

Resultados: Han recibido un TC durante el periodo de estudio 677 pacientes, 83,5% hombres, edad media 54,4 años; 27,6% esternotomía previa, 16,2% DM, 17,1% portadores DAI. TC urgente 21,4%, BIACP 18,2% y otras asistencias 2,4%. Fueron retrasplantes el 1,5% y trasplantes combinados 3,6%. Desarrollaron fracaso primario del injerto 22,5%. Precisaron reintervención 10,9% y trasfusión de CH 61,4%. La profilaxis se llevó a cabo con cefazolina en 633 pacientes (94,5%). 89,5% recibieron soltrim, 23,8% isoniacida y 9,7% pirimetamina. Se empleó terapia de inducción en 96,5% casos. Todos recibieron corticoides, 76% ciclosporina A, 21,7% tacrolimus, 39,1% azatioprina y 57,7% MMF. Con respecto a IHQ, se identificaron 25 casos en 24 pacientes, 16 de ellas mediastinitis. El tiempo medio transcurrido desde el TC hasta la aparición de infección fue 26,5 días. 20% desarrollaron shock séptico, con una puntuación media en la escala SOFA 14,5 puntos y con duración media de la situación de fallo multiorgánico de 4,75 días. 64% precisaron revisión quirúrgica, su estancia media hospitalaria fue 96,9 días y la supervivencia al alta 80%. En la tabla se describe la microbiología.

Microbiología IHQ	N (%)
Desconocido	7 (28)
SCN	4 (16)
<i>Streptococcus</i> spp	2 (8)
<i>Enterococcus</i> spp	2 (8)
<i>E. coli</i>	5 (20)
<i>P. aeruginosa</i>	4 (16)
<i>Microbacterium</i>	1 (4)

Conclusiones: En nuestro estudio la IHQ muestra una incidencia de 3,7%, presenta 20% de mortalidad y una estancia hospitalaria prolongada. El agente causal más frecuentemente es *E. coli*.

631. FACTORES DE RIESGO DE MEDIASITIS EN EL POSOPERATORIO DEL TRASPLANTE CARDIACO

Fernández Ugidos P^(a), Gómez López R^(b), Barge Caballero E^(c), Solla Buceta M^(c), Fojon Polanco S^(c), Aller Fernández AV^(c), Vidal Cortés P^(a), Paniagua Martín MJ^(c) y Crespo Leiro MG^(c)

^(a)CHUO en Ourense. ^(b)QuirónSalud Miguel Domínguez en Pontevedra. ^(c)CHUAC en A Coruña.

Objetivos: Identificar predictores independientes del riesgo de infección del lecho quirúrgico (IHQ) en el posoperatorio inmediato del TC.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo basado en la cohorte de pacientes que han recibido TC en el CHUAC, periodo 25 años.

Variable principal: desarrollo IHQ en posoperatorio inmediato. Para análisis descriptivo se emplearon tests de chi cuadrado, exacto de Fisher y t de Student. Para identificar factores de riesgo, análisis multivariante mediante regresión logística binaria (método por pasos hacia atrás).

Resultados: Han recibido un TC durante el periodo de estudio 677 pacientes. En la Tabla se describen las características de los pacientes que desarrollaron al menos una infección quirúrgica frente a los que no. En el análisis multivariante, 4 variables se asociaron de forma independiente con la infección: reintervención (OR 3,737, IC95% 1,384-10,093, p 0,009), diálisis (OR 5,126, IC95% 1,987-13,220, p 0,001), rechazo (OR 3,675, IC95% 1,374-9,828, p 0,010) e itraconazol (OR 3,867, IC95% 1,236-12,095, p 0,020).

Conclusiones: En nuestra población se identifican como predictores del riesgo de infección del lecho quirúrgico la reintervención, la necesidad de diálisis, los episodios de rechazo y el uso de itraconazol.

Pósteres pantalla

Hematología/Transfusiones/Hemoderivados

153. SISTEMAS IMPLANTABLES DE ACCESO VENOSO PERMANENTE

Martínez García L, Hsieh Hoyos JG, Fajardo Barbosa CL, Morales Ortiz MV, Martínez de la Hidalga Martínez I, Solano Vera MR, Centeno Obando JJ, González Higuera E, Hernández Parada OA y Araujo Alcántara JB

Hospital Virgen de la Luz en Cuenca.

