

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

ca. Los serotipos 1 y 4 fueron los más frecuentes (41,2% y 35,3%, respectivamente). El LCR mostró hipoglucorraquia (100%), pleocitosis (988,4; R 511-6.144 cels/mm³) (PMN > 50% en 54,4%) y elevación de proteínas (268,9; R 67-503 mg/dl). Se inició antibiótico empírico en 16 pacientes (94,1%), siendo adecuado en 13 (76,5%). La ampicilina fue el fármaco más utilizado (88,2%). En cuanto a la evolución, 88,2% de pacientes desarrollaron complicaciones sistémicas: necesidad de ventilación mecánica (70,6%), shock séptico (41,2%) y fallo hepático (29,4%). Hubo complicaciones neurológicas en el 64,7%: coma (41,2%), focalidad (35,3%), hidrocefalia (35,3%) y crisis epilépticas (35,3%). La media de estancia en UCI fue de 8 ± 6,7 días y la hospitalaria de 28,6 ± 17,9. La mortalidad fue del 23,5%. Los 4 pacientes fallecidos tuvieron meningitis. Las variables relacionadas con la mortalidad fueron los trastornos de la marcha al ingreso (p = 0,05), coma (p = 0,015), hidrocefalia (p = 0,006) y el uso de fármacos antiepilépticos (p = 0,05).

Conclusiones: En Cantabria, la infección grave por *Listeria monocitogenes* es infrecuente, siendo la meningitis y la bacteriemia de origen comunitario los focos principales. Las alteraciones neurológicas se asociaron con una mayor mortalidad.

113. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO Y TBC: ¿UNA COMBINACIÓN POCO FRECUENTE EN LA QUE HAY QUE PENSAR?

Escudero-Acha P¹

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar y describir las principales comorbilidades, formas clínicas de presentación, tratamientos realizados y desenlace de las combinaciones descritas en la literatura médica de TBC y síndrome hemofagocítico.

Métodos: A raíz de la presentación de un caso, se llevó a cabo una búsqueda informatizada de los casos clínicos o series de casos de pacientes que hubiesen desarrollado un síndrome hemofagocítico combinada con TBC en la literatura médica. Las variables continuas se han expresado como la media ± desviación estándar (DE) y las variables categóricas como porcentajes. Se realizó un análisis de regresión logística considerando la variable fallecimiento como efecto. Para todos los casos, se determinó un valor de p < 0,05 para considerar la significación estadística.

Resultados: Se han analizado 88 casos descritos en la literatura médica con el diagnóstico de síndrome hemofagocítico combinada con TBC. La edad media de presentación fue de 46 (20) años, siendo el 56% varones. La duración de la sintomatología causante de consulta médica fue de 40 (45) días de media. La fiebre estaba presente en el 91% de los enfermos, mientras que la esplenomegalia y la hepatomegalia en el 67% y 53% respectivamente. Los valores medios de hemoglobina al ingreso se situaron en 10,6 (16) g/dL, los neutrófilos en 2.519 (3.717) y las plaquetas de 67.000 (53.782). Los valores medios de ferritina fueron de 10.092 (29.323) ng/mL, de triglicéridos 309 (112) mg/dL y de fibrinógeno 50,4 (130) ng/mL. Se constató el SHF por biopsia en medula ósea en el 88% de los enfermos. El 82% de la muestra recibió tratamiento antituberculostático y el 59% tratamiento con inmunoterapia asociada. La mortalidad de la población analizada fue del 50%. En el análisis de regresión, la edad y la duración de la sintomatología previo al ingreso hospitalario mostraron una tendencia a asociarse a una mayor mortalidad en la cohorte estudiada (OR: 1,03 (IC95%: 0,99-1,06). p = 0,07) y (OR: 1,01 (IC95%: 0,99-1,02). p = 0,162) respectivamente. No se asoció a mayor mortalidad el tratamiento elegido ni la diseminación de la TBC.

Conclusiones: La combinación de TBC y el SHF es poco frecuente. La evolución de estos enfermos podría estar marcada por la duración de la sintomatología hasta el diagnóstico de esta entidad. Por lo que parece crucial un diagnóstico precoz, iniciado en la clínica y el perfil analítico.

114. RESULTADOS A CINCO AÑOS DE LA PCR COMO MARCADOR PRONÓSTICO DE COMPLICACIONES EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Bohórquez López A^(a), Gordillo Escobar E^(a), Pérez Merino JA^(a), Barranco Moreno A^(b), Díaz Gómez D^(b) y González Maestre J^(a)

^(a)Servicio Medicina Intensiva; ^(b)Servicio Cirugía General y Digestivo, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa en Sevilla.

Objetivos: Evaluar la capacidad de la proteína C reactiva (PCR) en sangre como indicador de complicaciones durante el posoperatorio precoz de cirugía bariátrica.

Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado en el Hospital Quirónsalud Infanta Luisa de Sevilla entre diciembre de 2014 y diciembre de 2019. Se recogieron los pacientes sometidos a cirugía bariátrica mayores de 18 años sin proceso infeccioso/inflamatorio concomitante. Todos los sujetos ingresaron en UCI durante el posoperatorio inmediato. Las variables registradas fueron: sexo, técnica quirúrgica, PCR en sangre en el primer día posoperatorio (mg/l), frecuencia cardiaca (FC) en el primer día posquirúrgico, índice de masa corporal (IMC), aparición de complicaciones durante la estancia hospitalaria derivadas de la cirugía (sangrado, dehiscencia de sutura, infección quirúrgica). Se desarrolló un análisis descriptivo utilizando medias y desviaciones estándar (DE) para las variables numéricas, así como frecuencias y porcentajes para las no numéricas. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para correlacionar las variables cualitativas. La prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney se empleó para estudiar la relación entre el valor de PCR en sangre en las primeras 24 horas y el desarrollo de complicaciones. Consideramos un nivel de significación de p < 0,05. El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se incluyeron 226 pacientes, predominando el sexo femenino (69%). La técnica quirúrgica más frecuente fue la gastrectomía vertical laparoscópica (82,3%) frente al bypass gástrico (5,8%). La media de IMC fue de 45,6, la FC media de 74 latidos por minuto. El porcentaje de complicaciones fue del 0,9%. El análisis estadístico no mostró correlación significativa entre las variables sexo, cirugía, FC, IMC ni la determinación de PCR en el primer día posoperatorio ni la aparición de complicaciones tardías (p < 0,487). Sin embargo el valor predictivo negativo de la PCR como pronóstico de complicaciones precoces es elevado en nuestra serie.

Conclusiones: 1. La PCR en sangre durante el primer día posoperatorio tras la cirugía bariátrica, pudiera ser un marcador pronóstico fiable para detectar aquellos sujetos con riesgo de desarrollar complicaciones precoces, más no las tardías. 2. Esto podría tener utilidad en términos pronósticos y en la gestión de recursos, sin embargo, sería necesario realizar estudios más a fondo con mayor número de población.

115. NEUMONÍA POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Balboa Palomino S, Forcelledo Espina L, Astola Hidalgo I, Leoz Gordillo B, Díaz Gómez C, Villalgorido García S, Álvarez García L, García Prieto E, Leizaola Irigoyen O y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo, características clínico-epidemiológicas y mortalidad en la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (*P. jirovecii*).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes ingresados en una UCI de un hospital de tercer nivel durante 4 años (2016 al 2019) con diagnóstico de neumonía por *P. jirovecii*. Análisis comparativo de variables mediante pruebas de Student-Welch, chi-cuadrado y análisis multivariante con regresión logística.

Resultados: Se obtuvieron 13 casos, siendo la incidencia de 2,5/1.000 ingresos. Edad media 61,8 IC (53,4-70,2). El 53,8% mujeres. Al ingreso presentaban: APACHE 23,6 ± 2,2 y SOFA 4,8 ± 1,3. La estancia media en UCI fue de 15,1 días y la hospitalaria de 27,2. El 30,8% tenían infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y de estos el 80% cifras de CD4 menor de 200. De los pacientes no VIH, el 46,2% eran corticodependientes, 23,1% tratamiento inmunosupresor, 23,1% tenían alguna enfermedad pulmonar crónica y un paciente (7,7%) otra inmunodeficiencia. Presentaron lactato deshidrogenasa mayor de 400 el 92,3%, hipoalbuminemia (76,9%), anemia (91,7%) y fallo renal agudo (30,8%). El 92,3% estuvo conectado a ventilación mecánica durante una media de 12,1 IC (6,3-17,8) días y precisaron fármacos vasoactivos el 61,5%. El 76,9% tuvo una coinfección bacteriana. El diagnóstico se realizó por PCR en lavado bronquioalveolar (69,2%), aspirado traqueal (23,1%) y esputo (7,7%). Todos los pacientes recibieron trimetoprim-sulfametoxazol presentando toxicidad el 30,8% (75% hiperpotasemia y 25% toxicidad medular). El 92,3% recibió tratamiento asociado con corticoides y el 61,5% con ácido fólico. La mortalidad intra-UCI fue de 38,5%, siendo mayor en el grupo VIH (50% vs. 33%). Los pacientes con toxicidad tienen una mortalidad del 75%. No se encontró relación significativa entre las variables recogidas y la mortalidad.

Conclusiones: 1. La mortalidad de los pacientes ingresados en la UCI con neumonía por *P. jirovecii* sigue siendo elevada, más de un tercio fallecen. 2. El 92,3% precisó de ventilación mecánica invasiva. 3. Ingre-

saron más pacientes no VIH (69,2%), aunque la mortalidad es mayor en los VIH (50 vs. 33%).

116. NEUMONÍA COMUNITARIA GRAVE: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Moreno Cano SG, Breal Flores A y Estella García A

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera en Jerez de la Frontera.

Objetivos: Describir el perfil clínico de pacientes ingresados en UCI con NAC y analizar los factores asociados a peor pronóstico.

Métodos: Estudio descriptivo en una UCI médico-quirúrgica de 17 camas. Periodo de estudio de 18 meses. Las variables analizadas fueron edad, sexo, estancia en UCI, patrón radiológico, muestras respiratorias, cultivos microbiológicos, niveles de láctico y procalcitonina, fracaso orgánico medido por SOFA el primer y tercer día de ingreso y mortalidad. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS v18. Las variables cuantitativas se expresan mediante media \pm desviación típica y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: 30 pacientes fueron incluidos. Se consiguió identificación microbiológica bacteriana en 20 pacientes, 66,6%, 14 en muestras respiratorias y 6 en hemocultivos y/o antigenuria (*Streptococcus pneumoniae*: 36,7%, *Streptococcus pyogenes*: 10%, *Haemophilus influenzae*: 6,7%, *Staphylococcus aureus*: 6,7%, *Escherichia coli*: 3,3%, *Haemophilus influenzae* + *S. aureus*: 3,3%). El aspirado traqueal cuantitativo fue la muestra más frecuentemente utilizada (43,3%), seguida del lavado broncoalveolar broncoscópico (23,3%). Un 23,3% fueron neumonías bacteriémicas. La mortalidad fue de un 26,6%. En la tabla se exponen las características de los pacientes.

