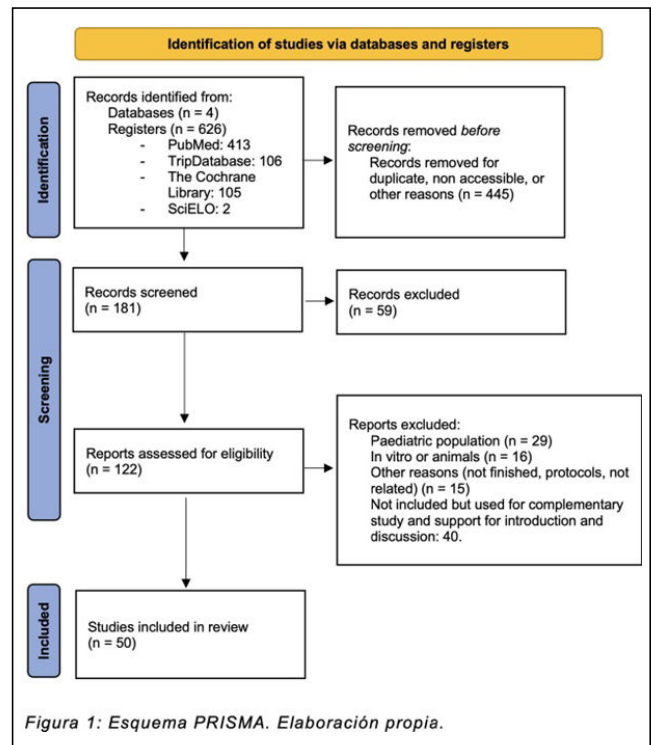


Figura 1: Esquema PRISMA. Elaboración propia.

**Resultados:** En el caso de la analgesedación en ECMO, los resultados incluyen 8 artículos y se resumen en las siguientes tablas: la primera tabla muestra los resultados respecto a los fármacos analgesedantes lipofílicos con elevada unión a proteínas plasmáticas, que según la evidencia *in vitro*, deberían ser más subsidiarios de secuestro por parte de la membrana. La segunda, sobre fármacos analgesedantes lipofílicos con baja unión a proteínas plasmáticas.

**Conclusiones:** En el caso de la analgesedación en los pacientes con ECMO, no existe suficiente evidencia *in vivo* para conocer la afectación

ARTÍCULO	FÁRMACOS ESTUDIADOS	Nº PACIENTES TIPO DE ESTUDIO	ALTERACIÓN PK	SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	LIMITACIÓN PRINCIPAL
Shekar et al 2012: Increased sedation requirements in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation for respiratory and cardiorespiratory failure. (2)	Morfina, midazolam y fentanilo	29 pacientes con ECMO, 13 VV, 16 VA, sin grupo control. Retrospectivo, media de uso de cada fármaco en el tiempo	No estudiada	No aumento de las necesidades de fentanilo. Aumento necesidades de Midazolam.	Uso de otros analgosedantes e incluso de relajación neuromuscular no cuantificados. Baja muestra y sin grupo control.
Seungwon Yang et al. 2017: Population pharmacokinetics of remifentanyl in critically ill patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. (18)	Remifentanilo	15 pacientes con ECMO VA, sin grupo control Estudio de cohortes prospectivo	Aumento de velocidad de bomba ECMO aumenta CL y VD	No estudiada.	Escasa muestra, no estudio de correlación clínica. Presencia de posibles factores confusores como
Jongsung Hahn et al. 2019: Population pharmacokinetics of intravenous sufentanil in critically ill patients supported with extracorporeal membrane oxygenation therapy. (19)	Sufentanilo	20 pacientes con ECMO VA, sin grupo control Estudio de cohortes prospectivo	Aumento VD y disminución CL, sospecha origen hepático por flujo de ECMO VA	No estudiada.	Escasa muestra, no estudio de correlación clínica. Uso de otros fármacos analgosedantes no titulados.
DeGrado et al 2017: Evaluation of sedatives, analgesics, and neuromuscular blocking agents in adults receiving extracorporeal membrane oxygenation. (8)	Benzodiazepinas, propofol, dexmedetomidina, ketamina, antipsicóticos, fentanilo, hidromorfina	32 pacientes con ECMO: 17 VV, 15 VA, sin grupo control. Estudio de cohortes prospectivo, estudio de media de necesidades	No estudiada	No necesidad de aumento de dosis de analgosedantes.	Escasa muestra, sin grupo control, sin titulación farmacológica. Objetivos de sedación variables en distintos pacientes.
Dong et al. 2018 Role of methadone in extracorporeal membrane oxygenation: Two case reports. (20)	Metadona	Reporte de 2 casos. Estudio de dosis de otros analgosedantes durante su uso.	No estudiada	Su uso permite descenso de otros dexmedetomidina, propofol y fentanilo durante la terapia ECMO	Sin estudio farmacocinético en relación con ECMO.

ARTÍCULO	FÁRMACO ESTUDIADO	Nº PACIENTES TIPO DE ESTUDIO	ALTERACIÓN PK	SIGNIFICACIÓN CLÍNICA	LIMITACIÓN PRINCIPAL
Lam E et al. 2019. Pharmacokinetics of Ketamine at Dissociative Doses in an Adult Patient With Refractory Status Asthmaticus Receiving Extracorporeal Membrane Oxygenation Therapy. (21)	Ketamina	Reporte de un caso.	Aumento del VD, pero similar al de otros críticos	No estudiada.	Baja muestra. Sin estudio de correlación clínica con analgosedación.
Tellor B et al. 2015 Ketamine infusion for patients receiving extracorporeal membrane oxygenation support: A case series. (22)	Ketamina	26 pacientes con ECMO. Estudio de cohortes retrospectivo.	No estudiada	Más frecuente disminuir otros analgosedantes que aumentarlos.	Retrospectivo.
Dzierba A. et al. 2019. Ketamine use in sedation management in patients receiving extracorporeal membrane oxygenation. (23)	Ketamina	20 pacientes aleatorizados con o sin ketamina.	No estudiada	No disminución de la necesidad de otros analgosedantes en pacientes con ECMO	Ausencia de protocolización de la analgosedación. Objetivos terapéuticos no uniformes.

real que produce en la cinética de los distintos fármacos. Es preciso aumentar tanto la cantidad como la calidad de la evidencia científica para mejor optimización de la analgesia en estos pacientes evitando efectos deletéreos de la sobredosificación y sobreanalgesia.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### URGENCIAS/EMERGENCIAS II

11:40-12:00 - Pantalla 7

Moderador: Marc Morales Codina

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

Fortet Cortés D, Marcote Denis B, Rivas Gómez-Plana F, García Arjona R y Palomares Nova G

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Describir características, motivo de ingreso, evolución, supervivencias y situación funcional de los pacientes añosos ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes de 75 años o más ingresados desde enero de 2021 a noviembre de 2023. Se analizó edad; sexo; antecedentes personales; motivo de ingreso; necesidad de vasoactivos y dosis; ventilación mecánica invasiva (VMI), traqueotomía; fracaso renal, grado y uso de terapia de depuración extrarrenal (TDER); fallo hepático; muerte encefálica (ME); limitación del esfuerzo terapéutico (LET) al ingreso o durante el mismo; tiempo de ingreso en UCI; gravedad; mortalidad; así como supervivencia y grado funcional en diferentes tiempos.

**Resultados:** Ingresaron 294 pacientes (61,6% hombres y 38,4% mujeres) de edad mediana 78 (rango intercuartílico [RI] 5). El 20,7% padecían cardiopatía isquémica (CI); 83% hipertensión; 49,3% diabetes; 54,1% dislipemia y 27,6% eran fumadores. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron CI con una 41,3%; sepsis 15%; ictus 8,5%; insuficiencia respiratoria 7,5%; posquirúrgicos 6,8% y coma 4,1%. El 40,8% precisó vasoactivos, el 90,5% solo noradrenalina y el 67,8% hasta 0,5 µg/kg/min. El 31,6% requirió VMI una mediana de 2 días (RI 7) y de ellos un 7,5% fueron traqueotomizados. El 33,3% presentó fallo renal (72,2% AKIN I-II) de los cuales 9,3% precisaron TDER. Presentaron fallo hepático 2,7% y 1% ME. El 8,8% se limitaron al ingreso (fallecieron 23,1%), 21,4% durante su estancia (52,4% fallecieron). La estancia en UCI fue de mediana 3 días (RI 3). La puntuación mediana en la escala APACHE-II fue 14,5 puntos (RI 13,5). La mortalidad en UCI fue de 18% aunque muy variable en función de la patología, en CI se reduce a 6,6% frente a 89% en PCR. La causa más frecuente de *exitus* fue *shock* séptico refractario (38%) seguida de neurológica (26%). No obstante, el 76,2% se fueron de alta a domicilio; la supervivencia a los 6 meses fue 89% y 83,7% al año. En cuanto al RAN-KIN al ingreso se encontraba en 0-1 el 74,8% y 4-5 el 7,8%; mientras que al año descendiendo hasta 53,7% y aumenta a 18,7% respectivamente.

**Conclusiones:** Los pacientes añosos se pueden beneficiar de ingreso en UCI si bien la evolución y el resultado son variables y dependen de múltiples factores, entre los que destaca la patología de ingreso y el grado de soporte necesario. Aquellos que superan el episodio tienen elevada supervivencia al año. Por todo ello, y atendiendo al envejecimiento progresivo de la población, la decisión de ingreso de paciente añooso debe individualizarse y podría ser beneficiosa en un gran número de casos.

#### 401. ANÁLISIS DE LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE RABDOMIOLISIS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

Luque Mármol E, Pérez Caballero FL, Borge Rodríguez G, Rey Barreiro U, Lardelli Picallos S, González Cárdenas M, Peña Luna IM, Benítez Morillo MF, Gil Pérez NM y Nieto Sánchez PA

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

**Objetivos:** Analizar las principales causas de rabdomiolisis en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 60 pacientes recogidos entre enero de 2018 y diciembre de 2023 en la UCI del Hospital de Mérida. Se recogieron las variables: edad, causa, estación del año, creatinina (CPK) al ingreso, a las 12 y 24 horas, al alta y CPK pico; toma de suplementos proteicos, inicio de ejercicio físico, aparición de mialgias, mioglobinuria y fracaso renal agudo (FRA), tratamiento con bicarbonato y fasciotomía. Se analizaron mediante el sistema informático SPSS.