Objetivos: Describir las complicaciones relacionadas con el implante y la utilización de catéteres venosos permanentes. Conocer las características de los pacientes a los que se les implanta un catéter venoso permanente en nuestro hospital.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional en el que se incluyen los adultos sometidos a implantes de acceso venoso permanente en la UCI del Hospital Virgen de la Luz de Cuenca desde 2002 a 2019. Se registraron variables demográficas, clínicas, relacionadas con la técnica, complicaciones tempranas y tardías e intervenciones para su resolución.

Resultados: Se realizaron 1.429 procedimientos, 1.064 (74,4%) fueron implantes y 365 (25,6%) retiradas. Se utilizaron dos tipos: Port-a-

Tabla Póster 631				
Características de los pacientes que desarrollaron al menos una IHQ y los que no				
		Con infección (n 24)	Sin infección (n 653)	p
Antecedentes personales, %	Sexo: Hombres, %	87,5	83,3	0,782
	Edad media (años) ± DE	54,9 ± 11,3	54,4 ± 11,2	0,808
	DM	33,3	15,6	0,042
	IRC	16,7	15,6	0,78
	Patología respiratoria	4,2	11,6	0,506
Cirugía, %	Esternotomía previa	33,3	27,4	0,494
	DAI	25	16,8	0,277
	Trasplante combinado	8,3	3,5	0,221
	TC urgente	20,8	21,4	0,943
	Tiempo medio CEC (min) ± DE	141,2 ± 44,3	123,8 ± 41,1	0,043
Poscirugía, %	DAV	20,8	20,6	0,449
	VMI > 24 h	87,5	48,5	< 0,001
	Fracaso primario injerto	41,7	21,8	0,022
	Reintervención	45,8	9,6	< 0,001
	Trasfusión CH	81,8	60,7	0,046
Inmunosupresión, %	FRA	83,3	48,7	0,001
	Diálisis	62,5	15,9	< 0,001
	Rechazo	33,3	13,5	0,013
	CyC A	66,7	76,4	0,274
	Aza	20,8	39,7	0,062
Quimioprofilaxis, %	MMF	79,2	56,9	0,03
	Tac	33,3	21,3	0,161
	Cefazolina	95,8	94,4	0,999
	TMX-SMX	91,7	89,4	0,999
	Pirimetamina	16,7	9,5	0,28
	Itraconazol	75	52,4	0,029
Anfotericina	37,5	28,9	0,365	

Cath® (96,4%) e Hickman® (3,6%). Edades comprendidas entre los 17-81 años (hombres 52,5% y mujeres 47,5%). Los servicios solicitantes fueron fundamentalmente oncología (88,2%) y hematología (8,5%) seguido de otros servicios. Los diagnósticos más prevalentes fueron cáncer de colon, cáncer de mama, cáncer de recto, cáncer gástrico entre otros. Las vías de acceso fueron subclavias derecha (79,2%), subclavia izquierda (15,1%), yugular derecha (4,4%) y yugular izquierda (1,3%). Se registraron 51 complicaciones (4,7%), 20 de ellas en la etapa temprana y 31 tardías. Entre las tempranas está el neumotórax (n = 8), la reacción vagal (n = 7), las taquiarritmias (n = 3) y el sangrado (n = 2) que se solucionaron mediante drenajes pleurales (n = 8), administración de cristaloideos (n = 7), amiodarona (n = 2), atropina (n = 7) y adenosina (n = 1). Entre las tardías están las infecciones (n = 8), la exteriorización (n = 6), la bacteriemia (n = 5), entre otras. La solución de estas complicaciones fueron la retirada del catéter (n = 30), el reimplante (n = 30) y el tratamiento antibiótico (n = 15).

Conclusiones: El servicio que más solicito su implante fue oncología. La vía de acceso más utilizada fue la subclavia derecha. La incidencia de complicaciones asociadas al implante de dispositivos de acceso venoso permanente en nuestro hospital es baja. En ningún caso las complicaciones supusieron la muerte del paciente.