	Exitus N = 8	Supervivientes N = 22
Edad	64,25 \pm 11,24	58,9 \pm 14
Sexo (H/M)	62,5%/37,5%	36,4%/63,6%
Aspirado traqueal	50%	40,9%
Lavado broncoalveolar	0%	31,8%
Estancia UCI	6 \pm 4,8	15,6 \pm 13,5
Procalcitonina ng/ml	29,4 \pm 42,9	22,88 \pm 30,34
Láctico mg/dl	30 \pm 18,7	27,9 \pm 26,8
SOFA día 1	12 \pm 6,3	7,45 \pm 4,5
SOFA día 3	14,1 \pm 7,3	5,4 \pm 4,4
Hemocultivos positivos	25%	22,7%
Gripe	50%	31,8%
Infiltrado bilateral	37,5%	31,8%

Conclusiones: La NAC presenta una alta mortalidad a pesar de su etiología predecible, *Streptococcus* spp fue la más frecuente. Los pacientes fallecidos tuvieron mayor edad, fracaso orgánico, coinfección con gripe y niveles de PCT altos. La no mejoría del SOFA a las 48 horas se relacionó con una mayor mortalidad.

142. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CON PATOLOGÍA INFECCIOSA GRAVE

Fernández Burgos I, Álvarez Macías A, Salgado Villén M, Torcuato Barrera R, Rojas Zamora P y Úbeda Iglesias A

Hospital Punta de Europa en Algeciras.

Objetivos: Analizar las características diferenciales de los pacientes con patología infecciosa grave ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado sobre una cohorte prospectiva (registro ENVIN) en una UCI de 12 camas entre julio-noviembre de 2019. Variables: demográficas, comorbilidades, diagnóstico a su ingreso, origen del paciente, tipo de ingreso, factores de riesgo, escalas de gravedad, antibioterapia (ATB), estancia en UCI, hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y numéricas (media y desviación típica). Comparaciones: test de la χ^2 (porcentajes), t de Student (medias). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes. Sin infección durante el ingreso en UCI 113 (72%) vs. infección en UCI 44 (28%): APACHE II (11,00 \pm 6,63) vs. 17,45 \pm 9,61], $p < 0,001$), SAPS II (27,58 \pm 12,77) vs. 40,34 \pm 19,02], $p < 0,001$), ATB 48 horas previas (15,9% vs. 52,3%, $p < 0,001$), sondaje urinario (59,3% vs. 97,7%, $p < 0,001$), CVC (43,4% vs. 95,5%, $p < 0,001$), ventilación mecánica invasiva (VMI) (20,4% vs. 61,4%, $p < 0,001$), NPT (8,8% vs. 22,7%, $p = 0,019$), terapia de depuración extrarrenal (5,3%

vs. 15,9%, $p = 0,030$). Tipo de ingreso ($p = 0,001$): médico no coronario (46,9% vs. 77,3%), coronario (34,5% vs. 4,5%), cirugía programada (10,6% vs. 4,5%), cirugía urgente (5,3% vs. 9,1%). Diagnóstico al ingreso ($p < 0,001$): cardiopatía (56,6% vs. 11,4%), patología abdominal complicada (15% vs. 11,4%), patología del SNC (10,6% vs. 13,6%), sepsis/shock séptico (0% vs. 38,6%). Días de: VMI (2,09 \pm 1,90) vs. 8,12 \pm 8,62], $p = 0,002$), CVC (4,38 \pm 3,44] vs. 9,83 \pm 8,73], $p = 0,001$), SU (3,90 \pm 3,11] vs. 10,19 \pm 9,48], $p < 0,001$), estancia en UCI (3,16 \pm 2,82] vs. 10,34 \pm 10,67], $p < 0,001$), estancia hospitalaria (12 \pm 13,20] vs. 29,55 \pm 28,52], $p < 0,001$). ATB inicial ($p = 0,005$): carbapenem (40,9% vs. 11,1%), cefalosporinas (31,8% vs. 69,4%), piperacilina-tazobactam (18,2% vs. 16,7%). Mortalidad en UCI: 19 (16,8%) vs. 15 (37,5%), $p = 0,007$. Regresión logística multivariante: SAPS II (OR 1,04, IC95% [0,99-1,09], $p = 0,054$), tiempo de VMI (OR 1,41, IC95% [1,08-1,85], $p = 0,011$). AUROC 0,81 (IC95% 0,69-0,93; $p < 0,001$).

Conclusiones: El tiempo de VMI se relacionó de manera independiente con el diagnóstico de patología infecciosa grave durante la estancia en UCI. La estancia tanto en UCI como hospitalaria y la mortalidad fueron mayores en el grupo que sufrió infección.

143. VALORACIÓN DE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DE LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS SÓLIDOS EN UCI EN FUNCIÓN DEL TIPO INJERTO UTILIZANDO EL REGISTRO ENVIN-HELICS

Lobo Palanco J^(a), Catalán González M^(b), Nuviols Casals X^(c), Uriona S^(c), Gimeno Costa R^(d), Gracia Arnilla MP^(e), Mas Bilbao N^(f), Pinós L^(c), Álvarez Lerma F^(e) y Grupo GTEIS

^(a)Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona. ^(b)Hospital Universitario Doce de Octubre en Madrid. ^(c)Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. ^(d)Hospital Universitario La Fe en Valencia. ^(e)Hospital Universitario del Mar en Barcelona. ^(f)Hospital del Galdakao en Vizcaya.

Objetivos: Valorar complicaciones infecciosas en el posoperatorio inmediato de los trasplantados de órgano sólido en función del tipo de injerto utilizando el Registro ENVIN-HELICS.

Métodos: Registro de incidencia prospectivo, multicéntrico, no intervencionista y voluntario. Incluye pacientes ingresados > 24h tras el alta de UCI. Analizan infecciones intra-UCI y antimicrobianos en UCI.

Resultados: Desde 2006 a 2018 incluyen en periodo ENVIN 23.99T en 33 UCI de 13 CCAA. T hepático (A) 1.446 (60,2%); T pulmón (B) 345 (14,4%); T renal (C) 301 (12,6%); T cardíaco (D) 137 (5,7%); T combinado (E) 94 (3,9%); T páncreas (F) 35 (1,5%) y otros T (G) 41 (1,7%). Profilaxis ATB: A cefal 3^oG (43%) y amoxi/clavul (35%); B cefal 3^oG (37%); amoxi/clavul (31%); carbapen (15%) y piperac-tazobactam (10%); C cefal 1^oG (72%); cefal 3^oG (13%) y carbapen (6%); D cefal 3^oG (41%); aztreonam (18%) y carbapen (11%). Profilaxis ATF: A azoles 47,9%; nistatina 37,4% y equinocandinas 14%; B anfo liposomal 48,6%; azoles 35% y equinocandinas 15,7%; D equinocandinas 42,9%; azoles 22,5%; nistatina 22,5% y anfo liposomal 12,2%. El 10,6% de T desarrollaron 474 infec [243 en A; 148 en B; 39 en D; 22 en E; 14 en B; 1 en F]. Infec respiratoria: 59,9%B; 42,9%C; 28,9%D; 28,6%E y 27,1%A. Mediana de aparición: NAVM 16 días en B; 15 días en A; 5 días en C y 4 días en D; NnoAVM 12 días en B y 5 días en A y traqueobronquitis 19 días en B; 12 días A; 9 días D y 7 días en E. Etiología BGN 55,4% [P. aeruginosa 40%], CGP 28% [SAOS 40%] y 14,9% hongos [55,6% *Candidas*; 33,3% *Aspergillus*] ITU-SU: 21,4% C; 15,8% D; 10,2% A y 5,7% B con mediana de aparición de 24 días en B; 18 días C; 12 días A y 11 días D. Etiología BGN 66,7% [*E. coli* 50%], CGP 23% [*E. faecium* 37%, *E. faecalis* 27%] y 10% hongos [*C. parapsilosis* 50%; *C. glabrata* 50%]. BP: 31,6% D; 17,4% A; 15,9% B y 5% E con mediana de días de aparición de 20 en B; 19 en A y 14 en D. Etiología CGP 67,5% [*S. coagulasa* negativos 35%; *S. epidermidis* 31%], BGN 25% [*A. baumannii* 35%] y 5% hongos [*Candida* spp]. BSOF: 19% E; 14,4% A; 7,1% C; 7% B y 5,3% D con mediana de días de aparición de 27 en E; 26 en B; 23 en D y 19 en A. Etiología BGN 49% [*A. baumannii* 32%]; CGP 40% [*E. faecium* 39%; *E. faecalis* 22%] y 4,4% hongos [*Candidas*]. Infec herida Qx: 7,9% D; 7,1% C; 4,7% del A y 0,6% de B. Mediana de días de aparición de infec herida quirúrgica superficial fue 22 en A y 21 en E y la profunda de 24 días en A. Etiología BGN 75% [*A. baumannii* 33%; *P. aeruginosa* 33%; *E. coli* 33%;], CGP 8% y 17% hongos.

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas en el posoperatorio inmediato de los T de órgano sólido no son frecuentes; depende del tipo de injerto y las infecciones respiratorias son las más frecuentes. El Registro ENVIN-HELICS es una excelente herramienta en UCI.

144. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD SEGÚN DEFINICIONES DE SEPSIS-3

Santos Parralo M, Villar Sánchez A, Gaviria Sánchez A F, Server Martínez A y Dólera Moreno C

Hospital Universitario de San Juan de Alicante en Alicante.

Objetivos: Determinar los factores pronósticos de mortalidad por todas las causas a los 28 días en pacientes con sepsis o shock séptico según las definiciones actualizadas de SEPSIS-3.

Métodos: Se trata de un estudio observacional de los pacientes ingresados de forma consecutiva en el servicio de la UCI del Hospital San Juan de Alicante, entre enero de 2017 y noviembre de 2019. El diagnóstico al ingreso fue de sepsis o shock séptico según las definiciones actualizadas de SEPSIS-3. Se tomaron las siguientes variables recogidas en la historia clínica: edad, sexo, SOFA score, lactato inicial, fecha de ingreso en UCI, fecha de alta de UCI, fecha de exitus y causa de la muerte.