**Resultados:** En la muestra el 82% eran varones, con una media de edad de 40,5 años. Como principales causas de rabdomiolisis encontramos los politraumatismos (PT) (68%) y posejercicio físico (PE) (15%), sin asociación entre el sexo y la causa (p 0,71). La mayoría de rabdomiolisis por PT fueron en 2022 (22%) con asociación significativa (p 0,013) con *odds ratio* (OR) 3,15. Hubo un incremento del 500% de las rabdomiolisis PE de 2020 a 2023. No hay asociación entre la causa y la estación del año (p 0,23). De las rabdomiolisis secundarias a PE el 22% tomaba suplementos proteicos y el 67% había iniciado por primera vez ejercicio físico en la semana previa, siendo significativo (p 0,002 y p < 0,001 respectivamente). El 67% presentaba mioglobinuria y mialgias espontáneas (p < 0,001). El 24% desarrolló FRA, no significativo (p 0,09). La media de CPK al ingreso fue 3.534 UI/L en PT y 79.596 UI/L en PE, con un porcentaje descenso medio del 45% en PE y un aumento medio del 273% en PT a las 24 horas. La media de CPK al alta fue de 1,184 UI/L en PT y 21,135 UI/L en PE. Se usó bicarbonato en el 53% de los PT y en el 100% de los PE, sin asociación entre su uso y el porcentaje de descenso de la CPK a las 24 horas (p 0,23) ni al alta (p 0,63). No se ha encontrado asociación entre el uso de bicarbonato y el desarrollo de FRA (p 0,56). La media de días de estancia en UCI fue de 6 días en PT y 3 días en PE, sin asociación significativa con la causa (p 0,2).

**Conclusiones:** Destaca que la mayoría de los pacientes eran varones. Además, se aprecia un incremento del riesgo de rabdomiolisis por PT en el año 2022 con una OR 3,15. Se observa un incremento de la rabdomiolisis secundaria a PE en un 500% del 2020 al 2023, en probable relación con el aumento del ejercicio físico tras la pandemia COVID-19. Una de las posibles causas por las que los datos no sean significativos es el bajo número de pacientes recogidos en la muestra, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

#### 402. HABLEMOS DE LA HIPOTERMIA DESPUÉS DE UNA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR)

Rojas Peláez S, Ruiz Urbano A, Domínguez García M, Granja Gómez IL y Jiménez Conde CR

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.

**Objetivos:** Guías internacionales recomiendan la hipotermia terapéutica (HT) para control de temperatura mejorando así el pronóstico neurológico, en la medida de lo posible, evitando el daño neuronal debido a cambios inflamatorios y cascadas que se activan después de la isquemia y las lesiones por reperfusión. Sin embargo, estudios posteriores, no han encontrado diferencias en mortalidad y pronóstico neurológico entre aquellos sometidos a HT versus normotermia.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo incluyendo a pacientes ingresados en nuestra UCI tras una parada cardiorrespiratoria desde 1/01/2021 hasta la actualidad. Las variables recogidas han sido: características clínico-epidemiológicas, lugar y tiempo de duración de la PCR así como el ritmo inicial de la misma, situación clínica al ingreso (en estado de *shock* y/o coma), valor de enolasa más patológico, situación al alta (*exitus*, alta de UCI) y para valorar el deterioro neurológico de los pacientes que se fueron de alta se utilizó la escala Cerebral Performance Categories (CPC). Se analizaron estas variables en cada subgrupo en función de si fueron sometidos a HT (T<sup>a</sup> 32-36 °C) o no.

**Resultados:** Un total de 68 pacientes fueron incluidos en este estudio, 66,2% hombres y 33,8% mujeres, 61 años de edad media. Un 35,8% de las PCR fueron intrahospitalarias y el 64,2% extrahospitalarias con una media de 20 minutos de duración, el 68% presentaron ritmo inicial desfibrilable. Finalmente, un 41,2% pacientes fallecieron en la UCI mientras que el 58,8% fueron dados de alta de la UCI, con CPC de 1 en el 65,1% de los casos. Por otro lado, del total de 68 pacientes, 26 fueron sometidos a hipotermia terapéutica. De este subgrupo un total de 84,6% de las PCR fueron extrahospitalarias con una media de 25 minutos de duración causadas en el 68% de los casos por síndrome coronario agudo (SCA). La

temperatura objetivo fue de 34 °C en un 69,2% de los pacientes. Finalmente, la supervivencia fue del 61,6% de los casos, de los cuales el 81,5% presentaron un CPC al alta de 1. Por otro lado, en el subgrupo no sometido a HT, el 50% de las paradas fueron extrahospitalarias con una media de 15 minutos de duración y el 38,1% causadas por SCA. La supervivencia fue del 50% con un CPC al alta de 1 en el 55,6% de los casos.

**Conclusiones:** Continúan existiendo controversias sobre el perfil de pacientes que se podría beneficiar, temperatura óptima objetivo, duración del tiempo de enfriamiento que precisa de más estudios.

#### 403. ANÁLISIS DE LOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE LAS CAUSAS MENOS FRECUENTES DE RABDOMIOLISIS EN LA UCI DEL HOSPITAL DE MÉRIDA

Luque Mármol E, Pérez Caballero FL, Borge Rodríguez G, Lardelli Picallos S, Rey Barreiro U, González Cárdenas M, Peña Luna IM, Benitez Morillo MF, Gil Pérez NM y Tejada Ruiz J

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

**Objetivos:** Analizar las causas menos frecuentes de rabdomiolisis en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional sobre una muestra de 60 pacientes recogidos entre enero de 2018 y diciembre de 2023, ingresados en la UCI del Hospital de Mérida. Se recogieron las siguientes variables: edad, causa, estación del año, escala APACHE II al ingreso, creatinina (CPK) al ingreso, a las 12 y 24 horas, al alta y CPK pico; aparición de fracaso renal agudo (FRA) y tratamiento con bicarbonato. Se analizaron mediante el programa SPSS.

**Resultados:** De nuestra muestra, el 82% eran hombres, con una media de edad de 40,5 años. Como causas minoritarias de rabdomiolisis encontramos un 7% secundario a golpe de calor (GP), 3% a síndrome neuroléptico maligno (SNM) y 1,6% a electrocución, inflamatoria, tóxica e infecciosa respectivamente. De las rabdomiolisis por causas menos incidentes, el 80% eran hombres, sin significación entre el sexo y la causa (p 0,89). En 2023 ingresaron el 50% de los pacientes que ingresaron por causas minoritarias, no significativo (p 0,69). El 50% de los pacientes ingresaron en verano, sin significación estadística (p 0,1). De las rabdomiolisis relacionadas con GP, el 66% eran varones y la media de edad de 48 años. La media de APACHE II al ingreso fue de 31 puntos. Hubo una mortalidad del 100% a los 30 días. Respecto a las rabdomiolisis secundarias a SNM, la media de edad fue 34 años, siendo el 66% hombres. La media de APACHE II de 28 puntos. Dos tercios de los pacientes fallecieron en las primeras 48 horas de su ingreso en la Unidad. Los mayores valores pico de CPK se encontraron a la rabdomiolisis de origen inflamatorio (síndrome antisintetasa), con 271.500 UI/L, seguido de causa tóxica (22.709 UI/L) y GP (18.143 UI/L), sin significación (p 0,22). Se administró bicarbonato en el 60% de pacientes, desarrollando FRA el 50% de estos pacientes, sin significación (p 0,77). En cuanto a la clínica inicial, el paciente con síndrome antisintetasa fue el único con mialgias espontáneas y mioglobinuria sin relación al ejercicio físico.

**Conclusiones:** A pesar de no haber asociación, destaca que la mayoría de rabdomiolisis secundarias a causas menos frecuentes se produjeron en 2023. Encontramos patologías con alta mortalidad como el GP o el SNM, en probable relación con las complicaciones asociadas. El mayor pico de CPK fue secundario a rabdomiolisis por patología inflamatoria, sin asociación. Una de las posibles causas por los que los datos no sean significativos es el bajo número de pacientes recogidos, pudiendo cambiar los datos al incrementarla.

#### 404. PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE UN PROTOCOLO DE TRIAJE EN EL PACIENTE TRAUMÁTICO POTENCIALMENTE GRAVE A SU LLEGADA A LA URGENCIA, UNA AGUJA EN UN PAJAR

Garrido Callén A<sup>1</sup>, Maqueda Lluva D<sup>1</sup>, Fernández Martín Caro I<sup>1</sup>, Martín Muñoz M<sup>1</sup>, Muñoz Varea M<sup>1</sup>, González Gómez M<sup>1</sup>, Vasco Castaño D<sup>1</sup> y Pérez Torres M<sup>1</sup>

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid.

**Objetivos:** Presentar los resultados de un protocolo de triaje del paciente traumático potencialmente grave (PTPG) desde la urgencia del hospital Rey Juan Carlos.

**Métodos:** Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes derivados al box vital u observación de urgencias del 23/06/2023-14/12/2023 como traumatismo según entradas del CIE 10 y

con una estancia superior a 12 h tanto en los que se activó el protocolo como en los que no. Se llevaron a cabo tablas de contingencia según trauma grave o no definido como ISS  $\geq$  15 estudiando para nuestro protocolo (fig.). Se estudiaron las diferentes medidas de precisión diagnóstica habituales (expresadas de 0 a 1 con su IC95% binomial): sensibilidad (Se), especificidad (Sp), razones de probabilidad (PLR, NLR), valores predictivos (PPV, NPV) y sobre e infratriaje (OT, UT) primero de forma general, luego de forma unida y finalmente condicionadas al no cumplimiento del criterio previo.

**Resultados:** Se recogieron un total de 236 pacientes, de los cuales se activó el protocolo en un 47%, siendo 18 pacientes, un 8% traumatismos graves. De la muestra total 18% cumplieron criterios fisiológicos, 20% fisiológicos y anatómicos, 66% fisiológicos, anatómicos y de mecanismo lesional, un 85% todos los criterios. El protocolo de triaje completo presenta Se 1 (0,81,1) con Sp 0,16 (0,11, 0,22) con OT 0,91 y UT 0. Los criterios fisiológicos tuvieron S 0,67 (0,41, 0,87), Sp 0,86 (0,8, 0,9), PLR 4,69 (2,96, 7,44), NLR 0,39 (0,2, 0,75) con un OT 0,72 y UT 0,33 además de una precisión de 0,84 para la muestra total. Los pacientes que no cumplieron criterios fisiológicos (193 pacientes) tuvieron para los anatómicos Se 0 y Sp 0,97 (0,93, 0,99). Para los PTPG que no cumplieron los *steps* previos, los de mecanismo lesional (183 pacientes) obtuvieron una S 0,33 (0,04,0,78) y Sp 0,45 (0,38, 0,53) con un OT 0,98 e UT 0,66. El cumplimiento del criterio de mecanismo lesional o de comorbilidad genero sobre los pacientes negativos para fisiológicos y anatómicos (183 pacientes) una S 1 (0,54,1), Sp 0,22 (0,16,0,29) con UT 0 pero con una precisión solo del 0,25 a expensas de un OT del 0,96.