154. RIESGO DE TROMBOSIS VENOSA RELACIONADA CON CATÉTER EN PACIENTES CRÍTICOS. ESTUDIO DE COHORTES PROSPECTIVO

Sancho Ferrando E, Martín Cerezuela M, Padrós Olmedo M, Martínez Yáñez A, Carrasco Jaurguizar MC, Vicent Perales C J, Gimeno Costa R, Sánchez López M A, Villarreal Tello E y Ramírez Galleymore P. *Grupo de investigación:* Grupo de trabajo en enfermedades infecciosas

Hospital Universitari i Politècnic La Fe en Valencia.

Introducción: El uso de catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC) está aumentando en la UCI debido al fácil acceso periférico y al menor número de complicaciones relacionadas con la inserción que los catéteres venosos centrales (CVC). Sin embargo, no hay datos concluyentes sobre la incidencia de trombosis venosa relacionada con el catéter (TVRC) en pacientes críticos.

Objetivos El objetivo del estudio es investigar la incidencia de trombosis venosa relacionada con el catéter (TVRC) en la UCI y comparar esta incidencia entre pacientes con PICC y CVC (yugular o subclavia). Además, el estudio describe las características del paciente, la vena canalizada, la expresión clínica y la relación de estas variables con la aparición de CRVT.

Métodos Se trata de un estudio de cohortes prospectivo, abierto y no aleatorizado de pacientes consecutivos entre marzo y noviembre de 2018. Los PICC y CVC utilizados fueron catéteres de poliuretano 7F. Se aplicó seguimiento clínico (diario) y de ultrasonido (3 exámenes) a cada paciente durante los primeros 20 días del catéter (o hasta que se retiró). Se recopilaron todos los datos relacionados con el paciente, el tratamiento anticoagulante y el diagnóstico de otras complicaciones no trombóticas. Ambos grupos se compararon mediante la prueba t-Student o Mann-Whitney para variables continuas y ji-cuadrado de Pearson

o exacta de Fisher para variables categóricas según normalidad. Se realizó un análisis tipo Kaplan-Meier, donde el evento se definió como trombosis y se evaluó el tiempo transcurrido desde la inserción. Se realizó el análisis de posibles factores influyentes mediante regresión de Cox con el programa STATA v.14.2.

Resultados Se analizó un total de 150 pacientes; 83 pacientes fueron portadores de PICC, y se insertó CVC en 67 pacientes. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. La incidencia de TVRC fue significativamente mayor en el grupo PICC que en CVC (25% vs. 8,9%, p = 0,001). Los pacientes con PICC tuvieron mayor riesgo de trombosis (OR = 3,20 [IC95% 1,18-8,69]). La trombosis apareció, como promedio, en el día 4,81 en pacientes con PICC, y en el día 7,83 en pacientes con CVC (p = 0,0029). Se compararon ambas curvas, obteniéndose mayor riesgo de trombosis por día de catéter en los portadores de PICC (HR = 4,20; [IC95%: 1,17-15,05, p = 0,027]). En el total de trombosis, 19 pacientes (70,3%) presentaron trombosis subclínica, solo diagnosticada por ecografía (VPP de flebitis 29,6%).

618. ¿QUÉ HA CAMBIADO CON RESPECTO A LOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS CON SOPORTE RESPIRATORIO?

Sánchez-Bayton Griffith M, Chacón Alves S, Saéz de la Fuente I, Montejo González JC y Sánchez-Izquierdo Riera JA