Resultados: Finalmente se incluyeron 142 pacientes, cuya mortalidad global a los 28 días fue del 40,8%. El lactato inicial medido fue de 4,1 de media. No se halló significación estadística entre el valor inicial de lactato y el riesgo de muerte a los 28 días, tampoco con el sexo. En cambio, sí que hubo diferencias significativas con el score SOFA ($p < 0,001$) y con la edad ($p < 0,05$). Los 58 pacientes que fallecieron presentaron un SOFA de media 8,14. La curva ROC del SOFA score fue de 0,72 (IC95%: 0,63-0,81, $p < 0,001$). Un SOFA score de 8 puntos o más, presentó una S de 62,1% y E de 73,8% como predictores de muerte.

Conclusiones: En esta población aplicando los criterios de SEPSIS-3 el factor pronóstico más importante de mortalidad a los 28 días fue el SOFA score, y después la edad. La puntuación SOFA con mejor sensibilidad y especificidad fue de 8 o más. Los niveles de lactato no llegaron a alcanzar significación estadística aunque sí que fueron mayores en los que fallecieron. Con un tamaño de la muestra mayor pensamos que se podrían alcanzar diferencias significativas.

145. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LOS CVC Y SU POSIBLE EVITACIÓN MEDIANTE SU SEGUIMIENTO SEMANAL

Moncayola Vicén JC, García Ronquillo JC, González Iglesias C, Garrido Ramírez de Arellano I, Zamora Elson M, Martínez Trivez P y Sanz Cardiel A

Hospital de Barbastro en Barbastro.

Objetivos: Análisis de las complicaciones asociadas a los CVC y su posible evitación mediante su seguimiento semanal.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de cohortes prospectivo de los catéteres venosos centrales canalizados en UCI o canalizados por otro servicio pero que han precisado de ingreso en UCI, iniciándose la recogida de datos el 16 de octubre de 2018 hasta el 15 de octubre de 2019. Se recogen variables demográficas, lugar anatómico de inserción, tipo de catéter, aplicación del protocolo de Bacteriemia Zero, días totales de catéter, complicaciones locales/sistémicas. Las variables cuantitativas se comparan mediante t de Student o U de Mann-Whitney y las cualitativas mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher según proceda. Datos expresados mediante frecuencias, medias, desviación estándar (DE), riesgo relativo (RR) e intervalos de confianza al 95% (IC95). Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se canalizaron 203 vías. Un 75,9% fue canalizado por médicos de UCI, un 8,9% por enfermería de UCI, un 14,8% por anestesia en quirófano y un 0,4% por Urgencias. El catéter que se canalizó con más frecuencia fue el yugular derecho en un 28,1%, seguido del femoral derecho (20,7%) y subclavio izquierdo (15,8%). El protocolo de Bacteriemia Zero se realizó en el 86,2% de los pacientes. Se asoció un 21,4% de infección con microbiología positiva del CVC en los que se aplicó el protocolo de BZ frente a un 11,4% en los que sí se realizó, con un riesgo 1,8 veces mayor, sin embargo, este resultado no alcanzó la significación estadística. En cuanto a complicaciones locales se asoció un 10,5% de flebitis en los catéteres de acceso periférico frente a un 2,2% en los de acceso central con un riesgo 3,8 veces mayor (IC95%: 1,141-13,076, $p = 0,05$). No se observaron diferencias entre los días de permanencia del catéter.

Conclusiones: En el seguimiento de las vías canalizadas se observó un riesgo 3,8 veces mayor en el desarrollo de flebitis en los de canalización periférica con un resultado estadísticamente significativo. No se observaron diferencias en cuanto al número de días de permanencia del catéter.

146. ¿MODIFICA LA DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA LA MICROBIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES QUEMADOS?

Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Posadas Pita GJ, Cuenca Rubio C, Enríquez Giraudo PM, Berezo García JA y Martín Luengo A

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las diferencias en la incidencia de infecciones en una Unidad de Quemados (UQ) tras la implementación de un programa de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes de una UQ. Se registran variables demográficas y microbiología de las infecciones de todos los pacientes ingresados en un periodo basal (2 años) y de DDS (1 año). Se utilizan el test χ^2 para realizar comparaciones.

Resultados: Se incluyen 48 pacientes, recibiendo DDS el 35%. No se encuentran diferencias significativas entre ambos periodos en las características de los pacientes. En la tabla se describe la incidencia de infección por cada microorganismo y foco.

	Periodo basal (n = 31)	Periodo DDS (n = 17)	p
Infección por cualquier grampositivo			
Todos los focos	39%	18%	0,13
Bacteriemia	13%	0%	0,12
Respiratoria	10%	6%	0,65
IPPB	23%	12%	0,36
Infección por <i>Staphylococcus aureus</i>			
Todos los focos	3%	12%	0,24
Bacteriemia	-	-	-
Respiratoria	3%	6%	0,66
IPPB	0%	6%	0,17
Infección por <i>Streptococcus pneumoniae</i>			
Todos los focos	10%	0%	0,19
Bacteriemia	-	-	-
Respiratoria	7%	0%	0,29
IPPB	3%	0%	0,45
Infección por otros grampositivos			
Todos los focos	32%	6%	0,04
Bacteriemia	13%	0%	0,12
Respiratoria	-	-	-
IPPB	23%	6%	0,14
Infección por cualquier gramnegativo			
Todos los focos	45%	29%	0,29
Bacteriemia	10%	6%	0,65
Respiratoria	29%	12%	0,17
IPPB	29%	18%	0,38
Infección por BGN-NFG			
Todos los focos	23%	18%	0,69
Bacteriemia	3%	0%	0,45
Respiratoria	10%	6%	0,65
IPPB	13%	12%	0,91
Infección por <i>Enterobacteriaceae</i>			
Todos los focos	29%	6%	0,05
Bacteriemia	6%	6%	0,94
Respiratoria	19%	0%	0,05
IPPB	19%	6%	0,21
Infección por otros gramnegativos			
Todos los focos	16%	6%	0,31
Bacteriemia	-	-	-
Respiratoria	10%	6%	0,65
IPPB	10%	0%	0,19

Conclusiones: La implementación de un programa de DDS en una UQ se asoció a una reducción significativa de las bacteriemias e IPPB por grampositivos diferentes de *S. aureus* y *S. pneumoniae*, y de las infecciones respiratorias por *Enterobacteriaceae*. Se observó menor incidencia de todas las infecciones en el periodo de DDS, excepto las producidas por *S. aureus*, sin alcanzar la significación estadística.

147. TIME TO DECISION IN SEPSIS: BARRERAS EN LA IDENTIFICACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA SEPSIS EN HOSPITALES ESPAÑOLES

Martínez Martínez M, Nuvials Casals FX, Ruíz Rodríguez JC, Alcaraz Peñarocha RM, Larrosa Escartin N, González López JJ, Llaneras Artigues J y Ferrer Roca R. Grupo de investigación: SODIR

Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona.

Objetivos: Primario: describir el proceso de atención a la sepsis en hospitales españoles. Secundarios: describir el diagnóstico, prevalencia de Código Sepsis, procesamiento de cultivos, tratamiento antibiótico y comunicación entre servicios.

Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal mediante 4 encuestas dirigidas a profesionales involucrados en el tratamiento de la sepsis (urgencias, infecciosas, microbiología y medicina intensiva) distribuidas a través de sociedades científicas (Sociedad española de Medicina de Urgencias y Emergencias -SEMES-, Sociedad española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica -SEIMC- y grupo de trabajo de enfermedades infecciosas y sepsis, Sociedad española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias -GTEIS-) mediante SurveyMonkey®. Análisis con SPSS. Variables nominales como valor absoluto y porcentaje; escalares con media y desviación estándar. Comparaciones con chi-cuadrado o test de Fisher; significativo $p < 0,05$.

Resultados: 700 respuestas (380 SEMES, 96 SEIMC-clínico, 127 SEIMC-micro, 97 GTEIS), 277 centros. Cribado y confirmación: 470 respuestas, 231 centros. qSOFA (357, 75%) como cribado y SIRS como confirmación (265, 55,7%). Código Sepsis en 66,2% (157) y protocolo de antibiótico empírico en 72,31% (167) centros. Diagnóstico microbiológico: 127 respuestas, 93 centros. 18,3% (17) centros realizan técnicas rápidas de detección/antibiograma. Comunicación con clínicos vía telefónica en 81,7% (76). De 110 centros, 77,2% (85) tienen resultados en $< 72h$; menor disponibilidad de laboratorio correlacionada con $> 72h$ (Fisher 8,926 $p = 0,009$). Tratamiento: 97 GTEIS, 95 SEIMC-clínico. Escalada si mala evolución (83,3%, 160). Según resultados 8,3% (16); desescalada GTEIS según resultados (62,9%, 61) y SEIMC PROA (50,5%, 48). En GTEIS 63,9% (62) cambian antibiótico con provisionales frente a 99% (96) con definitivos. Registro de indicadores: no registro en 48,5% (32) GTEIS, 64,9% (61) SEIMC-micro, 73% (54) SEIMC-clínico y 36,9% (76) SEMES.

Conclusiones: Se observa escasa prevalencia de Código Sepsis/protocolo empírico, falta de técnicas de diagnóstico rápido, de respuesta a los resultados provisionales y de registro de indicadores.

148. ANÁLISIS DEL ÍNDICE DE GRAVEDAD EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA COMO PRUEBA PRONÓSTICA DE GRAVEDAD Y MORBIMORTALIDAD DE PACIENTES INGRESADOS CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS GRAVE

Muñoz Cantero A^(a), Pérez Civantos DV^(a), Jiménez Delgado JD^(b), Córdoba López A^(a), Nieto Sánchez PA^(b), Pérez Frutos MD^(a), Obad B^(a), Álvarez González JI^(a), Jimeno Torres B^(a) y Cidoncha Gallego M^(b)

^(a)Hospital Universitario de Badajoz en Badajoz. ^(b)Hospital Don Benito-Villanueva en Don Benito.

Objetivos: Determinar el valor pronóstico del índice de gravedad en tomografía computarizada (ICTS) con respecto a la gravedad y morbi-mortalidad de las pancreatitis ingresadas en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo donde se recogen los ingresos en la UCI del Hospital Universitario de Badajoz y del Hospital Don Benito-Villanueva durante un periodo de 3 años. Se analizaron datos demográficos y clínicos como edad, sexo, SOFA, APACHE II, etiología de pancreatitis, Balthazar al ingreso y el índice de gravedad de pancreatitis en TC (ICTS), que clasifica las pancreatitis de forma numérica de menor a mayor gravedad según clasificación de Balthazar sumando el porcentaje de necrosis en TAC. Utilizamos el programa SPSS 22.0 Statistics para análisis de datos.