**Conclusiones:** El protocolo genera un excelente punto de partida para el triaje del PTPG en nuestro centro, presentando el criterio fisiológico una buena capacidad discriminativa. Cabe mencionar que si bien el resto de criterios permiten reducir el infratriaje a 0, esto resulta a expensas de un sobretriaje que intentaremos reducir lo más posible de cara al futuro.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### CARDIOVASCULAR II

11:40-12:00 - Pantalla 8

Moderador: Ignacio Pellín Ariño

#### 405. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES EN SHOCK CARDIOGÉNICO EN LA PROVINCIA DE ALMERÍA

Rodríguez Vásquez PE, Aguirre Martínez S, Quesada Díaz MDM, Catalán Muñoz V, Méndez-Benegassi Cid C y González Ángela G

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

**Objetivos:** Describir las características clínicas más importantes de los pacientes que presentan *shock* cardiogénico en nuestra unidad.

**Métodos:** Estudio ambispectivo, unicéntrico y descriptivo de las características demográficas y clínicas de los pacientes que ingresan en la unidad coronaria con diagnóstico de *shock* cardiogénico o lo desarrollan durante su estancia. Se escogió un periodo de estudio desde enero de 2019 hasta septiembre de 2023 en el cual se encontraron 62 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables cuantitativas se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney y las variables cualitativas se estudiaron con chi-cuadrado. Los datos se extraen de una base de datos propia llamada Cardioshock creada para el estudio de esta patología.

**Resultados:** El 72,6% son hombres. La media de edad de ingreso fue 61,8 ( $\pm$  14,7). En cuanto a los antecedentes personales: la diabetes mellitus tipo 2 (38,7%), hipertensión arterial (62,9%), tabaquismo (45,1%) y cardiopatía isquémica previa (23,8%) fueron los que más se observaron. La mortalidad global fue 56,4% (35 pacientes), la mayoría fallecieron durante el ingreso en UCI (30 pacientes, representan el 48,4%). En el 74,2% de los pacientes, el motivo de ingreso en UCI fue el *shock* cardiogénico, mientras que el otro 25,8% lo desarrollaron durante su estancia. Dentro de la clasificación de la SCAI; los de categoría C fueron los que más ingresaron (54,8%), seguidos del tipo D (21%). La etiología más importante fue la



cardiopatía isquémica (que la presentaron el 92% de los pacientes), por ello se realizó en las primeras 24 horas un cateterismo al 60% de los pacientes y a un 32,3% de los pacientes se le realizó previamente al diagnóstico. En la clínica inicial; el 80,6% de los pacientes presentaron hipoperfusión tisular (medida por relleno capilar), edema agudo de pulmón el 59,7%, oliguria el 51,6% y deterioro neurológico el 45,2%. La media de la PAM (presión arterial media) fue de 63,9 mmHg ( $\pm 15,5$ ), la frecuencia cardiaca media 101,8 ( $\pm 29,9$ ), la media de ácido láctico fue de 5,6 mmol/l ( $\pm 4$ ), la mediana del pH fue de 7,2 [7,1-7,4], la presión venosa central (PVC) mayor de 15 mmHg se presentó en el 47% y una FEVI (fracción de eyección ventrículo izquierdo) menor al 30% en el 60,4% de los pacientes.

**Conclusiones:** El perfil de los pacientes ingresados con shock cardiogénico fueron hombres de edad media con factores de riesgo cardiovascular cuya etiología principal fue un infarto agudo de miocardio. Se presentaron la mayoría en categoría C de la SCAL con una clínica principalmente de hipoperfusión orgánica al ingreso. La mortalidad global fue del 56,4%.

#### 406. ANÁLISIS DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO EN UNA UCI POLIVALENTE

Palomares Nova G, García Arjona R y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

**Objetivos:** Analizar las características epidemiológicas y los métodos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP) en una UCI polivalente.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados por TEP agudo entre los años 2021 y 2023 en la UCI de un hospital de segundo nivel de la provincia de Cádiz con radiología intervencionista. Se registran factores de riesgo, gravedad al ingreso mediante las escalas APACHE II y PESI y predictores clínicos, analíticos y de imagen. De la misma forma se analiza método diagnóstico, tratamiento realizado y complicaciones asociadas.

**Resultados:** Se registraron un total de 18 casos con una mediana de edad de 58 años (rango intercuartílico [RI] 39-69) siendo el 56% de ellos mujeres. Presentaban algún factor de riesgo cardiovascular el 72% de ellos, historia de cáncer el 28%, en tratamiento hormonal el 28%, antecedente de enfermedad cardiovascular solo el 11% e ingreso hospitalario en los 3 meses previos el 11% y ninguna fractura ósea reciente. Al ingreso se objetivó una gravedad clasificada según escalas: mediana de APACHE II de 10 (RI 7-18) y de PESI de 2 (RI 1-3); según clínica: inestabilidad hemodinámica el 22%, el 70% taquicardia e hipoxemia el 47%; analíticamente: elevación de troponinas cardiacas en el 80%; y mediante imagen: todos presentaban TEP extenso bilateral y disfunción de ventrículo derecho el 88% con una mediana de TAPSE de 14 (RI 13-16). Un total de 4 casos de riesgo alto, 13 intermedio alto y 1 intermedio bajo. Recibieron tratamiento fibrinolítico el 67% de los pacientes, trombectomía el 28% (2 casos recibieron ambos), no se utilizó filtro de vena cava inferior y se realizó anticoagulación sistémica mediante heparina sódica en el 56% y con heparina de bajo peso molecular los restantes. Como complicación se registraron solo 3 casos de sangrado menor autolimitados (pacientes fibrinolisados). A las 48 horas se registró de nuevo el TAPSE con una mediana de 20 (RI 19-23). La mediana de estancia en UCI fue de 3 días (RI 2-5), precisando ventilación mecánica el 11% y vasoactivos el 17%. La mortalidad fue del 22% (4 casos), dos de ellos por síndrome posparada extrahospitalaria secundaria al TEP y los 2 restantes por causas no relativas al TEP (shock séptico y progresión tumoral).

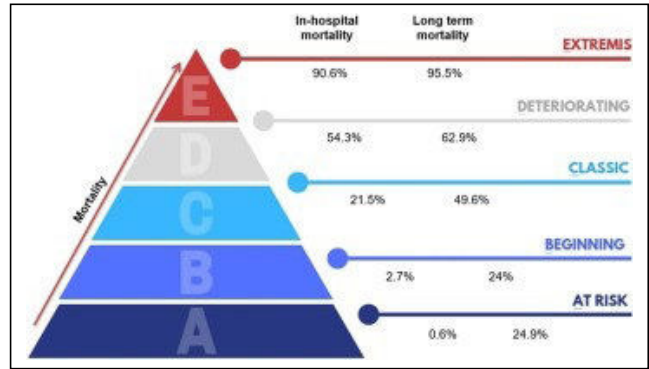
**Conclusiones:** El TEP agudo grave es una patología frecuente y muy conocida, pero con diversas presentaciones y en pacientes sin elevada morbilidad. Esto supone un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico que hace frente a las lagunas que mantiene la evidencia, lo que hace más importante el registro y análisis de estos pacientes.

#### 407. INICIOS DEL ECMO VV Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN EL SHOCK CARDIOGÉNICO

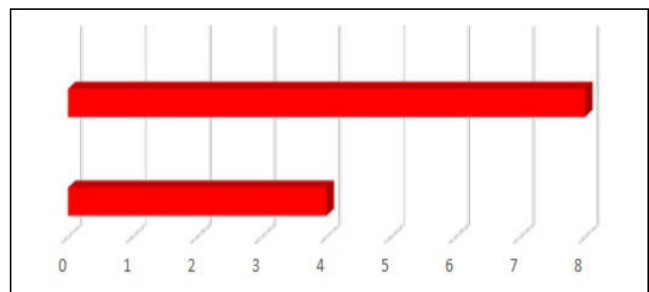
Ocampo Pérez J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Insular Materno Infantil, Las Palmas.

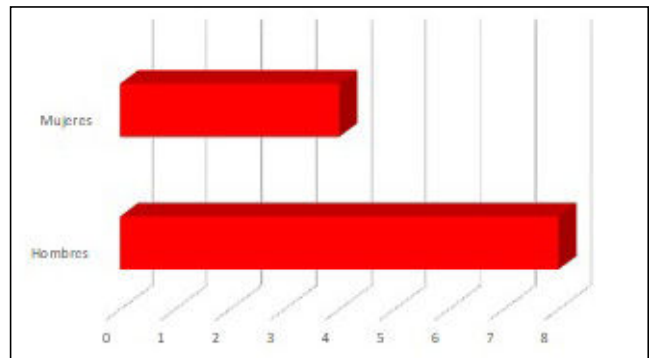
**Objetivos:** Análisis observacional del impacto en la Mortalidad al implementar un programa ECMO La SCAL estableció 5 estadios en 2019: A (pacientes en riesgo de SC); B (SC inicial); C (SC clásico); D (SC en deterioro); E (SC extremo).



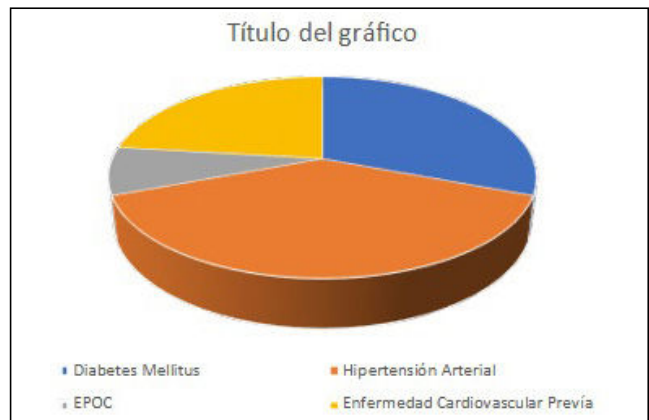
**Métodos:** Población indicación: shock cardiogénico refractario a medidas convencionales: aporte tisular de O<sub>2</sub> insuficiente (variables clínica y analíticas). Fármacos vasoactivos: NA > 0,5/DBT > 10  $\mu\text{g}/\text{k}/\text{min} \pm \text{BCIA}$  o Impella. Total de pacientes: 12. 2022: 4; 2023: 8.