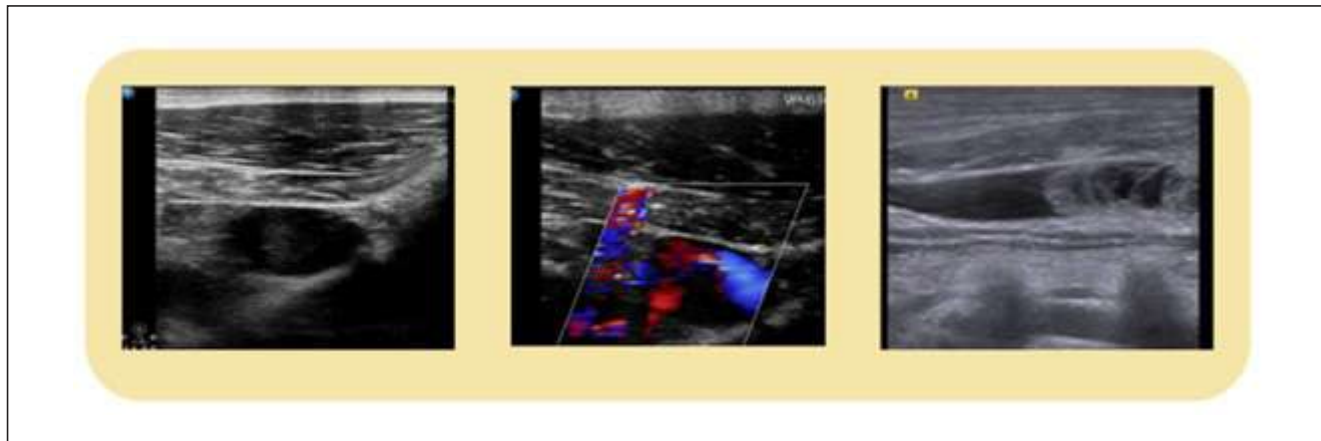
Hospital 12 de Octubre en Madrid.

Objetivos: Valorar la evolución de hematológicos en UCI con soporte respiratorio tras establecer un protocolo de valoración precoz.

Métodos: Estudio observacional prospectivo incluye ingresados desde enero de 2017 hasta diciembre 2019. Se compara la evolución con una cohorte del servicio entre 1995 y 2014 (cohorte histórica). Se recogieron variables demográficas, escalas de gravedad y relacionadas con evolución. Se calcula con SPSS® frecuencias para cualitativas, mediana y rango intercuartílico (RIC 25-75) para cuantitativas.

Resultados: Entre enero de 2017 y diciembre de 2019, 52 ingresaron en UCI con necesidad de soporte respiratorio. Mediana de edad 59 años (RIC 55-67), 71% (37) hombres y con poca comorbilidad asociada. Mediana de APACHE II 23 (RIC 20-28) y un 75% (39) desarrolló fallo multiorgánico. El motivo fundamental fue infección de foco respiratorio un 54% (28). El soporte inicial más frecuente fue ventilación no invasiva un 33% (17), seguido de intubación 27% (14), ventimask 27% (14) y oxigenoterapia alto flujo 10% (5). Un 13,5% (7) ingresó con techo de no intubación. Los pacientes con soporte no invasivo un 41,5% (22) requieren intubación, con una mediana de tiempo entre el primer soporte y la intubación de 0 día (RIC 0-1). En total, hubo un 69% (36) que se intubaron. La mediana de tiempo de ventilación invasiva fue de 7 días (RIC 1-12). Hubo un 4% (2) de fracaso de extubación, un 8% (4) pronados y otro 11,5% (6) traqueostomizados. La mortalidad en UCI fue del 46% (24) y hospitalaria del 6% (3). La mediana de estancia en UCI fueron 5 días (RIC 2,75-16,25) y hospitalaria de 26 días (RIC 16-37). Un 21% (11) fallecen antes de los 6 meses desde el alta. En cuanto a la cohorte histórica, ingresaron 75 pacientes de los cuales un 69% (53) requirieron soporte respiratorio. De estos (53) un 53% (28) tenían un foco infeccioso respiratorio y un 89% (47) precisaron intubación. La mortalidad en UCI en este subgrupo fue del 77% (41).

Figura Póster 154



Conclusiones: Hemos cambiado la forma de seleccionar los pacientes. Apreciamos un incremento en el número de pacientes ingresados, menor tasa de intubación y descenso de mortalidad.