Resultados: La población observada ha sido de $N = 58$, con porcentaje de ingresos más elevado en sexo masculino (70,7%) que en el femenino (29,3%) (41 hombres frente a 17 mujeres) con edad media al ingreso de 61,2 años (DE 14,31). Se evaluó la gravedad al ingreso mediante las escalas APACHE II (media de 11,6, DE 5,5) y SOFA (media 3,2 y DE 3,0). La etiología de pancreatitis observadas en porcentaje fueron 62,1 de origen biliar, 13,8% de origen alcohólico, 3,4 por TG, 15,5 de causa desconocida y 5,2 por otras causas (en su mayoría post-CPRE). Se evaluó la gravedad de la pancreatitis al ingreso mediante el índice de Balthazar en TC de ingreso, donde se observó Balthazar C como el más frecuente al ingreso en nuestra UCI con un 44,8%. Por otro lado, se estimó el ICTS al ingreso, obteniendo una media de 4,38 (DE 2,7). Realizamos el seguimiento de pacientes durante el ingreso en UCI y a los 30 días, objetivando una mortalidad media en UCI de 0,33 (DE 0,4) con mortalidad nula a los 30 días. En el estudio de correlación de datos, utilizando el índice de correlación de Pearson (ρ), se objetivó un valor no significativo entre el ICTS y la mortalidad en UCI con $\rho = 0,043$ ($p = 0,784$); entre el ICTS y las

escalas de gravedad SOFA y APACHE II ($\rho = 0,141$ ($p = 0,290$) y $\rho = 0,738$ ($p = 0,080$) respectivamente). En el análisis de subgrupo si se encontró significación entre la mortalidad en UCI y SOFA al ingreso $\rho = 0,422$ ($p = 0,001$).

Conclusiones: No encontramos correlación estadísticamente significativa entre el ICTS y mortalidad en UCI, lo que podría estar en relación con el tamaño muestral o con la existencia de factores de confusión no estudiados; siendo necesarios estudios más amplios para determinar el valor pronóstico del ICTS.

149. ¿MEJORAN LA CAPACIDAD PRONÓSTICA DEL qSOFA OTROS PARÁMETROS? ANÁLISIS EN UNA UCI DE TERCER NIVEL

Villalgordo García S, Viñas Domínguez S, Díaz Gómez C, Leoz Gordillo B, Balboa Palomino S, Savlik T, Albillos Almaraz R, Martínez Elizalde J, Herrero Puente P y Gonzalo Guerra JA

Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Objetivos: Analizar la mejora potencial del qSOFA añadiendo procalcitonina (PCT), lactato y edad mayor de 65 años con respecto a la mortalidad al mes del alta hospitalaria.

Métodos: Estudio prospectivo observacional en UCI de 3^{er} nivel en el periodo de un 12 meses (agosto18'-julio19'), en pacientes con diagnóstico al ingreso de sepsis o shock séptico según criterios SEPSIS-3. Se obtienen probabilidades mediante regresión logística binaria ajustadas a mortalidad al mes del alta hospitalaria del qSOFA (cada variable 1 punto: > 22 rpm, TAS < 100 mmHg, GCS < 13), y del qSOFA con cada una de las variables: edad mayor de 65 años, lactato (mmol/L), PCT (ng/mL). Se realizan curvas ROC de estas probabilidades. Se ha utilizado SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Registramos 184 pacientes (14% de los ingresos en 12 meses). Tras descartar los trasladados de otros hospitales, presentamos 157 pacientes (12% de los ingresos en 12 meses), 69 mujeres (43,9%). Edad media de 65,08 años (IC95%, 67,02-64,13), SOFA medio al ingreso de 7,76 (IC95% 8,27-7,25), APACHE medio inicial de 21,23 (IC95% 22,33-20,12), fallecieron 47 (29,9%). En las curvas ROC, qSOFA presenta un AUC 0,45 (IC95% 0,34-0,57), $p = 0,42$. El añadir un parámetro al qSOFA tradicional mejora el AUC en todos los casos, qSOFA-lactato AUC 0,66 (IC95% 0,54-0,78), qSOFA - PCT AUC 0,589 (IC95% 0,47-0,70) y qSOFA - 65 AUC 0,57 (IC95% 0,44-0,69) con $p = 0,006$; $p = 0,13$; $p = 0,27$ respectivamente.

Conclusiones: 1. qSOFA es un mal predictor de mortalidad al mes de alta hospitalaria. 2. La suma de ciertas variables mejora la capacidad predictiva de mortalidad en todos los casos, siendo solo significativo la utilización del lactato. 3. Haría falta una mayor n para conclusiones más sólidas.

150. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES SÉPTICOS QUE INGRESAN EN UNA UCI POLIVALENTE

Viñas Domínguez S, Villalgordo García S, Díaz Gómez C, Leoz Gordillo B, Balboa Palomino S, Savlik T, Albillos Almaraz R, Villamar Carrromero A, García Prieto E y Gonzalo Guerra JA

Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo.

Objetivos: Analizar los casos de sepsis y shock séptico ingresados en UCI y explorar diferentes variables de interés científico que ayuden al conocimiento sobre pronóstico y mortalidad.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis o shock séptico en una UCI de tercer nivel durante 12 meses (agosto 2018-julio 2019) según los criterios de Sepsis-3.

Resultados: Se han registrado 184 pacientes ingresados con diagnóstico de sepsis o shock séptico en una UCI con una dotación de 32 camas. La media de ingresos es de 1.301 pacientes/año (un 14,14% del total de los ingresos). Datos demográficos: la edad media de la muestra es de 65,19 años IC 0,95 (63,45-66,93), siendo 85 mujeres (45,5%). Escalas de gravedad: el APACHE promedio es de 19,76 IC 0,95 (18,76-20,76); con un SOFA medio al ingreso de 7,69 IC 0,95 (7,23-8,15). Sepsis vs. shock séptico: de los 184 pacientes, 108 eran casos de sepsis (58,38%), 76 casos de shock séptico (41,08%). qSOFA Al ingreso: un 3,24% puntuaron un qSOFA 0, 36,76% presentaban un qSOFA de 1, el 54,05% un qSOFA de 2 mientras que el 5,95% un qSOFA 3. Origen de infección: los principales focos de infección fueron el respiratorio (36,76%), abdominal (29,73%) y el urológico (18,92%). Destaca un origen desconocido del 4,32%. Las in-

fecciones con puntuaciones más altas en la escala SOFA son aquellas de foco desconocido (SOFA medio 11,50), material extraño (9,67) y piel y partes blandas (8,60). Procedencia: el 40% de los ingresos provienen desde Urgencias, el 44,86% desde planta hospitalaria y un 15,14% suponen traslados desde otro centro hospitalario. El desglose de los procedentes de planta: el 18,07% procedían del S. Digestivo, 15,66% del S. Urología, el 15,66% S. C. General, un 12,05% del S. M. Interna, un 8,43% del S. Hematología y un 4,82% del S. Neurocirugía. Mortalidad: la mortalidad total fue del 25,95%, igual en hombres (26%) y en mujeres (25,88%); según el foco de infección los porcentajes de mortalidad fueron del 75% cuando el foco era indeterminado, 50% foco neurológico, 33% foco material extraño, 27% foco respiratorio, 23% foco abdominal. La mortalidad de los pacientes que ingresaron como shock séptico fue de un 35,53%, en los casos de sepsis supuso un 19,44%.

Conclusiones: 1) La sepsis y el shock séptico tienen una alta tasa de mortalidad, es igual en hombres que en mujeres. 2) Es ligeramente más frecuente en hombres. 3) El foco que más ingresos supuso fue el respiratorio, el urinario la menor mortalidad. 3) No conocer el origen de la infección supuso mayor mortalidad.

373. RESULTADOS DE BACTERIEMIA POSQUIRÚRGICA POR ACINETOBACTER BAUMANNII CARBAPENEMA RESISTENTE Y COLISTINA SENSIBLE EN PACIENTE CRÍTICO

Amat Serna T^(a), Aranda Martínez C^(a), Alonso Muñoz G^(b), Machuca Sánchez I^(b), de la Torre Cisneros J^(b) y Robles Arista JC^(b)

^(a)Hospital Universitario de Jaén en Jaén. ^(b)Hospital Universitario Reina Sofía en Córdoba.

Objetivos: Estudiar la evolución y mortalidad de la bacteriemia posquirúrgica por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenemas y sensible a colistina en el paciente crítico.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo, multicéntrico (participan hospitales pertenecientes al grupo REIPI). Analizamos pacientes posquirúrgicos (cirugía previa 30 días) que presentaban bacteriemia monomicrobiana por *Acinetobacter baumannii* carbapenemas resistente y sensibles a colistina. Se ha realizado un análisis multivariante mediante regresión logística. La variable principal fue la mortalidad bruta en el día 14 y 30 tras el diagnóstico de bacteriemia.

Resultados: Del total de pacientes, 41 (35%), presentaban bacteriemias posquirúrgicas detectadas durante el tiempo de estudio, 61% varones con edad media 61 ± 11 , con APACHE II al ingreso 23 ± 9 e Índice de Charlson 3 ± 2 . Este tipo de bacteriemia fue más frecuente en pacientes sometidos a cirugía abdominal: 18 pacientes (44%). La bacteriemia apareció en el día +12 tras la cirugía inicial (8 vs. 26). Comorbilidades más frecuentes: diabetes mellitus 15 (36%) e insuficiencia renal crónica 8 (20%). El tipo de bacteriemia más frecuente fue la secundaria (33/41): neumonía asociada a ventilación mecánica 49% (20/41) y peritonitis 32% (13/41). En el 71% de los pacientes se presentó clínicamente como shock séptico. A señalar que en este grupo de pacientes, 29 precisaron terapia de reemplazo renal. 17 pacientes recibieron tratamiento empírico con colistina, el tratamiento administrado fue: monoterapia con colistina 73% (30/41) y terapia combinada (tigeciclina con colistina) en 27% (11/41). La mortalidad global a los 14 días fue del 32% (13/41) y a los 30 días fue del 63% (26/41). No existe diferencia estadísticamente significativa entre la mortalidad bruta en las bacteriemias posquirúrgicas y las no posquirúrgicas.