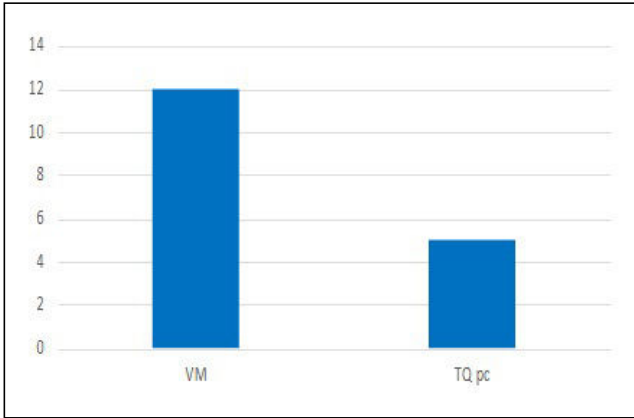
Relación hombres/mujeres: hombres 8; mujeres 4.



Media y mediana de edad: media 54,75 años; mediana 64 años. Antecedentes médicos: diabetes mellitus: 4; hipertensión arterial: 5; EPOC: 1; enfermedad cardiovascular previa: 3.



**Resultados:** Indicaciones de ECMO VA: *shock* cardiogénico (SCACEST): 7 pacientes (todos revascularizados previamente). Arritmias (TV/FV) refractarias: 4 pacientes (2 tratadas con ablación). *Shock* séptico por neumonía y disfunción ventricular izquierda: 1 paciente. Soporte vasoactivo previo inicio ECMO: media de norepinefrina: 1,88 µg/k/min; media de dobutamina: 8,75 µg/k/min. Ventilación mecánica y traqueostomía.



Canulaciones percutáneas ecoguiadas: canulaciones percutáneas ecoguiadas: 12. *Bypass* de miembro inferior: 11. Cierres percutáneo con dispositivo MANTA™: 7 sin complicaciones asociadas; 2 cierres quirúrgicos. Complicaciones de ECMO VA: isquemia de miembro inferior: 2 (una tardía tras retirado ECMO VA); sangrados leves sobre cánulas: 2 pacientes. Destetados del ECMO: 9 pacientes. Pacientes trasplantados: 2 pacientes. Vivos y fallecidos: fallecidos en ECMO (sepsis y fallo múltiple orgánico): 1; fallecidos tras retirar ECMO (*shock* séptico, hipoxemia y neumonía): 5. Tasa de mortalidad 50%. Fallecidos por año: 2022: 3 pacientes: 1 en ECMO VA; 2 tras destete de ECMO VA por sepsis y FMO. 2023: 3 pacientes: todos destetados del ECMO VA.

**Conclusiones:** El inicio de un nuevo programa de ECMO como soporte circulatorio en el *shock* con disfunción ventricular izquierda revela resultados que se equiparan a las características globales registradas por la ELSO. Para alcanzar plenamente los objetivos terapéuticos, es imperativo seguir los protocolos establecidos respaldados por la evidencia científica.

**408. CURSOS DE SOPORTE VITAL IMPARTIDOS POR INSTRUCTORES DEL PLAN NACIONAL DE RCP EN EL HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA DURANTE EL PERIODO 2019-2023**

Domínguez García M, Ruíz Urbano A, Rojas Pelaez S, Jiménez Conde C y Granja Gómez IL

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.

**Objetivos:** Describir la experiencia de los cursos de formación en soporte vital impartidos por médicos intensivistas e instructores del plan nacional de RCP, en los últimos cinco años en el Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se incluyen los cursos de soporte vital avanzado realizados por médicos intensivistas e instructores del Plan Nacional de RCP durante el periodo de 2019 a 2023 en el Hospital Juan Ramón Jiménez.

**Resultados:** Durante el periodo de 2019 a 2023, el grupo de médicos intensivistas e instructores del Plan Nacional de RCP formó en soporte vital a un total de 1093 trabajadores del Hospital Juan Ramón Jiménez. Este Plan Formativo se establece dentro de la Comisión Hospitalaria de RCP y el Plan Hospitalario de atención a la Parada cardiorespiratoria intrahospitalaria, con un resultado en cuanto a supervivencia tras PCR/H de 31%. Los alumnos que recibieron el curso fueron: 239 médicos adjuntos, 117 especialistas internos residentes, 433 enfermeros, 235 técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, 43 fisioterapeutas, 9 celadores y 13 administrativos y auxiliares administrativos. Las áreas de especialidad que mayor número de participantes tuvieron fueron Urgencias, con un 16,85% (184 alumnos); nuestros propios residentes y otros compañeros de UCI 7,14% (78 alumnos); Pediatría y UCI pediátrica y neonatal 6,59% (72 alumnos); Rehabilitación 5,67% (62 alumnos); Psiquiatría y todas las unidades de salud mental 5,58% (61 alumnos); Medicina Interna 5,49% (60 alumnos); Ginecología y obstetricia 4,67% (51 alumnos); seguidos en menor medida por Neumología 2,74% (30 alumnos) y Cardiología 2,47% (27 alumnos). El 65% de los cursos fueron de soporte vital inmediato, el 31% de soporte vital avanzado y el 4% de soporte vital avanzado pediátrico. El grado de satisfacción de los alumnos fue de 9,6 puntos sobre 10.

**Conclusiones:** En la actualidad, el Sistema Andaluz de Salud ha contratado a la empresa IAVANTE para la formación en soporte vital avanzado de sus centros. Esta empresa no reconoce el aval del Plan Nacional de RCP ni a sus instructores, excluyendo a los médicos intensivistas andaluces de los planes formativos hospitalarios en soporte vital. La formación en soporte vital en nuestros hospitales se relaciona directamente con los planes hospitalarios de RCP y con la supervivencia tras una PCR/H y deben ser liderados por los especialistas en esta materia, médicos intensivistas.

Figura 6 Póster 407

	Total	Survived to DC or Transfer
<b>Total</b>	<b>108,769</b>	<b>52%</b>
<b>Neonatal</b>	<b>8,713</b>	<b>60%</b>
Pulmonary	4,387	70%
Cardiac	3,319	52%
ECPR	1,007	45%
<b>Pediatric</b>	<b>14,404</b>	<b>59%</b>
Pulmonary	4,508	69%
Cardiac	6,754	60%
ECPR	3,142	40%
<b>Adult</b>	<b>85,652</b>	<b>50%</b>
Pulmonary	37,720	58%
Cardiac	36,516	48%
ECPR	11,416	31%

#### 409. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UCI TRAS LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2: PERFIL CLÍNICO Y MORTALIDAD

Gállego Villar M, Abad Santamaría B, García Vázquez N, Alvargonzález Riera C, Rojo Montes L, Carrapiso Galán P, Delgado Arroyo A, Corredor Jiménez D y Canabal Berlanga A

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

**Objetivos:** Determinar las características basales (sociodemográficas, comorbilidades y microbiológicas), factores de riesgo y mortalidad (intra-UCI y hospitalaria) asociada a la endocarditis infecciosa.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados por EI en la UCI del Hospital de la Princesa durante el periodo comprendido entre enero de 2021 y diciembre de 2023. El diagnóstico de EI se realizó siguiendo los criterios de Duke. Dentro de las variables analizadas se incluyeron: comorbilidades asociadas, microorganismo causante, válvula afecta, carácter de la cirugía, complicaciones (embolia cerebrales y fracaso renal agudo) y mortalidad.

**Resultados:** Se diagnosticaron un total 56 casos de EI. El 70,9% eran varones, con una media de edad de 70 años. Respecto a las comorbilidades asociadas, el 37% presentaron diabetes mellitus y el 28% presentaban HTA, DM y DL. Al ingreso en UCI, el APACHE II medio calculado fue 15,3. En relación al tipo de válvula afecta, el 45,5% de los casos fue sobre válvula nativa y el 54,4% sobre válvula protésica, con un 48% de endocarditis precoces y 52% tardía. La principal válvula afectada en ambos grupos de pacientes fue la válvula aórtica (54,5%), seguido de la mitral (25,5), con un 10,91% de pacientes con dos válvulas afectadas. El microorganismo aislado más frecuente fue el *S. aureus* (SAMS en el 16,4% y SARM 5,4%), seguido del *Enterococo faecalis* en el 18,2%. Al analizar las características de la cirugía, en el 72,7% se realizó de forma programada, el 16,3% urgente y el 10,9% emergente. La media de días desde el inicio de los síntomas hasta la cirugía fue de 17,6 días. Respecto a las complicaciones, un 29,1% de los casos presento embolismo cerebral, mientras que la prevalencia de fracaso renal agudo fue del 56,4% (25% precisaron terapia renal sustitutiva). La mortalidad intra-UCI fue del 12,7% y la mortalidad hospitalaria fue del 18,2%.

**Conclusiones:** Los pacientes ingresados en UCI por EI fueron predominantemente varones de edad avanzada, con comorbilidades asociadas y que precisaron cirugía de sustitución valvular. La endocarditis precoz sobre válvula protésica fue la presentación clínica más frecuente principalmente sobre válvula aórtica, siendo *S. aureus* el microorganismo más frecuente. La tasa de mortalidad en la EI fue similar a la descrita en otras series de la literatura.

**Métodos:** Dado el aumento exponencial del trasplante pulmonar en los últimos años, se analizó la inequidad de la comunidad con respecto al programa nacional de trasplante pulmonar, consecuencia principalmente de su desventaja geográfica (necesidad de traslados para inclusión de pacientes en lista de espera, procedimiento y controles posteriores), con el perjuicio que ello supone para toda la población canaria. Además, se justificó el aprovechamiento de los pulmones generados en nuestra comunidad, generando un modelo casi autosuficiente, que genera los órganos requeridos para satisfacer las necesidades de la población.

**Resultados:** Puesta en marcha del programa en julio 2023. Hasta la fecha 5 pacientes canarios con diagnóstico de EPOC trasplantados, con una supervivencia del 100% y una estancia media en UCI de 12 días. Como complicaciones a destacar fracaso renal leve, gastroparesia, neumonía precoz por *Aspergillus niger* y ACV isquémico por probable embolismo intraoperatorio.

**Conclusiones:** Con el inicio del programa de trasplante pulmonar, la comunidad de Canarias se beneficia del mejor aprovechamiento y eficacia del programa nacional de trasplante, logrando que se realice en el entorno sociofamiliar del paciente, por su propio equipo y sistema sanitario, todo ello con una reducción de los costes y con la disponibilidad permanente de todos los profesionales implicados.

#### 411. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS FAMILIARES PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA CC. AA. CANARIAS DURANTE LOS AÑOS 2017 A 2022

Rodríguez Ramos ST, Cruz Cabeza MI, Cereijo Arteaga A, Cerro López P, Molina Díaz I, Domínguez González A, Suárez Ramos J, Zamora Baso A, Medina Cabrera N y García Poignon G

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

**Objetivos:** Conocer el porcentaje de negativas familiares de la CCAA Canarias durante los últimos seis años y establecer un análisis de las mismas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo multicéntrico en los seis Hospitales Públicos más grandes de la CCAA Canarias. Se analizaron los datos recogidos en el formulario de entrevista familiar que fueron cumplimentados y enviados a la Coordinación Autonómica de Trasplantes en el periodo comprendido entre los años 2017 al 2022. Se incluyeron las siguientes variables de los donantes que fueron negativa familiar a la donación de órganos: edad, sexo, hospital, causa de fallecimiento, tiempo de ingreso en el hospital y el tipo de donación. Asimismo, el tiempo de duración de la entrevista, el nivel sociocultural percibido por el entrevistador y la causa de la negativa familiar.