Pósteres pantalla

Infecciones/Sepsis/Fracaso multiorgánico

108. MICROBIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN ADQUIRIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE 3^{er} NIVEL. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS

Gómez González C, Cid Cumplido M, Jiménez Sánchez M, Herruzo Avilés A, Amaya Villar R y Herrera Melero MC. *Grupo de investigación:* GRUPO ENVIN-HELICS

Hospital Universitario Virgen del Rocío, en Sevilla.

Objetivos: Analizar los aislamientos microbiológicos de los distintos tipos de infecciones intra-UCI así como la tendencia de las resistencias, en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de hospital de 3^{er} nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de infecciones adquiridas intra-UCI recogidas del registro ENVIN-HELICS periodo 1/04/2019 al 30/06/2019 en UCI polivalente del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Los resultados se presentan como porcentajes para variables cualitativas y como medias y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron en el periodo 309 pacientes. Presentaron infección adquirida intra-UCI 10%, 65% varones, edad media 68 años (DE 10), APACHE II 20 (DE 8), 5% procedían de cirugía de urgencias y su estancia media fue 26 días (DE 10). Presentaban sonda urinaria (SU) y catéter venoso central (CVC) el 100%, vía aérea artificial 71%. Porcentaje de exitus 19%. Localización: neumonía relacionada con ventilación mecánica (NRVM) o intubación 33%, infección quirúrgica de órgano o espacio 16%, infección cutánea y de tejidos blandos 6%, peritonitis sin herida quirúrgica 6%, infección urinaria relacionada con sondaje uretral 3%. Infecciones adquiridas intra-UCI únicamente ENVIN (n = 14): NRVM 71%, infección urinaria relacionada con SU 14%, bacteriemia 1^o 7%, bacteriemia 2^a a infección de catéter 7%. Tasas generales de incidencia, incluyendo bacteriemias secundarias a infección de otros focos: 14 infecciones en 309 pacientes ingresados. 4,53 infecciones por cada 100 pacientes ingresados en UCI. Sin incluir las bacteriemias secundarias a infección de otros focos: 4,53. Los microorganismos aislados fueron: *Pseudomonas aeruginosa* 17%, *Klebsiella pneumoniae* 9%, *Candida albicans* 9%, *Enterobacter cloacae* 9%, *E. coli* 9%, *Aspergillus fumigatus* 6%, *Bacteroides* del grupo *fragilis* 3% y *Enterococcus faecium* 3%. En el análisis de sensibilidad y resistencia a los antibióticos realizado no se recogen resistencias.

Conclusiones: En nuestra UCI las tasas de incidencia son bajas respecto al ENVIN nacional 2018 y predominan los gérmenes Gram negativos siendo estos de un perfil de resistencia estrecho. Estos datos podrían deberse a nuestra adherencia a los protocolos Zero pero sería conveniente realizar un seguimiento durante un periodo de tiempo más largo para poder confirmarlos.

109. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR VARICELA EN CANTABRIA EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

Ortiz Lasa M, López Sánchez M, Peñasco Martín Y, Delgado Hernández S y Feo González M

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes que ingresaron en UCI con diagnóstico de neumonía por varicela en Cantabria en los últimos 20 años.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Inclusión: pacientes con diagnóstico de neumonía por varicela con ingreso en UCI desde enero de 1999 a diciembre de 2018.

Resultados: En 20 años ingresaron 14 pacientes con diagnóstico de neumonía por varicela. El 64,3% fueron varones y la edad media fue de 35,86 ± 14,52 años. La puntuación media en la escala APACHE II fue de

8,79 ± 5,32 puntos. 2 pacientes (14,3%) fallecieron. Los antecedentes personales predominantes fueron el tabaquismo (50%), la HTA (21,4%), la DL (21,4%) y la enfermedad reumatológica (21,4%). El 64,3% de los pacientes ingresaron a través de Urgencias. El cuadro clínico predominante fue la presencia de fiebre (92,9%) y el exantema (92,9%), seguido de tos (35,7%). 4 pacientes (28,6%) presentaron criterios de sepsis y 1 (7,1%) de shock séptico. En la auscultación, la semiología predominante fueron los crepitantes (64,3%) y en los hallazgos radiológicos, aquellos compatibles con un patrón intersticial (64,3%). 5 pacientes (35,5%) habían recibido antibioterapia previa al ingreso hospitalario y 10 (71,4%) lo recibieron al ingreso en UCI. La sobreinfección bacteriana se documentó en 6 pacientes (42,9%), con aislamiento de SAMS en 4 pacientes (28,6%) y *E. coli* en 2 (14,3%). 3 pacientes (21,4%) desarrollaron SDRA y 4 insuficiencia renal (28,6%), requiriendo 1 de estos TRR.