Conclusiones: La bacteriemia posquirúrgica en nuestros pacientes tiene similitudes con la bacteriemia no posquirúrgica. El tratamiento empírico con colistina no redujo la mortalidad global a los 30 días de este tipo de bacteriemia. La mortalidad global al día 14 y día 30 es similar a la que ocurre en la bacteriemia no posquirúrgica.

374. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA NEUMONÍA POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN UCI DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Serrano Martínez JL, Redondo Orts M, López Fernández A y Machado Casas JF

Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada.

Objetivos: Análisis estadístico descriptivo de las características epidemiológicas, factores de riesgo y patrón de resistencias en neumonías producidas por *Acinetobacter baumannii* en UCI y a nivel hospitalario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo abierto realizado en un hospital de tercer nivel de 1.200 camas de hospitalización y 48 de UCI repartidas en 4 unidades: médico-quirúrgica (10), coronaria (10), posoperatorio de Cirugía Cardíaca (14) y neurotraumatológica (14). Se reclutaron 35 pacientes con criterios clínico-radiológicos de neumonía y aislamiento de *Acinetobacter baumannii* en muestras respiratorias durante un periodo de 10 años.

Resultados: La prevalencia media anual en el periodo estudiado fue de 3,91 casos por cada 1.000 neumonías. Los Servicios con más casos fueron Neurocirugía, Rehabilitación y UCI Neurotraumatológica con un 20%, 17,1% y 14,2% respectivamente. Los motivos de ingreso fueron: neurotrauma grave (40%), ictus (14,2%) y otras causas (45,7%). La edad media de los pacientes fue de $53,8 \pm 17,9$ años, siendo varones el 85,8%. El 91,4% de los casos estuvieron en UCI al menos 24 horas con una mediana de estancia de 26 días, precisando el 96,9% ventilación mecánica y el 62,9% traqueostomía. Un 45,7% de los pacientes no presentaron ninguna comorbilidad previa, siendo la más frecuente de las estudiadas la neumopatía crónica (28,5%). La mortalidad global fue del 17,1%, y de esta atribuible a neumonía por *Acinetobacter baumannii* el 83,3%. Respecto al perfil de resistencias, el 18,1% de las cepas correspondieron a *Acinetobacter baumannii* N-MDR (*no multidrug-resistant*), y el 81,9% a MDR (39,4% *extensively drug-resistant* y 0% *pan-drug-resistant*). No se logró la significación estadística ($p \leq 0,05$) en ninguna de las variables estudiadas. Mostraron no ser sensibles a carbapenémicos el 66,6% y no hubo ningún caso de no sensibilidad a colistina.

Conclusiones: En nuestro centro la neumonía por *Acinetobacter baumannii* presentó una prevalencia media anual de 3,91‰ neumonías, produciéndose en varón de edad media de $53,8 \pm 17,9$ años que ingresa por neurotrauma grave (40%), es admitido en UCI (> 90%) y en la mayor parte de los casos requiere de ventilación mecánica. El aislamiento fue mayoritariamente de tipo multirresistente con un 66,6% de no sensibilidad a carbapenémicos.

375. INCIDENCIA DE INFECCIONES FÚNGICAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: FACTORES PREDISPONENTES DE AUMENTO DE CASOS DE MUCORMICOSIS

Muñoz Cantero A, Cerezo Arias MO, Córdoba López A, Pérez Civantos DV, Obad B, Álvarez González JI, Robles Marcos MS, Fuentes Morillas FJ, López Esteban IM y Pérez Frutos MD

Hospital Universitario de Badajoz en Badajoz.

Objetivos: Analizar incidencia de infecciones fúngicas con patógenos más frecuentes ante sospecha de aumento de casos de mucormicosis con respecto a la media nacional.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, longitudinal de pacientes ingresados por infección fúngica en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Badajoz durante 2 años (2018 y 2019). Se analizaron datos demográficos, escalas de gravedad, causas de ingreso, antecedentes personales de inmunodepresión, estancia y mortalidad en UCI. Utilizamos el programa SPSS 22.0 Statistics para análisis de datos.

Resultados: Durante 24 meses se registraron 2.448 pacientes ingresados en UCI, 62% hombres y 37,99% de mujeres, con edad media de 59,32 años (DE 16,51), APACHE II medio al ingreso de 12,61 (DE 7,70) y una media de estancia en UCI de 5,12 días (DE 6,65). La tasa de mortalidad ascendió a un 11,48% (N = 281 pacientes) y las causas de ingresos fueron en su mayoría de origen médico (50,041%), frente al 40,4% de ingresos quirúrgicos, siendo el origen previo a su ingreso en UCI su estancia en planta de hospitalización en un 56,13% de los casos. De ellos, 655 pacientes sufrieron algún tipo de infección (26,76%), describiéndose un 29,01% que correspondió a infecciones fúngicas (N = 19). La identificación de los hongos infectados fue la siguiente: 2 casos de aspergilosis (10,53% de infecciones fúngicas), 11 casos de cándida (57,89%) (*Candida* spp, 3 *C. glabrata*, 1 *C. albicans*, 1 *C. lusitanae*, 1 *C. parasilopsis*), 1 caso de infección fúngica sin determinar hongo, y 5 casos de la familia mucorales (2 *Mucor* spp, 3 *Rhizopus*) lo que supone un 26,32% de las infecciones fúngicas registradas. De los pacientes que desarrollaron mucormicosis, 4 fueron exitos, con 1 único superviviente. Entre los decesos, todos tenían antecedentes de inmunosupresión previa: 1 paciente tratamiento corticoideo prolongado, 2 de ellos diabetes mellitus, 1 paciente mayor de 70 años.

Conclusiones: Hemos encontrado un aumento de incidencia de hongos mucorales como infección fúngica más frecuente tras la infección por Cándida, incluso superior a las infecciones por *Aspergillus*. Debido a las condiciones climáticas y ecosistema de la región, nos hace pensar en una posible endemia en el sur de Extremadura, dado las condiciones óptimas ambientales que favorecen el desarrollo y crecimiento de mucorales.

376. FACTORES DE RIESGO DE LA INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A SONDADAJE (ITU-SU) EN UCI

Rodríguez García A, Fuertes Schott C, Mora Rangil P, Lozano Gómez H y Matute Guerrero A

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa en Zaragoza.

Objetivos: Determinar en qué situación se encuentra nuestra UCI respecto a la ITU-SU, analizar los factores de riesgo asociados a la ITU-SU, así como investigar cuáles son los que pueden tener un mayor impacto en su desarrollo.

Métodos: Estudio analítico observacional retrospectivo, tomando como muestra los pacientes del registro ENVIN entre 2015 y 2018. Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos, en el primero todos los pacientes diagnosticados de ITU-SU (n = 39), y en el segundo, mediante aleatorización simple, pacientes sondados sin ITU-SU (n = 35). Análisis descriptivo de ambos grupos y posteriormente análisis uni y multivariante (programa SPSS 25 IBM®), con el fin de determinar qué factores de riesgo podrían influir en la probabilidad de desarrollar ITU-SU. Análisis de mortalidad.

Resultados: La tasa de ITU-SU por cada 1000 días de sonda vesical, fue del 5%. Los gérmenes aislados en los pacientes con ITU-SU fueron *E. coli* (26%), *E. faecalis* 31%, *K. pneumoniae* (10%). Los pacientes con ITU-SU estuvieron más días sondados que los pacientes sin ITU-SU (24,44 días vs. 15,11 días IC95%: 2,48-16,16). Igualmente sucedió con el tiempo de estancia en UCI: 24,41 días vs. 15,29 días IC95%: 2,41-15,84). Realizar lavados de sonda mostró una mayor probabilidad de ITU-SU que cuando no se hacían. (OR 4,37, IC95%: 1,59-12,01). Los pacientes con bacteriuria asintomática, tuvieron mayor probabilidad de desarrollar ITU-SU, en relación al tiempo OR: 4,53, IC95%: 1,56-13,11). Los pacientes sondados en urgencias tenían mayor probabilidad de desarrollar ITU-SU que los que habían sido sondados en otro lugar (OR 3,36, IC95% 1,06-10,62). En el modelo de análisis multivariante la probabilidad de ITU-SU al ser sondado en urgencias era de 4,76 veces más, respecto a ser sondado en planta, quirófano o en UCI. (OR 4,76, IC95%: 1,24-18,37). Por último, se observó, de manera casi significativa, que los pacientes con ITU-SU tuvieron una mayor probabilidad de fallecer, respecto a aquellos que no tenían ITU-SU (OR: 2,78, IC95% 0,98-7,92).

Conclusiones: La disminución del tiempo de sondaje urinario (indicar el sondaje apropiadamente, evaluar su necesidad diariamente), evitar la manipulación del sistema de sondaje urinario, son algunas de las medidas que podrían disminuir la incidencia de ITU-SU. Sería interesante el estudio del impacto del lugar del sondaje en relación a la aparición de ITU-SU (mayor probabilidad de ITU-SU en los pacientes sondados en urgencias de nuestra muestra) con estudios que tuvieran una mayor potencia estadística.

377. ESTUDIO DE LOS PATÓGENOS MULTIRRESISTENTES (PMR) EN ADULTOS INGRESADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES (MARZO 2014-JULIO 2019)

González Redondo A, Bejar Alonso M I, Rojas Viguera L, Panera Martínez E, Mourelle Vázquez L, Corera Cia M, Rivas Bilbao A, Hoya González C, Iruetagoiena Amiano J R y Pérez González R

Hospital Universitario Cruces en Barakaldo.

Objetivos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados en nuestra UCI en ese periodo con positividad en cultivos para PMR, tanto causantes de infección como colonizantes para conocer incidencia y tendencia temporal.

Métodos: Se incluyeron adultos con microbiología positiva para PMR (358). Analizando por separado causantes de infección y colonizantes; y en ambos grupos, los adquiridos intra-UCI y extra-UCI. Se estratificó por sexo y se identificaron factores de riesgo como APACHE II, edad e inmunosupresión.