**Resultados:** Se recibieron un total de 600 formularios cumplimentados. El porcentaje de negativas familiares fue de un 19%, siendo el año 2017 con un 28% el de mayor incidencia con un descenso progresivo en los últimos años hasta alcanzar el 16% en el año 2022. El Hospital General de la Palma fue el que menos negativas presentó (8%). De los grandes hospitales, el Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria y el Hospital Universitario Dr. Negrín tuvieron un 20% de negativas familiares. La media de edad de los donantes que fueron negativa familiar fue de 56 años. El tiempo de estancia medio en el Hospital incluyendo la Unidad de Críticos fue de 24 a 72 horas. El ictus hemorrágico en los donantes fue el diagnóstico donde más negativas familiares se presentaron. El 66% de las negativas fueron en donantes en muerte encefálica. Valorando el tiempo de duración de la entrevista a las familias, se produjeron más negativas en las entrevistas que duraron entre 5 y 25 min (90%). Según el familiar entrevistado, se producen más negativas entre el cónyuge que entre el resto de familiares siendo los hijos los que aceptan la donación en la mayoría de los casos. Teniendo en cuenta el nivel socio cultural percibido por el entrevistador del familiar entrevistado, el mayor número de negativas se presentaron en familiares con un nivel socio cultural percibido como medio (más del 50%). Siguen siendo la negativa previa del donante y la negativa sin más razón las principales causas de negación a la donación en nuestra comunidad con más del 50% de las mismas.

**Conclusiones:** El porcentaje de negativas familiares en la comunidad autónoma de Canarias a la donación de órganos fue del 19%, que pese a estar por encima del 15%, se objetiva un descenso progresivo de las mismas en los últimos años.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### TRASPLANTES I

11:40-12:00 - Pantalla 9

Moderadora: Miriam Cabrera Santana

#### 410. INICIO DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE PULMONAR EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Gallardo Santos ME, Díaz Díaz JJ, Machín Vico FM, Sánchez Cesteros C y Ruíz Santana S

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

**Objetivos:** Dotar a la comunidad canaria de un programa de trasplante pulmonar con el fin de aliviar el enorme coste familiar, social, personal y económico que supone para cada uno de los pacientes con enfermedad pulmonar terminal seleccionados, ofreciendo así el mayor número de oportunidades al mayor número de enfermos.

**412. TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA EN UN HOSPITAL NO TRASPLANTADOR. ¿DÓNDE SE NOS VA EL TIEMPO?**

Vallejo de la Cueva A<sup>1</sup>, Carrión Esteban M<sup>1</sup>, Basterretxea Alonso A<sup>2</sup>, Vizcay Iriarte I<sup>1</sup>, San Sebastián Hurtado A<sup>1</sup>, Rodríguez Trujillo I<sup>1</sup>, Quintano Rodero A<sup>1</sup>, Corral Lozano E<sup>1</sup>, Tejero Mogena A<sup>1</sup> y Legaristi Martínez N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava. <sup>2</sup>Hospital Universitario Cruces, Vizcaya.

**Objetivos:** Analizar los tiempos de isquemia caliente y fría, así como las complicaciones postransplante en la donación renal en asistolia controlada en un hospital no trasplantador con el objetivo de mejorar los resultados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en hospital de tercer nivel (sin cirugía cardíaca), referencia para 400.000 habitantes del 19/07/2022 al 26/07/23. Descripción: Variables categóricas: n/%. Continuas:  $\chi^2 \pm DE$  (normal) mediana y rango (no normal).

**Resultados:** Características de los donantes (tablas). Todas las preservaciones se hicieron con ECMO normotérmica. Donación multiórgano concomitante n (%) 5 (71,42). 1 pérdida de injerto derecho por trombosis. Todos los injertos están funcionantes. No hay muertes en receptor.

Edad X $\pm$ DE	61,63	12,72
Edad $\geq$ 65 años, n/%	4	57,14
HTA sí, n/%	4	50
DMI sí, n/%	1	12,5
Arteriopatía sí, n/%	0	0

Creatinina mg/dl durante normotermia		
Basal X $\pm$ DE	0,57	0,23
0 min X $\pm$ DE	0,66	0,31
20 X $\pm$ DE	0,67	0,33
40 X $\pm$ DE	0,74	0,58
60 X $\pm$ DE	0,63	0,33
80 X $\pm$ DE	0,9	0,38
100 X $\pm$ DE	0,94	0,41
Lactato mmol/l		
Basal X $\pm$ DE	2,8	1,9
0 min mediana y IQR	3,2	3,2
20 X $\pm$ DE	4,54	2,98
40 X $\pm$ DE	4,56	3,6
60 X $\pm$ DE	4,22	2,82
80 X $\pm$ DE	3,75	2,65
100 X $\pm$ DE	3,1	2,06

Tiempos		
Isquemia caliente funcional, min, mediana y IQR	15	8,0-31,75
Isquemia fría (TIF) riñón dcho, horas, X $\pm$ DE	17,39	4,02
TIF riñón dcho de 65 años, horas, X $\pm$ DE	16,4	3,15
TIF riñón izdo, horas, X $\pm$ DE	19,46	2,93
TIF riñón izdo TIF riñón dcho de 65 años, horas, X $\pm$ DE	20,46	2,94
Disfunción primaria dcho n%	0	0
Disfunción primaria izda n%	0	0
Función retardada injerto (FRI) dcho n%	4	57,14%
FRI izdo n%	5	71,40%

	X	DE
TIF por distancia (km) a centro trasplantador. Riñón derecho		
< 100	18,23	3,5
100-200	12,77	0
> 200	No datos	
TIF por distancia (km) a centro trasplantador. Riñón izquierdo		
< 100	20,46	1,83
100-200	14,5	0
> 200	No datos	
Seguimiento injerto (meses) pos-Tx hasta 15/12/23	13,96	3,8

**Conclusiones:** No se observan diferencias entre los tiempos de isquemia caliente funcional en nuestro centro y los referidos en otras publi-

caciones. Se mantuvieron cifras de creatinina de menos de 1 mg/dl durante toda la preservación normotérmica. Se observa una relación inversamente proporcional entre la distancia al centro trasplantador y TIF. Nuestra serie presenta cifras elevadas de función retardada del injerto que podría estar en relación a los largos tiempos de isquemia fría, aun en pacientes añosos, aunque no parece repercutir en la supervivencia.

**413. ENTREVISTAS FAMILIARES PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SEÑORA DE CANDELARIA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE LOS AÑOS 2017 Y 2022**

Rodríguez Ramos ST<sup>1</sup>, Cruz Cabeza M<sup>1</sup>, Cerejillo Arteaga A<sup>1</sup>, Cerro López P<sup>1</sup>, Molina Díaz I<sup>1</sup>, Rojas Villegas NC<sup>2</sup>, Quintero Torres JM<sup>1</sup>, Suárez Ramos J<sup>1</sup>, Parrilla Toribio DM<sup>1</sup> y Ventura Ventura PM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Gerencia de Atención Primaria, Santa Cruz de Tenerife.

**Objetivos:** Conocer el grado de aceptación a la donación de órganos de las familias entrevistadas en el HUNSC durante el periodo comprendido entre enero 2017 y diciembre 2022. Determinar los factores implicados en la negativa a la donación de órganos en el HUNSC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo unicéntrico realizado en el HUNSC, en el que se revisaron los datos recogidos en el formulario de entrevista familiar que fueron cumplimentados y enviados a la Coordinación Autonómica de Trasplantes en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2022. Se incluyeron las siguientes variables de los donantes que fueron negativa familiar a la donación de órganos: edad, sexo, causa del fallecimiento, tiempo de ingreso en el hospital, procedencia y el tipo de donación. Asimismo, el tiempo de duración de la entrevista, el nivel socio cultural percibido por el entrevistador y la causa de la negativa familiar.

**Resultados:** Se analizaron 176 encuestas, que fueron cumplimentadas y enviadas a la Coordinación Autonómica de Trasplantes. El 20% fueron negativas familiares (NF) a la donación de órganos con un valor absoluto de 36 casos. La media de edad de los donantes que fueron NF fue de 59 años, sin diferencias entre el sexo de los donantes (49% fueron del sexo masculino). La gran mayoría de los donantes estuvieron ingresados durante menos de 72 horas. El promedio de duración de las entrevistas negativas fue de menos de 30 minutos (95%). De las 36 entrevistas negativas es el cónyuge o pareja, el principal interlocutor. El 70% de las donaciones negativas fueron en muerte encefálica. No encontramos relación entre la NF y la procedencia del donante (canarios, extranjeros residentes y extranjeros de vacaciones). El nivel socio cultural percibido por el entrevistador del familiar entrevistado fue el "medio". La negativa previa del donante (41%) y el "NO" sin más explicación (19%) fueron las principales causas a la no donación.

**Conclusiones:** El porcentaje de negativas familiares a la donación de órganos en el HUNSC durante el periodo estudiado fue del 20%, siendo superior a la media nacional (15%).

**414. MODELO "HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA" DE DETECCIÓN DE DONANTES DE TEJIDOS**

García Gómez IG, Segura González F, Gordillo Resina MM y Daga Ruiz D

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

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos tras 28 meses de la instauración del plan de detección de potenciales donantes de tejidos en nuestro centro. Con ello, realizar un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos y diagnosticar posibles puntos de mejora.

**Métodos:** Podríamos establecer varias fases en la puesta en marcha de nuestro modelo: Fase 1: implicación y compromiso por parte de Coordinación de Trasplantes. Disponibilidad plena, respuesta rápida. Fase 2: elaboración de un plan con criterios de activación sencillos y accesibles a todo profesional sanitario. Fallecimiento de paciente menor de 80 años entre las 08 h-20 h todos los días del año. Fase 3: formación intrahospitalaria a los diferentes profesionales y servicios durante los primeros seis meses. Realización de talleres y sesiones formativas durante el primer semestre de 2021, con múltiples ediciones posterior-

res. Fase 4: recogida de datos posterior, análisis de puntos débiles, propuestas de mejora.