Conclusiones: En nuestro centro los pacientes que ingresan en UCI por neumonía por varicela son predominantemente adultos jóvenes con historia de tabaquismo y como clínica principal presentan fiebre y exantema. A la exploración destacan los crepitantes y en la radiografía se observa principalmente un patrón intersticial. La sobreinfección bacteriana fue la complicación más frecuente. La mortalidad fue del 14,3%.

111. EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIFÚNGICOS EN UNA UCI POLIVALENTE DURANTE LOS ÚLTIMOS NUEVE AÑOS. DATOS DE ENVIN-HELICS 2011-2019

García Huertas D, Acosta El Mourabit SI, Machado Casas JF y Jiménez Quintana MM. *Grupo de investigación:* Grupo ENVIN-HELICS

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Describir la tendencia en el uso de antifúngicos en pacientes ingresados en una UCI Polivalente durante los últimos años.

Métodos: Estudio descriptivo sobre el uso de antifúngicos en los pacientes que ingresaron en la UCI polivalente de un hospital de tercer nivel durante los trienios 2011-2013, 2014-2016 y 2017-2019 en los meses de abril a junio. Los datos se extrajeron de la base de datos del registro ENVIN-HELICS.

Resultados: Se registraron un total de 151 prescripciones de antifúngicos. En 2011-2013, 32 prescripciones; en 2014-2016, 49 prescripciones; y en 2017-2019, 70 prescripciones. El porcentaje de utilización de los antifúngicos en cada trienio fue: fluconazol 44%, 21% y 26%; caspofungina 22%, 21% y 34%; voriconazol 3%, 16% y 10%; anidulafungina 0%, 8% y 4%; micafungina 12%, 20% y 9%; anfotericina B 19%, 14% y 8%; posaconazol 0%, 0% y 6%; isavuconazol 0%, 0% y 3%.

Conclusiones: La tendencia de los últimos años muestra que los antifúngicos más utilizados en nuestra unidad continúan siendo el fluconazol y la caspofungina. En cuanto al uso nuevas equinocandinas y de voriconazol, se detecta un aumento entre 2014 y 2016 que sin embargo no se mantiene en los años consecutivos.

112. INFECCIÓN POR *LISTERIA MONOCITOGENES* EN UCI: REVISIÓN 2001-2019

Cherchi MS, Hernández-Hernández MA, Tello Sánchez M, Campos Fernández S, Cuenca Fito E y Arnáiz García AM

Hospital Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar la incidencia, comorbilidad, clínica, complicaciones, datos microbiológicos y resultado de los pacientes graves con aislamiento de *Listeria monocitogenes* en Cantabria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con infección confirmada por *Listeria monocitogenes* ingresados en la UCI de un hospital de tercer nivel entre enero de 2001 y julio de 2019. Se recogieron y analizaron variables epidemiológicas, antecedentes, clínica de presentación, características microbiológicas, complicaciones y mortalidad asociada.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 82,4% varones, con una media de edad de 63,4 (R 33-85) años. Los antecedentes más frecuentes fueron consumo de tabaco y alcohol (58,8%), inmunosupresión (47,1%) y cirrosis hepática (29,4%). En el 82,4% el origen de la infección fue comunitaria. La clínica inicial predominante fue: fiebre (82,4%), alteración del comportamiento (52,9%), náuseas/vómitos (47,1%) y cefalea (41,2%). La escala de coma de Glasgow fue < 15 en el 41,2%. *L. monocitogenes* se aisló en sangre en 11 (64,7%) pacientes, en LCR en 9 (52,9%), en líquido ascítico en 2 (11,7%), un caso en vítreo y otro en pared aórtica