Resultados: Edad media 60 ± 5 años, predomina el sexo masculino, pico de incidencia en 2018 actualmente en descenso. La mayoría de los SARM (66) se aíslan extra-UCI, sobre todo en muestras respiratorias. De *Acinetobacter* MR solo hubo 3 aislamientos, 2 de los 3 extra-UCI. La tasa de aislamientos intra-UCI es mayor en *Pseudomonas* MR (68%), bacilos Gram negativos (BGN) MR (66%) y productores de carbapenemasas (66%). Se aíslan 66 casos de *Pseudomonas* MR, sobre todo en foco respiratorio. Los BGN MR (32) son aislados en muestras respiratorias, con la mayor necesidad de VMI por infección (88%) y colonización (93%). Los productores de carbapenemasas (38) aislados en muestras respiratorias en infectados y rectales en colonizados, predominando estos últimos (68%). Los BLEE son los más numerosos con 139 aislamientos (39%). Un 64% de colonización, con la edad media más elevada (67,7 años) y mayor mortalidad (22%). En colonizados el foco principal es el rectal y en infecciones el urinario. En enterococos resistentes a vancomicina (ERV) (14) con mayor número de colonizados (79%) que se aíslan en cultivo rectal; los infectados en hemocultivo. APACHE II medio más alto (31,7) en infectados por ERV, con una mortalidad del 33%. Existe asociación de colonización con infección posterior en productores de carbapenemasas (25%) y BLEE (12%).

Conclusiones: Tendencia decreciente de aislamientos por PMR. Los más frecuentes son los BLEE, siendo intra-UCI la *Pseudomonas* MR, BGN MR y productores de carbapenemasas. Se observa una relación colonización-infección posterior significativa, por lo que nuestros esfuerzos irán dirigidos a intentar gestionar la propagación de estos invasores.

378. PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI CON ANGINA DE LUDWIG

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

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en UCI con angina de Ludwig.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron datos demográficos, clínicos y analíticos durante el periodo desde el 10 octubre 1996 al 31 de octubre de 2018. Ámbito: UCI de hospital de tercer nivel con 34 camas.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 16 pacientes con angina de Ludwig de las que el 50% (8) fueron varones, con una edad media de 47,69 (DE 23,63) con una puntuación media de APACHE II 12,17 (DE 4,86). Como comorbilidades principales la más frecuente fue ser fumador, 43,8% (7) seguido de padecer DM 25% (4) o HTA 25% (4). La sintomatología predominante que los pacientes presentaron fue odinofagia en el 75%, eritema cervical 62,5%, fiebre 56,3% disnea 50% y disfagia 37,5%. El 18,85% presentaron disfonía, torticólis o trismus. El 56,3% de los enfermos cumplían criterios de sepsis y 12,5% de shock séptico. Como tratamiento el 100% de los enfermos recibió antibiótico empírico siendo un carbapenem la terapia iniciada en el 50% de los casos, y la piperacilina-tazobactam en otro 31,3%. El 87,2% de los pacientes requirió intervención quirúrgica, 12,5% traqueostomía urgente, el 81,3% ventilación mecánica con una duración media de 7,25 días (DE 10,21). Los corticoides adyuvantes fueron administrados en el 31,3% y hasta un 12,5% recibieron oxigenoterapia hiperbárica. La mortalidad fue del 25% (4).

Conclusiones: La angina de Ludwig es una infección grave, rápidamente evolutiva y con gran morbimortalidad asociada. Requiere un adecuado control del foco infeccioso, en el que la antibioterapia y la cirugía son fundamentales y en el que la oxigenoterapia hiperbárica representa una terapia adyuvante de utilidad.

379. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA UTILIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA

Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Cuenca Rubio C, Canas Pérez I, Posadas Pita GJ, Enríquez Giraudo PM, Berezo García JA y Martín Luengo A

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las diferencias de utilización de antimicrobianos en una Unidad de Quemados (UQ) tras la implementación de un programa de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Tabla Póster 379

Antimicrobiano	Pacientes expuestos (%)			Días de tratamiento (DOT) P ₅₀ (P ₂₅ -P ₇₅)		
	Periodo basal (n = 31)	Periodo DDS (n = 17)	p	Periodo basal	Periodo DDS	p
Penicilinas no antipseudomónicas	40	29	0,48	4 (2-8)	8 (6-9)	0,29
Penicilinas antipseudomónicas	36	21	0,34	6 (4-10)	13 (4-14)	0,35
Cefalosporinas	48	93	0,01	7 (17-21)	4 (4-6)	0,27
Carbapenems	44	50	0,72	11 (3-15)	18 (3-23)	0,52
Glucopéptidos	16	0	0,11	12 (5-19)		
Quinolonas	28	14	0,33	9 (4-7)	5 (3-7)	0,24
Aminoglucósidos	8	0	0,28	10 (9-11)		
Nitroimidazoles	8	0	0,28	7 (5-8)		
Oxazolidinonas	48	43	0,76	8 (4-12)	5 (3-10)	0,51
Macrólidos	8	0	0,28	8 (7-9)		
Lincosamidas	12	7	0,63	4 (1-30)	7 (7-7)	0,66
Antifúngicos azólicos	20	36	0,28	9 (6-11)	11 (7-20)	0,34
Equinocandinas	16	7	0,43	4 (2-10)	7 (7-7)	0,48
Anfotericina	8	0	0,28	7 (7-7)		

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes que ingresan en una UQ. Se registran variables demográficas, características de la quemadura y uso de antimicrobianos de todos los pacientes ingresados en un periodo basal (2 años) y de DDS (1 año). Se utilizan los tests χ^2 , t de Student y U de Mann-Whitney para realizar comparaciones, según corresponda.

Resultados: Se incluyen 48 pacientes, recibiendo DDS el 35%. No se encuentran diferencias entre periodo basal y de DDS en edad (62 vs. 61 años, p = 0,86), sexo (71% vs. 65% varones, p = 0,65), superficie corporal quemada (23 vs. 20%, p = 0,52), presencia de lesión por inhalación (32 vs. 24%, p = 0,53), APACHE II (19 vs. 16, p = 0,08), ABSI (7 vs. 6, p = 0,50) o mortalidad (26% vs. 12%, p = 0,25). La utilización de antimicrobianos se describe en la tabla.

Conclusiones: La implementación de un programa de DDS en una UQ se asoció a un incremento significativo de la exposición a cefalosporinas, con una tendencia a la baja en la duración de la misma. La DDS se asoció a una menor exposición a la mayoría del resto de familias de antimicrobianos y a una menor mortalidad, de forma no significativa estadísticamente.

380. INFECCIONES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DEL HOSPITAL DE LEÓN

Núñez Casco JP, Resano Sarmiento N, Lestón Alonso V, Díaz Domínguez FJ, Gutiérrez Martín SM, González Luengo RI, Pérez del Pozo P y Fontaneda López D

Hospital de León en León.

Objetivos: Las infecciones atendidas en las unidades de cuidados intensivos son una patología frecuente. Analizamos la incidencia de estas y los microorganismos que las producen.

Métodos: Durante un periodo de 6 años (2014-2018) recopilamos datos sobre las infecciones en los pacientes ingresados en la UCI de este hospital utilizando el registro ENVIN. Hemos registrado las infecciones clasificándolas en tres tipos: Comunitarias, las procedentes del hospital y las infecciones relacionadas con los dispositivos durante la estancia en la unidad (ENVIN: NAVM, ITU, Bacteriemias primarias).

Resultados: Se han incluido 2.197 pacientes, con un total de 22.171 días de estancia. Con una densidad de 39,95 infecciones por 1.000 d de estancia, 534 infecciones comunitarias (23,9), 261 infecciones UCI (11,72) y 118 infecciones adquiridas en el hospital (5,29). Dentro de las infecciones ENVIN las ITU tuvieron la mayor incidencia, 5,41 por 1.000 d de SU, NAV con 3,49 por 1.000 d de VM y seguidas de cerca por las bacteriemias primarias 3,47 por 1.000 d de CVC. En comparación con el año 2019 hay un descenso en la incidencia de las infecciones ENVIN 7,46 infecciones por 1000 d de estancia, y según infección: ITU (3,5), NAV (3,32), y bacteriemias primarias (1,18). *Pseudomonas* a. y enterobacterias fueron los organismos que con más frecuencia se aislaron en las infecciones ENVIN, *S. pneumoniae* y *E. coli* en las comunitarias, enterobacterias, *Pseudomonas* a. y SAMR en las procedentes del hospital.

Conclusiones: La incidencia de infecciones en nuestra unidad es considerable. Algo más del 70% corresponden a las comunitarias y las adquiridas en el hospital. Con los proyectos de control de infecciones hemos

podido evidenciar un claro descenso en las incidencias de infecciones ENVIN en el último año. Los bacilos gram negativos predominan en todas las infecciones.

381. FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD A 90 DÍAS EN PACIENTES MUY ANCIANOS (80 AÑOS Y MAYORES) INGRESADOS EN UCI POR SHOCK SÉPTICO

Estrella-Alonso A^(a), Silva-Obregón A^(a), Fernández-Arriero N^(a), Saboya-Sánchez S^(b), Jiménez-Puente G^(a), Albaya-Moreno M^(a), Ruiz de Santaquiteria-Torres V^(a), Eguileor-Marín Z^(a), Tirado-Fernández M^(a) y Hoyos-Alcañiz E^(a)

^(a)Hospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara. ^(b)Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda.

Objetivos: El pronóstico de pacientes muy ancianos (≥ 80 años) ingresados en UCI a menudo es desalentador. No hay guías de actuación adaptadas a este grupo. Nuestro objetivo es conocer qué factores se relacionan con la mortalidad a 90 días de los pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por shock séptico.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre datos recogidos prospectivamente de junio/2009 a mayo/2019 en ≥ 80 años ingresados en UCI por shock séptico secundario a patología médica. Exclusiones: cirugía previa al ingreso en UCI, sepsis, estancia < 24h y reingreso. Se definió fragilidad mediante el *Clinical Frailty Scale* (CFS ≥ 5). Comorbilidades agrupadas bajo la variable n° comorbilidades (fig. 1). Catorce como frecuencias y porcentajes; numéricas como medianas y rango intercuartílico. Análisis univariable mediante regresión logística binaria y multivariable mediante regresión de Cox.

Resultados: Evaluados 583 ingresos de pacientes ≥ 80 años. Excluidos: datos perdidos (12), no patología médica (422), sepsis (80), estancia < 24 h (30), reingresos (3). Cohorte final 36 pacientes. Mediana edad 81,9 (81,1-83,6) años; Frágiles (CFS ≥ 5) 13,9%. Precisarón VM 83,3% y HDFVVC 19,4%. Mediana de estancia: UCI 9,5 (4,4-14,2) días, hospitalaria 17,3 (10,9-25,8) días. Mortalidad: UCI 41,7%, hospitalaria 55,6% y a 90 días 58,3% (fig. 1). Entre fallecidos y supervivientes, no hubo diferencias en edad, género, comorbilidades, fragilidad, gravedad al ingreso, origen de infección, medidas de soporte o fracasos orgánicos. La estancia en UCI de los supervivientes fue casi la mitad que la de los fallecidos, sin embargo, la estancia hospitalaria fue significativamente mayor en los supervivientes. La limitación de la terapia de soporte vital (LTSV) fue mayor en los fallecidos (66,7% vs. 13,3%). El análisis multivariable mostró que fragilidad (HR 3,27, IC95% 1,01-10,55) y lactato máximo (por punto: HR 1,14, IC95% 1,01-1,30) fueron predictores independientes de mortalidad a 90 días (fig. 2).