**Resultados:** Durante los primeros 28 meses desde el arranque del plan de detección en nuestro hospital el 1 de julio de 2021, hemos tenido un total de 311 avisos (n: 311). La media de edad de los potenciales donantes es de  $65 \pm 11,2$  años. Los profesionales más implicados en cuanto a la activación es enfermería, siendo el grupo detector en un 58% (n: 180), seguidos de médicos 35% (n: 109) y los propios coordinadores el 7% restante (n: 22). Distribución muy heterogénea entre servicios: Oncología 30% (n: 93), UCI 23% (n: 73), Urgencias 12% (n: 37), M. Interna 10% (n: 31) y otros 25% (n: 77). Tras la exhaustiva valoración por parte de Coordinadores, se evidenció contraindicación para la donación en 149 de los casos (48%). Se pudo llevar a cabo entrevista orientada a la donación de tejidos en 139 (45%), en un 7% por diferentes motivos no se pudo llevar a cabo, pese a no existir contraindicación médica. Obtuvimos negativa para la donación por parte de las familias en un 42% (n: 59); por lo que finalmente fueron donantes 80 de los pacientes, lo que supone un 25% del total de las activaciones. De estos 80 donantes, 22 (28%) fueron multitejidos y 58 únicamente de corneas (72%).

**Conclusiones:** Modelo sencillo de ejecutar y extrapolable a otros hospitales, lo cual es ya una realidad en Andalucía. Continuar concienciando a todos los sanitarios, sobre todo médicos, de la incorporación de la donación como un cuidado más al final de la vida. Perseverar en la formación de aquellos servicios que, por cuyo perfil de paciente, podrían generar más detecciones.

Agradecimiento a todos y cada uno de los que hacen esto posible, en especial a Coordinación de Trasplantes por su compromiso y sacrificio.

#### 415. TRASPLANTE EN URGENCIA "0" POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO TRASPLANTADOR.

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

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

**Objetivos:** El fallo hepático fulminante (FHF) se caracteriza por la disfunción aguda de la función hepática. Implica una elevada mortalidad, requiriendo trasplante hepático (TH) en situación de Urgencia "0" (prioridad máxima en lista ante el riesgo de fallecer en menos de 48 horas) como único tratamiento curativo disponible actualmente en los casos más avanzados. Nuestro objetivo consiste en describir nuestra serie de pacientes de TH en Urgencia "0" por FHF, analizando la epidemiología, causa de FHF, necesidad de soporte orgánico y mortalidad.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con FHF que requieren TH en Urgencia "0" desde 2010 hasta noviembre de 2023 en nuestro centro. Se recogen variables demográficas, etiológicas y evolutivas. Se presentan los resultados como proporciones y mediana acompañado de rango intercuartílico (RIC). Análisis estadístico realizado con el programa SPSS, versión 29.1.0.1.

**Resultados:** Se incluyen 33 pacientes, 56% mujeres, con mediana de edad de 40,5 (29-52) años. Las principales causas de FHF fueron tóxicos no farmacológicos (21%) y fármacos distintos al paracetamol (18%). Con respecto a las escalas de gravedad presentan: APACHE-II de 14 (7-17), SAPS-2 de 40 (28-50), MELD de 35 (26-40) y King's College de 2 (2-3). Previamente al trasplante el 58% de los pacientes requieren ventilación mecánica invasiva, el 42% soporte vasoactivo y el 77% necesita de depuración extrarrenal. Entre estos pacientes el 58% recibe terapia MARS, el 4% plasmaféresis y el 21% de hemoadsorción. El tiempo en lista de espera es de 2 (1-3) días, procediendo el 86% de donantes en muerte encefálica y un 14% de donantes en asistolia controlada. Los pacientes permanecen una mediana de 13 (8-17,5) días en UCI y 28 (23-41) días de ingreso hospitalario. La mortalidad intrahospitalaria fue del 12% y el 79% de los pacientes se mantienen con vida actualmente.

**Conclusiones:** Esta patología implica la necesidad de unos cuidados de alta complejidad tanto pre como posoperatorios, sin embargo, destaca la escasa mortalidad que se objetiva en la serie. La aparición de nuevas técnicas de soporte hepático extracorpóreo, nuevos tipos de donación y la efectividad de la organización nacional de trasplantes facilitan los buenos resultados obtenidos. Las causas de FHF son diversas y difieren de lo descrito previamente lo que puede influir en la valoración de la gravedad por las escalas más clásicas. El manejo precoz y especializado de estos pacientes influyen en su adecuada evolución, disminuyendo el tiempo en Urgencia 0 y optimizando el soporte de estos pacientes.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres pantalla

### VENTILACIÓN MECÁNICA/PATOLOGÍA DIGESTIVA CRÍTICA

11:40-12:00 - Pantalla 10

Moderadora: María Martínez Martínez

#### 416. INFLUENCIA DEL TIPO DE SDRA EN LA RESPUESTA A LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

Tornero Yezpe P, López Gómez L, Hígón Cañigral Á, Carrasco González E, Torrano Ferrández A, Martínez Quintana ME, Martínez Martín G, Maiquez Sánchez L, Torrano Ferrández M y Carrillo Alcaraz A

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

**Objetivos:** Analizar la respuesta a la ventilación no invasiva (VNI) en pacientes ingresados en UCI por insuficiencia respiratoria aguda debido a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) de origen pulmonar y extrapulmonar.

**Métodos:** Estudio retrospectivo y observacional, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados en UCI por SDRA desde el año 1997 hasta 2022 y que recibieron terapia con VNI. Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función de la localización del tipo de SDRA en pulmonar y extrapulmonar. El fracaso de la VNI se definió como la necesidad de intubación orotraqueal o muerte en UCI. Las variables se expresan como medias  $\pm$  desviación estándar, mediana (rango intercuartílico), frecuencias absolutas y relativas. Las comparaciones mediante  $\chi^2$  de Pearson, t de Student, Mann-Whitney.

**Resultados:** Se analizan 1.073 pacientes, de los que 766 (71,4%) eran de origen pulmonar. El 92,1% de los casos era de etiología séptica. Las principales características clínicas y evolutivas de los pacientes se muestran en la tabla.

	SDRA pulmonar (n = 776)	SDRA extrapulmonar (n = 297)	p
Edad	58,6 $\pm$ 15,8	61,2 $\pm$ 17,8	0,028
Género, hombre, n (%)	533 (68,7)	163 (54,9)	< 0,001
SAPS II	37,4 $\pm$ 14,5	47,2 $\pm$ 14,2	< 0,001
SOFA máximo	5,9 $\pm$ 3,3	8,4 $\pm$ 3,7	< 0,001
Índice Charlson	1 [0-2]	2 [0-3]	< 0,001
Orden no intubación, n (%)	80 (10,3)	59 (19,9)	< 0,001
Frecuencia respiratoria inicial	33,1 $\pm$ 6,3	35,13 $\pm$ 5,0	< 0,001
PaO2/FiO2 inicial	121,8 $\pm$ 30,5	135,5 $\pm$ 30,8	< 0,001
Fracaso VNI, n (%)	370 (47,7%)	204 (68,7%)	< 0,001
Complicaciones VNI, n (%)	271 (34,9%)	124 (41,8%)	0,038
Estancia UCI	9 [5-16]	9 [5-16]	0,415
Estancia hospitalaria	18 [11-30]	22 [12-38]	0,002
Muerte en UCI, n (%)	213 (27,4%)	137 (46,1%)	< 0,001
Muerte en Hospital, n (%)	237 (30,6%)	151 (50,8%)	< 0,001

**Conclusiones:** Existe una relación entre el origen del SDRA y la respuesta a la VNI. Se observa un peor pronóstico en las formas de SDRA extrapulmonar, con más complicaciones, fracaso de la VNI y mortalidad.

#### 417. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL SOPORTE RESPIRATORIO EN LOS PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DEL MAR

de Riba Giménez N, Vilà-Villardell C, Ahuir L, Campano García M, Ravelo Barba J, García Terán P, Muñoz-Bermúdez R, Parrilla Gómez FJ y Masclans Enviz JR

Hospital del Mar, Barcelona.

**Objetivos:** Describir los requerimientos de soporte respiratorio de pacientes inmunodeprimidos con insuficiencia respiratoria aguda que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio unicéntrico observacional retrospectivo de carácter descriptivo realizado en el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital del Mar. Se revisaron los datos registrados en el sistema integrado de nuestro hospital (IMASIS) en el periodo 2020-2021. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital del Mar. Se incluyeron los pacientes inmunodeprimidos con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda (IRA). Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, tipo de inmunosupresión, características de la IRA, datos de soporte ventilatorio, y situación del paciente al alta.

**Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, con predominio de varones (75%), con una edad mediana de 61 años [55-72]. Las causas principales de inmunosupresión fueron: tumor sólido (45%), trasplante de órgano (40%), tratamiento inmunosupresor (60%) despuntando el uso de corticoides (75%), y malignidad hematológica (30%) destacando el linfoma no hodgkiniano (20%), la leucemia mieloide aguda (5%), y el trasplante autólogo de médula ósea (5%). Los pacientes procedían mayoritariamente de Urgencias (45%) y de planta convencional (25%). Ingresaron en UCI el día 8 [3-19] de inicio de síntomas. Presentaron una puntuación en la escala de Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 2 [1 - 3], un índice de Charlson de 5 [2-6], y un Sepsis Related Organ Failure Assessment (SOFA) de 5 [3-7], con una prevalencia de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 200 mmHg del 80%, insuficiencia renal del 55%, e inestabilidad hemodinámica del 25%. A nivel respiratorio un 39% de los pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI), de los cuales el 71% fue tras fracaso de otra estrategia previa durante las primeras 24 h, proviniendo de oxigenoterapia convencional en un 40% de los casos, de cánulas nasales de alto flujo (CNAF) en un 40% y de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en un 20%. Los pacientes bajo VMI requirieron una presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 12,5 [12-14] mmHg, con una PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de 100 [80-182]. La mortalidad de los pacientes inmunodeprimidos críticos fue del 20%, siendo todos ellos integrantes del grupo de VMI (57% de estos). Estos fueron *exitus* intra-UCI tras 4 [1-44] días de intubación.

**Conclusiones:** Las terapias de soporte respiratorio no invasivo son utilizadas frecuentemente en UCI en los pacientes inmunodeprimidos de múltiples causas previamente a la VMI con una prevalencia de CNAF superior a la VMNI.

#### 418. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA PANCREATITIS GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

García Arjona R, Marcote Denis B, Sánchez del Río A y Palomares Nova G  
*Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.*

**Objetivos:** Describir las características, evolución y resultados de los pacientes con pancreatitis grave (PG) ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Métodos:** Estudio descriptivo acerca de los pacientes con PG ingresados desde enero 2019 a diciembre 2023. Se registraron características sociodemográficas; antecedentes personales; etiología; escalas de gravedad; fracasos orgánicos; tratamientos aplicados; estancia hospitalaria; reingresos; complicaciones y mortalidad.