Conclusiones: En nuestra serie de 10 años, la mortalidad a 90 días de los pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por shock séptico secundario a patología médica fue del 41,7%. Probablemente la mala evolución de los pacientes fallecidos justifica la mayor estancia en UCI y una tasa de LTSV del 66,7%. Tras ajustar por intensidad de tratamiento y complicaciones, la fragilidad y la elevación del ácido láctico se relacionaron de manera independiente con la mortalidad a 90 días.

Figura 1 Póster 381

Figura 2.- Predictores de mortalidad a 90 días en pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por shock séptico

Variables (N=36)	Univariable		Modelo Predictor Multivariable		
	HR (IC 95%)	p valor	HR	(IC 95%)	p valor
Fragilidad (CFS ≥ 5)	2.51 (0.82 – 7.65)	0.106	3.27	1.01 – 10.55	0.047
APACHE II (por 1 punto)	1.02 (0.66 – 1.09)	0.425	-	-	-
Motivo de ingreso en UCI	0.90 (0.48 – 1.71)	0.755	-	-	-
Ventilación mecánica	2.08 (0.48 – 8.93)	0.327	-	-	-
SDRA	1.51 (0.64 – 3.56)	0.349	-	-	-
Lactato máximo* (por 1 punto)	1.12 (0.99 – 1.26)	0.079	1.14	1.01 – 1.30	0.036
Dosis máxima Nora*	1.58 (0.45 – 5.48)	0.473	-	-	-
HDFVVC	1.39 (0.51 – 3.81)	0.524	-	-	-
Transfusión	1.16 (0.48 – 2.82)	0.740	-	-	-

Abreviaturas: HR, Hazard Ratio; IC, Intervalo de confianza; CFS, Clinical Frailty Scale; APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SDRA, Síndrome de distrés respiratorio del adulto; Nora, noradrenalina; HDFVVC, Hemodiafiltración veno-venosa continua
* Unidades: lactato en mEq/L; Dosis noradrenalina calculada según concentración base en $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$.
Capacidad de discriminación: Evaluada por Índice de Harrell: **0.6505**

Figura 2 Póster 381

Figura 1.- Análisis Univariante de los factores de riesgo relacionados con la mortalidad a 90 días en pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por shock séptico.

Variables Datos Basales	Total (N=36)	Muertos (n=21)	Vivos (n=15)	OR (IC 95%)	p valor
Edad, años	81.9 (81.1 – 83.6)	81.7 (80.8 – 82.8)	82.3 (81.5 – 83.9)	0.94 (0.69 – 1.29)	0.704
Sexo					
Hombre	23 (63.9)	13 (61.9)	10 (66.7)	1	
Mujer	13 (36.1)	8 (38.1)	5 (33.3)	1.23 (0.31 – 4.93)	0.769
Comorbilidades*					
Nº. comorbilidades ^b	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	2 (2 – 3)	0.81 (0.55 – 1.18)	0.276
CFS score	3 (3 – 4)	3 (3 – 4)	3 (3 – 4)	1.63 (0.74 – 3.57)	0.222
Fragilidad					
No frágil (CFS < 5)	31 (86.1)	17 (80.9)	14 (93.3)	1	
Frágil (CFS ≥ 5)	5 (13.9)	4 (19.1)	1 (6.7)	3.29 (0.33 – 32.94)	0.310
Scores Gravedad					
APACHE II	27 (21.7 – 31.5)	27 (24 – 32)	27 (19 – 29)	1.04 (0.95 – 1.14)	0.408
SOFA	11 (9 – 13)	11 (8 – 13)	11 (9 – 13)	0.96 (0.76 – 1.21)	0.702
ORIGEN INFECCIÓN					
Urológica	7 (19.5)	3 (14.3)	4 (26.7)	1	
Respiratorio	21 (58.3)	14 (66.7)	7 (46.6)	2.67 (0.46 – 15.35)	0.272
Abdominal	8 (22.2)	4 (19.0)	4 (26.7)	1.33 (0.17 – 10.25)	0.782
Ventilación Mecánica	30 (83.3)	19 (90.5)	11 (73.3)	3.45 (0.54 – 22.03)	0.190
VMNI	4 (11.1)	4 (19.1)	0 (0.0)	-	0.125
SDRA	15 (41.7)	11 (52.4)	4 (26.7)	3.03 (0.72 – 12.63)	0.129
Láctico Máximo	3.4 (2.1 – 5.0)	4.5 (2.7 – 5.3)	2.3 (1.9 – 3.6)	1.17 (0.90 – 1.52)	0.243
Catecolaminas					
Nora dosis media	0.15 (0.09 – 0.25)	0.14 (0.10 – 0.32)	0.17 (0.08 – 0.21)	10.26 (0.08 – 1339.25)	0.349
Nora dosis máxima	0.34 (0.17 – 0.61)	0.38 (0.17 – 0.56)	0.31 (0.17 – 0.61)	1.99 (0.28 – 14.32)	0.495
Transfusión	11 (30.6)	8 (38.1)	3 (20.0)	2.46 (0.53 – 11.50)	0.252
Fracaso Renal	35 (97.2)	20 (95.24)	15 (100)	-	1.000
HDFVVC	7 (19.4)	5 (23.8)	2 (13.3)	2.03 (0.34 – 12.24)	0.439
ESTANCIA, días					
UCI	9.5 (4.4 – 14.2)	11.8 (4.2 – 17.9)	6.8 (4.7 – 11.3)	1.01 (0.95 – 1.07)	0.818
Hospital	17.3 (10.9 – 25.8)	12.5 (4.8 – 17.9)	22.0 (18.2 – 53.1)	0.90 (0.83 – 0.98)	0.014
LTSV	16 (44.4)	14 (66.7)	2 (13.3)	13.00 (2.27 – 74.32)	0.004
MORTALIDAD					
UCI	15 (41.7)	-	-	-	-
Hospital	20 (55.6)	-	-	-	-
90 días	21 (58.33)	-	-	-	-

Variables cualitativas expresadas como n (%); Variables cuantitativas expresadas como: Media \pm DE^a o como Mediana (RI)^b
Abreviaturas: OR, Odds Ratio; IC, Intervalo de Confianza; CFS, Clinical Frailty Scale; APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SOFA, Sequential Organ Failure Assessment; VMNI, ventilación mecánica NO invasiva; LTSV, limitación de la terapia de soporte vital; HDFVVC, Hemodiafiltración veno-venosa continua
***Nº de comorbilidades es una variable combinada consistente en la suma de las siguientes comorbilidades:** Diabetes mellitus, hipertensión arterial, Dislipemia, cardiopatía (NYHA III-IV), cardiopatía isquémica, cirrosis, alcoholismo, EPOC, asma, fumador, Fracaso renal crónico, Inmunosupresión, enfermedad onco/hematológica, anticoagulación crónica.

382. FACTORES ASOCIADOS CON LA PRESENCIA DE SHOCK SÉPTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UCI TRAS 8 AÑOS DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA

Sánchez Ramírez C^(a), Morales Sirgado RE^(a), Hipola Escalada S^(a), Cabrera Santana M^(a), Hernández Viera MA^(a), Caipe Balcázar L^(a), Lubbe Vázquez CF^(a), Padrón Mujica A^(a), Saavedra Santana P^(b) y Ruiz Santana S^(a)

^(a)Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín en Las Palmas de Gran Canaria. ^(b)Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Identificar los factores asociados con la presencia de shock séptico en pacientes con infección nosocomial (IN) en una UCI, tras 8 años de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron pacientes que desarrollaron INs, desde 1 octubre 2010 a 30 septiembre de 2019, en una UCI polivalente de 30 camas. Se utilizó como criterios diagnósticos los ENVIN-HELICS. Se aplicó DDS a todos los pacientes ingresados que requerían ventilación mecánica más de 48 horas. Se les administró durante los primeros 4 días cefotaxima intravenosa, más solución enteral y una pasta con colistina, tobramicina, y nistatina cada 8 horas hasta el alta. Se solicitaron exudados rectales y faríngeos, al ingreso y semanalmente. Se realizó un análisis univariado y un análisis multivariado de regresión logística múltiple. Se consideró estadísticamente significativo $p \leq 0,05$. Los datos fueron analizados usando el paquete R versión 3.3.1 (R Development Core Team, 2019).

Resultados: De un total de 8.308 pacientes ingresados, 304 (45,4%) pacientes de los 669 que desarrollaron infecciones presentaron shock séptico. En los pacientes con vs. sin shock séptico, la estancia en UCI ($p: .010$) y la mortalidad ($p < 0,001$) fueron significativamente mayores (tabla 1). Tuvieron más shock séptico, los pacientes con infecciones por *Acinetobacter baumannii*, y por *Pseudomonas* multirresistente (PsMR) (tabla 1). Los factores estadísticamente independientemente asociados a shock séptico fueron: cirugía urgente, técnica de reemplazo renal (TRR), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) y bacteriemia secundaria (tabla 2).