**Resultados:** Ingresaron 40 pacientes (64% hombres, 35% mujeres) con mediana de edad de 64,5 años (rango intercuartílico [RI] 26). El 95% fueron agudas, siendo el 35% etiología biliar, 27,5% desconocida, 17,5% multifactorial, 7,5% alcohólicas, 7,5% hipertrigliceridemia y 5% AINES. Las escalas de gravedad reflejaron una mediana: BISAP 2 puntos (RI 2); SOFA al ingreso 8 (RI 7); RANSON al ingreso 1 (RI 1); RANSON a 48 horas 3 (RI 2) y APACHE-II 17 puntos (RI 15). Presentaron fracaso hemodinámico el 47,5% precisando aminas sin todos ellos, 80% de 0,51 a 1,49 µg/kg/min. El 57,5% presentó fracaso respiratorio, de ellos 69,7% precisó ventilación mecánica no invasiva y 95,7% intubación. De los intubados, el 29,2% precisó traqueostomía. La mediana de días de ventilación mecánica invasiva fue 7 (RI 15) con media de 11,3 (desviación estándar 12,6). El 70% presentaron fracaso renal, de los cuales 57,1% eran AKIN- III y precisaron terapia de reemplazo renal. Con respecto a las complicaciones, el 55% asociaron necrosis; 50% colecciones, 10% pseudoquistes y 7,5% hipertensión abdominal sin ningún caso de síndrome compartimental y 5% trombosis portal. Se realizó tratamiento endoscópico en 17,5% de los pacientes (15% drenaje percutáneo, 2,5% necrosectomía) sin ninguna cirugía. Se sospechó sobreinfección en 77,5%, confirmándose microbiológicamente solo en 27,5% de los casos (45,5% bacteriemias, 36,4% abdominal, 9,1% neumonía, 9,1% urinaria). La mediana de estancia en UCI fue de 9 días (RI 12) y hospitalaria de 18 (RI 26). La mortalidad en UCI y hospitalaria fue de un 40%, siendo la causa más frecuente

el fracaso multiorgánico en 87,5%, seguido del *shock* séptico 6,3% y hemorrágico 6,3%. El 21,7% reingresaron en el primer año por complicaciones relacionadas con la pancreatitis, sin precisar reingreso en UCI. Con respecto a las secuelas en los supervivientes, 69,6% no presentó ninguna, 21,7% diabetes insulínodépendiente, 4,3% diabetes no insulínodépendiente y 4,3% dolor crónico.

**Conclusiones:** La PG que requiere ingreso en UCI es poco frecuente si bien presenta una alta incidencia de complicaciones y asocia elevada mortalidad.

#### 419. SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL EN UCI: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE

Silva García C, García Miguélez A, Huertas Marín MDC, Ballesteros Sanz MÁ, García Moreno P, Domínguez Artiga MJ, Benito Calvo E, Rubio López MI, Ortiz Lasa M

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.*

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en UCI con síndrome compartimental abdominal (SCA).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo observacional de los pacientes ingresados en UCI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla con SCA. Periodo: diciembre 2012-diciembre 2022. Se recogen variables demográficas, clínicas y de resultado en UCI. Los datos se muestran con media y desviación estándar (DE) y valor absoluto (%).

**Resultados:** Hubo 31 casos, con una estancia media de 26,7 días (DE 23,1). La edad media fue de 63 años (DE 16,9) y el 77,4% fueron varones. El 13% presentaban obesidad como comorbilidad. APACHE II: 24,3 (DE 8,9). Todos los pacientes presentaron un SCA primario, siendo la etiología predominante la pancreatitis (58%), seguida de patología aneurismática de aorta abdominal (19%) o cirugía abdominal complicada (19%). La presión intraabdominal (PIA) media al diagnóstico fue de 22,1 mmHg (DE 5,7). Durante su evolución en UCI, el 100% presentó inestabilidad hemodinámica con necesidad de drogas vasoactivas. El 97% requirió intubación, con una media de 16,8 días (DE 17,8) de ventilación mecánica. El 42% presentó distrés respiratorio, el 23% insuficiencia hepática aguda y el 52% isquemia intestinal. Todos los pacientes desarrollaron fracaso renal agudo, de los cuales el 38,7% requirieron terapias de reemplazo renal continuo. Como parte del manejo médico, todos los pacientes fueron sedados, mientras que solo se empleó relajación neuromuscular en un 13% de los casos. El 90,3% fueron intervenidos quirúrgicamente de forma precoz, aplicándose sistema de cierre asistido por vacío (WAC) en el 89,3% de los casos. La mortalidad fue del 48,4%.

**Conclusiones:** El SCA es una entidad grave y rápidamente evolutiva, que asocia una morbimortalidad elevada. El tratamiento médico en UCI, con monitorización y control de la PIA es fundamental en su manejo, requiriendo descompresión quirúrgica inmediata cuando este fracasa y aparecen datos de disfunción orgánica.

#### 420. COMPARACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN PANCREATITIS AGUDA

Merino Zamalloa J, Puchol Rizo JV, Zubia Olaskoaga F, Lopetegui Carrera J, Zufaur Basabe G, Duran Suquia M, Marín Cortajarena J y Quevedo Marcos I  
*Hospital Universitario Donostia, Guipúzcoa.*

**Objetivos:** Comparar los sistemas de clasificación (SC) de pancreatitis aguda (PA) con una muestra de 87 paciente ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Donostia (HUD).

**Métodos:** Se incluyen los pacientes con diagnóstico de PA ingresados en UCI de HUD desde 2018 hasta 2023. Se realiza revisión retrospectiva donde se recogen datos epidemiológicos, SC revisada de Atlanta (RAC), SC basada en determinantes (DBC) y SC basada en determinantes modificada (MDBC), necesidades de terapias reemplazo renal (TRR), ventilación mecánica (VM), complicaciones locales, necesidad de cirugía y mortalidad. Los datos se analizan mediante el programa estadístico SPSS.

RAC	Moderadamente severa	Grave	
DBC	Moderada	Grave	Crítica
MDBC	FO transitorio sin NI	FO transitorio con NI	FO persistente con NI

**Resultados:** Edad media 62,43 años. 65,5% son hombres. Origen biliar 43,7%, alcohólica 25,3%, idiopática 12,6% hiperlipemia 11,5%, pos-CPRE 5,7%, otros 1,1%. VM 54%, TRR 31%. Complicaciones locales: necrosis infectada (NI) 42,5%; hemorragia intraabdominal 13,8%; perforación 4,6%, isquemia intestinal 8%. Cirugía 44,8%, mortalidad global 20,7%, 5 casos fulminantes (muerte < 48 h):.

Mortalidad				
RAC	Moderadamente grave 0%	Grave 25,7%		
DBC	Moderada 0%	Grave 20%	Crítica 26,2%	
MDBC	FO transitorio sin NI 0%	FO transitorio con NI 0%	FO persistente sin NI 31,4%	FO persistente con NI 20%

**Conclusiones:** La escala RAC es una escala simple y dicotómica pero poco precisa. En la escala DBC, en la categoría severa, se incluyen pacientes con fracaso orgánico transitorio y NI que presentan baja mortalidad, con pacientes con FO persistente y sin NI, con elevada mortalidad. La escala MDBC clasifica cuatro grupos con comportamiento clínico diferenciado. Los casos de pancreatitis fulminante, por su alta mortalidad, distorsionan el grupo de FO persistente sin NI y debieran ser clasificados de forma diferenciada.

**421. DESAFIANDO LA CIRROSIS: PERSPECTIVAS DE SUPERVIVENCIA EN EL ENTORNO DE CUIDADOS INTENSIVOS**

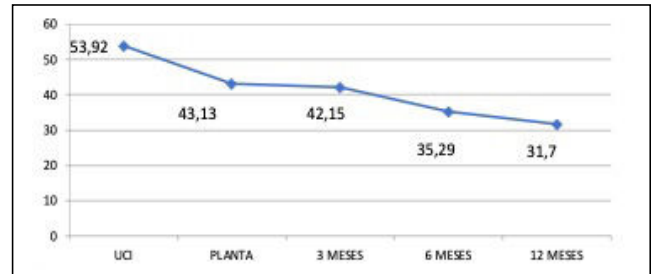
Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Isern de Val I, Montes Aranguren M, Castrillo Guiral S, Anton Juarros S, Orduña Casla I, Lorenzo Álvarez R, Serrano Martínez L y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

**Objetivos:** Análisis de supervivencia del paciente cirrótico no trasplantado en la UCI del Hospital Lozano Blesa de Zaragoza.

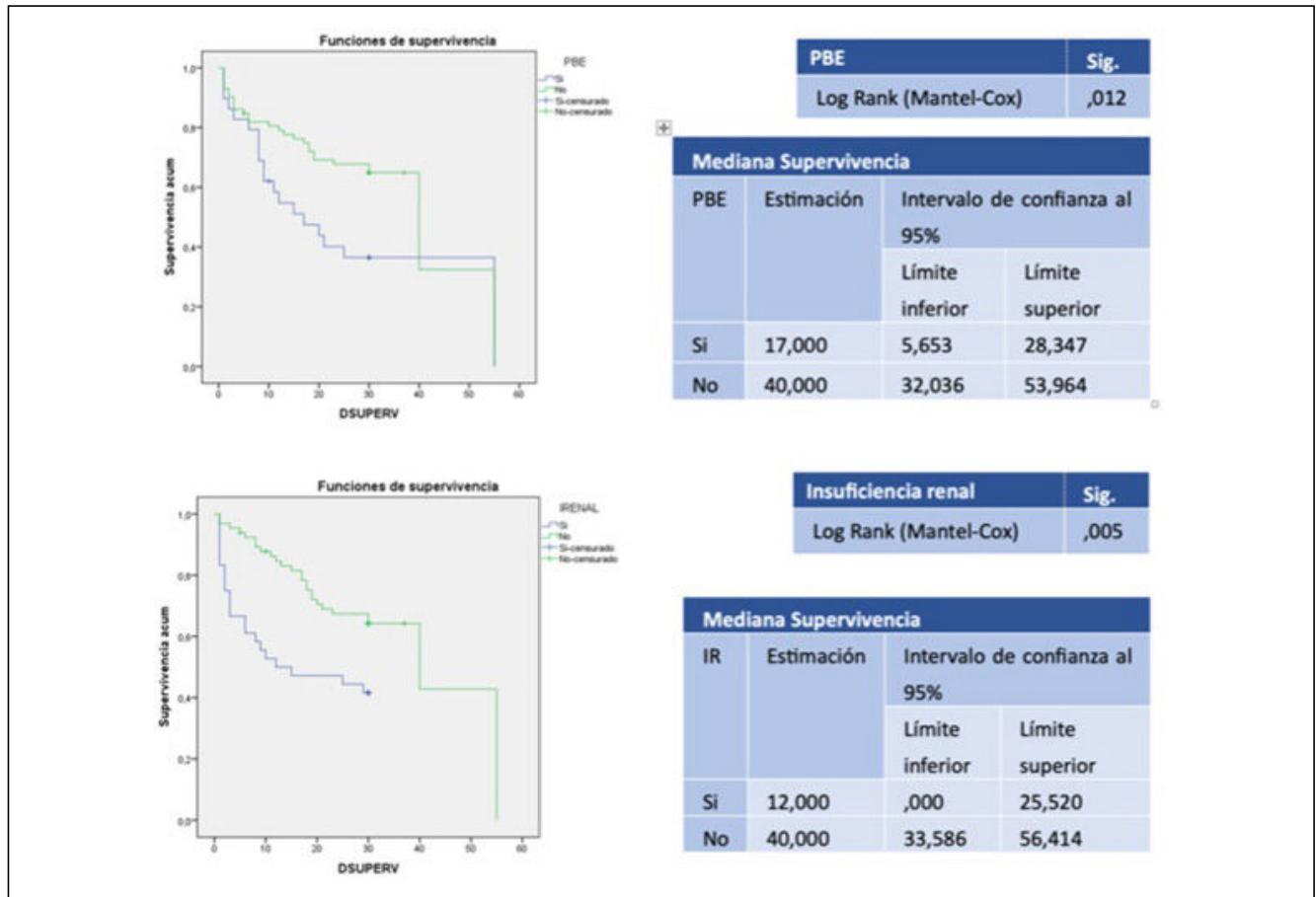
**Métodos:** En la UCI del Hospital Lozano Blesa en Zaragoza, se llevó a cabo un análisis retrospectivo observacional. Se analizaron 102 casos de pacientes cirróticos no trasplantados ingresados por un mínimo de 24 horas debido a descompensaciones de su enfermedad. Este estudio abarca un periodo desde enero de 2012 hasta noviembre de 2022. La recopilación de datos se realizó mediante el servicio de historias clínicas del hospital y cuenta con la aprobación del comité ética de Aragón. Posteriormente, se examinó la supervivencia a través de la creación de curvas de Kaplan-Meier y la aplicación de la prueba de Mantel-Cox.

**Resultados:** De los 102 pacientes examinados hasta mayo de 2023, únicamente 33 pacientes (31,7%), sobrevivieron desde su ingreso en la UCI hasta un año después. Contrariamente, el 67,6% (69 pacientes) había fallecido al año de abandonar la UCI. El motivo predominante de los fallecimientos fue el fracaso multiorgánico, afectando al 58,8% del total de la muestra (60 pacientes). Le siguieron la hemorragia digestiva, que representó el 4,9% (5 pacientes), y la sepsis, observada en 4 casos (3,9% del total de la muestra). Podemos observar en las gráficas de Kaplan-Meier cómo aquellos pacientes que durante el ingreso presentan PBE y/o insuficiencia renal disminuyen los días de supervivencia.



**Conclusiones:** Los resultados revelan que el fracaso multiorgánico es la principal causa de mortalidad en esta población, afectando a más de

Figura 2 Póster 421



la mitad de los pacientes. Este hallazgo enfatiza la importancia crítica de la identificación temprana y el manejo agresivo de las complicaciones sistémicas en pacientes cirróticos. La detección de factores de riesgo como la presencia de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) y la insuficiencia renal durante el ingreso podría ser clave para mejorar la supervivencia y orientar estrategias terapéuticas específicas.

**Conclusiones:** Los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 presentaron unos recuentos plaquetarios mayores que los pacientes con neumonía bacteriana con significación estadística los días 1 y 5 y unos mayores volúmenes plaquetarios medios con significación estadística los días 1 y 10. Debería considerarse la posibilidad que estos hallazgos pudieran tener relación con los estados procoagulante y/o proinflamatorio de los pacientes con neumonía por SARS-CoV-2.

Martes, 14 de mayo de 2024

## Pósteres orales

### RESPIRATORIO II

17:30-19:00 - Sala 114

**Moderadores:** Sara Manrique Moreno/  
Carles Subirà Cuyàs

#### 422. COMPARACIÓN DEL RECuento PLAQUETAR Y EL VOLUMEN PLAQUETAR MEDIO ENTRE LAS NEUMONÍAS BACTERIANAS Y LAS NEUMONÍAS POR SARS-CoV-2

Espinoza Portilla AM<sup>1</sup>, Jiménez Bela MV<sup>2</sup>, Tejeda Adell M<sup>1</sup>, Cortés Navalón C<sup>1</sup>, Micó Gómez ML<sup>1</sup>, Arlandis Tomás M<sup>1</sup>, Romero Gómez B<sup>1</sup>, Gomar Vidal S<sup>1</sup>, Fernández Cabrera JA<sup>1</sup> y de León Belmar J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Manises, Valencia. <sup>2</sup>Universidad Católica de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** Un aumento del volumen plaquetar medio se ha considerado expresión de la presencia de procesos trombóticos y/o inflamatorios. Por este motivo nos planteamos el siguiente objetivo: Comparar el recuento plaquetar (RP) y el volumen plaquetar medio (VPM) en los días 0, 5 y 10 de ingreso en UCI entre los pacientes diagnosticados de neumonía bacteriana y por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal. Se reclutaron los casos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Manises. Los casos se recogieron los periodos 2020-2021 para las neumonías por SARS-CoV-2 y 2018-2019 para las neumonías bacterianas. Criterios de inclusión: pacientes ingresados en UCI con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 y bacteriana dentro de los plazos establecidos, excluyendo a pacientes de los que no se pudo obtener la totalidad de los datos requeridos para el trabajo. Variables analizadas: edad, género. Determinaciones (días 1-5-10 de ingreso). Recuento plaquetar. Volumen plaquetar medio. Sobre las variables cuantitativas se realizó un test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas mostraron una distribución normal y se describieron mediante media y desviación estándar. Las variables cualitativas se describieron mediante porcentajes. Para la comparación las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student.

**Resultados:** Analizamos un total de 200 pacientes con una edad media de 62,34 años (DE 12,4) con las siguientes distribuciones. Sexo: mujeres: 78 (39%); varones: 122 (61%). Tipo de neumonía: neumonía por SARS-CoV-2: 106 (53%); neumonía bacteriana: 94 (47%).

Recuento plaquetar (plaquetas/mL)			
DÍA	Neumonía SARS-CoV-2	Neumonía bacteriana	p
1	258.490	218.670	0,018
5	268.230	217.095	0,006
10	272.297	261.974	0,641

Volumen plaquetar medio (fL)			
Día	Neumonía SARS-CoV-2	Neumonía bacteriana	p
1	9,57	8,92	< 0,01
5	9,51	9,18	0,147
10	9,83	9,24	0,006

#### 423. TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA SEGÚN MÉTODO CIAGLIA BLUE RHINO. NUESTRA EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Gómez Martínez L, Bueno Vidales N<sup>2</sup>, Escós Orta JO, Bueno Vidales N, Lafita López A, Ege González A, Blasco Lorente D, Ocabo Buil P, Franquesa González E y Arche Banzo MJ

Hospital Universitario San Jorge, Huesca. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

**Objetivos:** Valorar los resultados de la realización de traqueostomías percutáneas en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario San Jorge según método de Ciaglia Blue Rhino en el periodo comprendido entre mayo de 2002 y diciembre de 2023, así como, los criterios de selección de esta técnica.

**Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos entre mayo de 2002 y diciembre de 2023. Se trata de una serie de pacientes en los que se ha decidido traqueostomía percutánea con el método Ciaglia Blue Rhino en función de sus características a nivel hemostático, cirugías cervicales previas, situación ventilatoria y/o anatomía cervical. Las variables principales analizadas han sido las siguientes: edad, sexo, APACHE II, patología responsable que motivó su ingreso en nuestra unidad, número de días de ventilación mecánica previos a la traqueostomía, mortalidad en pacientes a los que se aplica esta técnica y días de ventilación mecánica global en estos pacientes. También se ha realizado un análisis de la técnica, con estudio de las características principales que han propiciado la traqueostomía quirúrgica y las complicaciones precoces presentadas.

**Resultados:** 263 pacientes, 79 mujeres y 184 hombres. Edad entre 15 y 86 años. 116 traqueostomías quirúrgicas de entrada (se incluye pandemia por SARS-CoV-2 donde se realizaban por protocolo traqueostomías quirúrgicas). APACHE II medio: 18,25. Causa de ingreso en UCI: médica: 192 pacientes; control posquirúrgico: 53 pacientes; traumatológicos: 18 pacientes. Media de días de ventilación mecánica previa a traqueostomía: 14,7 días. Mortalidad: 65%, ningún paciente fallece en relación con la técnica. Media de días de ventilación mecánica: 38,1. Estancia media en UCI: 42,7 días. Dificultades técnicas: punción dificultosa (2 o más intentos): 7 ocasiones. No otras dificultades descritas en la literatura. Complicaciones: sangrado intraoperatorio leve: 9 pacientes; hemorragia posquirúrgica moderada: 1 paciente; hemorragia posquirúrgica grave: 1 paciente; reconversión traqueostomía quirúrgica: 3 ocasiones; fístula vena yugular anterior con reconversión a traqueostomía quirúrgica: 1 paciente; no otras complicaciones.

**Conclusiones:** La traqueostomía percutánea según método Ciaglia Blue Rhino es una técnica segura, rápida y fácil de realizar, con una escasa incidencia de complicaciones, que puede realizarse a la cabecera del enfermo, precisando menor infraestructura personal y material y pudiéndose realizar de manera más precoz que la traqueotomía quirúrgica.

#### 424. COMPARACIÓN DEL ÁREA DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA ENTRE LA NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 Y BACTERIANA

Espinoza Portilla AM<sup>1</sup>, Jiménez Bela MV<sup>2</sup>, Tejeda Adell M<sup>1</sup>, de León Belmar J<sup>1</sup>, Romero Gómez B<sup>1</sup>, Arlandis Tomás M<sup>1</sup>, Cortés Navalón C<sup>1</sup>, Carrasco Jaureguizar MDC<sup>1</sup>, Fernández Cabrera JA<sup>1</sup> y Gomar Vidal S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Manises, Valencia. <sup>2</sup>Universidad Católica de Valencia, Valencia.

**Objetivos:** El ancho de distribución eritrocitaria (ADE) es un parámetro bioquímico que refleja la variabilidad en el tamaño de los glóbulos rojos circulantes. Se han observado incrementos del ADE tanto en estados procoagulantes como en estados proinflamatorios. Por este motivo consideramos de interés: Comparar el recuento eritrocitario (RE) y el ancho de distribución eritrocitaria (ADE) en los días 0, 5 y 10 de ingreso en UCI entre los pacientes diagnosticados de neumonía bacteriana y por SARS-CoV-2.