Tabla 2. Análisis multivariado de regresión logística de shock séptico

	P	OR (95% IC)
Cirugía urgente	< .001	2.033 (1.390 ; 2.973)
TRR	< .001	2.052 (1.460 ; 2.883)
EPOC	0.009	1.837 (1.165 ; 2.898)
NAVM	< .001	3.883 (2.699 ; 5.587)
Bacteriemia nosocomial	< .001	2.248 (1.540 ; 3.281)

TRR: técnica de reemplazo renal, EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica

Tabla 1. Análisis univariado de shock séptico

	Shock séptico		P
	No N = 365	Si N = 304	
Edad	61.5 ± 14.8	60.5 ± 15.4	0.388
APACHE	21.0 ± 8.1	22.4 ± 7.2	0.024
DDS	306 (83.8)	253 (83.2)	0.832
Sexo varón	216 (59.3)	222 (73.0)	0.001
Paciente Traumático	42 (11.5)	38 (12.5)	0.703
Paciente coronario	87 (23.8)	57 (18.8)	0.119
Cirugía urgente	67 (18.4)	98 (32.2)	< 0.001
Inmunosupresión	35 (9.6)	33 (10.9)	0.589
Neutropenia	13 (3.6)	13 (4.3)	0.634
Inmunodepresión	1 (0.3)	4 (1.3)	0.183
NP	79 (21.6)	92 (30.3)	0.011
DVE	33 (9.0)	27 (8.9)	0.943
TRR	105 (28.8)	143 (47.0)	< 0.001
Desnutrición	33 (9.0)	34 (11.2)	0.331
Diabetes	106 (29.0)	103 (33.9)	0.179
EPOC	43 (11.8)	60 (19.7)	0.005
Insuficiencia renal crónica	66 (18.1)	81 (26.6)	0.008
Cirrosis	15 (4.1)	19 (6.2)	0.185
Neoplasia	34 (9.3)	33 (10.9)	0.509
NAVM	94 (25.8)	151 (49.7)	< 0.001
BRC	138 (37.8)	99 (32.6)	0.16
Bacteriemia secundaria	80 (21.9)	97 (31.9)	0.003
Infección de orina	113 (31.0)	65 (21.4)	0.005
ATB 48 horas antes ingreso	100 (27.4)	81 (26.6)	0.22
EXITUS	88 (24.1)	150 (49.3)	< 0.001
Acinetobacter	5 (1.4)	14 (4.6)	0.012
SAMR	7 (1.9)	6 (2.0)	0.958
BLEES	72 (19.7)	81 (26.6)	0.034
Pseudomonas MR	13 (3.6)	38 (12.5)	< 0.001
BGN MR	17 (4.7)	18 (5.9)	0.465
Tipo paciente			0.108
Médico	251 (68.8)	226 (74.6)	
Cirugía programada	57 (15.6)	31 (10.2)	
Cirugía urgente	57 (15.6)	46 (15.2)	
Respuesta inflamatoria			< 0.001
No sepsis	25 (6.8)	0 (0.0)	
Sepsis	340 (93.2)	0 (0.0)	
Shock séptico	0 (0.0)	304 (100.0)	
Días en UCI	30 (16 - 48)	35 (22.5 - 52.5)	0.010

NP: Nutrición parenteral; DVE: Derivación ventricular externa; TRR: técnica de reemplazo renal; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ; NAVM: Neumonía asociada a ventilación mecánica, BRC: Bacteriemia por catéter venoso central; SAMR: *Staphylococcus aureus* meticilín resistente; BLEE: betalactamasa de espectro extendido; BGN MR: Bacilo Gram Negativo multirresistente

Conclusiones: En una UCI polivalente tras 8 años de DDS los factores independientemente asociados a shock séptico fueron: cirugía urgente, TRR, EPOC, NAVM y bacteriemia secundaria. Las infecciones por *Acinetobacter baumannii*, gérmenes beta lactamasa de espectro extendido (BLEE) y por *Pseudomonas* MR se asociaron de forma significativa a un mayor desarrollo de shock séptico. Los pacientes con shock séptico también tuvieron de forma significativa mayor mortalidad y estancia en UCI.

408. ENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: REVISIÓN 2013-2018

Cherchi MS, Holanda MS y Ots E

Hospital Marqués de Valdecilla en Santander.

Objetivos: Analizar la incidencia, comorbilidad, clínica, complicaciones, microbiología y evolución de los pacientes pediátricos con aislamiento de *Enterovirus* en Cantabria.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes en edad pediátrica ingresados debido a encefalitis por *Enterovirus* en un hospital de tercer nivel entre enero de 2013 y diciembre de 2018. Se recogieron y analizaron variables epidemiológicas, antecedentes, clínica de presentación, características microbiológicas, complicaciones y mortalidad asociada.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes, de los cuales 8 ingresaron en UCIP: 62,5% varones (edad media 20,88 meses. R 3-37 meses). El antecedente principal fue la asistencia a guardería (37,5%). 6 pacientes ingresaron en Planta Pediátrica (66,7% mujeres, edad media 68,83 meses. R 0-189). Asistir a guardería (16,7%) y haber padecido bronquiolitis/asma (16,7%) fueron los antecedentes principales. La clínica inicial predominante fue, en UCIP: fiebre (100%), letargia o irritabilidad (100%) y rinorrea (50%); en Planta: fiebre (66,7%), letargia o irritabilidad (50%) y cefalea (50%). El diagnóstico se obtuvo mediante cultivo de frotis faríngeo en 50% de pacientes de UCIP y 33,3% de hospitalización convencional. En heces se aisló *Enterovirus* en 37,5% de pacientes de UCIP y 16,7% de Planta. El serotipo E71 se aisló en 50% de UCIP y 16,7% de pacientes no críticos. El perfil del LCR mostró pleocitosis (89,7 células. R 0-292) con predominio linfocitario en 50%. 2 casos (14,3%) tuvieron hipoglucorraquia. La proteinorraquia fue < 150 mg/dL en todos los casos (media 54,8. R 27-118). Recibieron inmunoglobulinas 50% de pacientes críticos y 33,3% de planta. El 87,5% y el 50% respectivamente, recibieron antivírico empírico. En cuanto a la evolución, el 87,5% en UCIP presentaron complicaciones neurológicas (37,5% crisis y EEG patológico); presentaron complicaciones sistémicas el 62,5% de UCIP (ventilación mecánica) y el 16,5% de Planta (shock séptico). La media de estancia en UCIP fue 9,25 ± 7,7 días y en Planta 7,25 ± 3,19 días. No hubo exitus. El 50% de pacientes de UCIP presentaron secuelas al alta y al año (en todos los casos alteración oculomotora). Los pacientes de UCIP mostraron más complicaciones neurológicas (p 0,026).

Conclusiones: Las encefalitis por *Enterovirus* en Cantabria son una patología infrecuente. Los ingresados en UCIP tienen mayor riesgo de complicaciones neurológicas, siendo la parálisis oculomotora la secuela más frecuente.

409. INFECCIÓN RESPIRATORIA POR GRUPO HERPES VIRUS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Díaz Mendoza C, Martín González JC, González Bautista L y Ravelo Hernández P

Hospital Insular en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo, resultados microbiológicos, y hallazgos clínicos en 10 pacientes con sospecha de infección respiratoria por virus grupo herpes.

Métodos: En un período de 12 meses (enero 2018 a enero 2019) se estudiaron todas las infecciones con sospecha de infección respiratoria de tracto superior por herpes virus detectadas tras fibrobroncoscopia. Se estudiaron: edad, sexo, APACHE, índice de Charlson, tipo de paciente, infección bacteriana asociada, días de inicio de la lesión tras inicio de VM, tipo de lesión endobronquial, hallazgos radiológicos, resultados tras biopsia endobronquial y resultados serológicos, días de VM, días de estancia UMI y mortalidad.

Resultados: De un total de 10 pacientes con sospecha inicial de infección respiratoria por VHS, el 55% (5) de 9 biopsia endobronquial fueron + para virus de la familia Herpes, en el 100% (10) el tipo de

lesión observada durante la fibrobroncoscopia fue de lesiones traqueales costrosas cubiertas con exudado hemático. El 70% (7) tuvieron hallazgo radiológicos compatibles con infiltrado difuso o segmentario, el 100% de los pacientes habían tenido infección bacteriana asociada con buena respuesta al tratamiento (90% con NAVM y 10% con ITUSV). En todos los pacientes las lesiones aparecieron tras 7 días de VM. (7-38 días). Solo en el 20% (2) se detectó carga viral débilmente + para CMV. La media del APACHE del grupo estudiado fue de 15 ± 6,79 con un Charlson de 2. Todos los pacientes tenían enfermedad crónica asociada siendo el EPOC (40%), la causa más frecuente de ingreso fue médico (90%). La edad media de los pacientes fue de 64 ± 10,42 y el 70% fueron hombres.

Conclusiones: En nuestro estudio la VM prolongada, un APACHE > 15, varones con EPOC asociado, la inmunodepresión e infección asociada previa (neumonía/ITUSV) son factores de riesgo para el desarrollo de infección respiratoria del grupo herpes virus.

410. ANÁLISIS DE LOS CASOS DE GRIPE GRAVE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ DE HUELVA DURANTE LA EPIDEMIA 2018-2019

Rivas Gómez-Plana F, Domínguez García PJ, Oliva Fernández P, Morales Navarrete M, Recart Batrakova E y Laouchiri Mozo I

Hospital Juan Ramón Jiménez en Huelva.

Objetivos: Análisis de las comorbilidades, lugar de adquisición, tratamientos, coinfecciones y mortalidad de los pacientes ingresados en UCI con gripe grave durante la epidemia 2018-2019.

Métodos: Se seleccionaron todos los pacientes ingresados por gripe grave. Se ha realizado un análisis retrospectivo descriptivo mediante la realización de medias y porcentajes.

Resultados: En la UCI del Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez durante la epidemia de gripe 2018-2019 tuvimos 22 pacientes ingresados por gripe grave con edad media de 56 años (57% de ellos fueron hombres). Entre los factores de riesgo encontramos que el 33% eran diabéticos y el 76% tenían antecedente de tabaquismo; padecían enfermedad cardiovascular el 28,6%; mientras que el 4,8% eran asmáticos y EPOC respectivamente; el 19% tenía enfermedad renal crónica y por último el 9,5% eran inmunodeprimidos. Del total de los pacientes, el 95,24% de ellos adquirieron la infección en la comunidad, mientras que el 4,76% lo hicieron de forma intrahospitalaria. En cuanto a la etiología cabe destacar que solo un paciente se detectó virus de la gripe tipo B, mientras que en los 21 restantes se detectó gripe del tipo A. Presentaron coinfecciones el 31,8% de los pacientes entre los que se aislaron los siguientes microorganismos: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Aspergillus fumigatus*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomphila pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y virus sincitial respiratorio. Recibieron terapia antiviral con Oseltamivir el 100% de los pacientes, mientras que recibieron antibioterapia el 86% de ellos. Además, precisaron soporte con inotrópicos el 59%. Respecto al soporte respiratorio, hay que mencionar que el 82% de los pacientes precisaron VMNI, mientras que el 59% requirieron IOT y conexión a VMI. Solo el 9% de los pacientes precisó terapia renal sustitutiva. Se produjo un fallecimiento entre los pacientes anteriormente descritos.

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad grave e ingreso en UCI fueron el tabaquismo y la patología respiratoria previa. La complicaciones más frecuentemente observadas, el distrés respiratorio relacionado con el desarrollo de neumonía viral primaria y la inestabilidad hemodinámica precisando un alto porcentaje de pacientes necesidad de soporte respiratorio y con aminas.

411. ¿ES IMPORTANTE LA VACUNA EN LA GRIPE GRAVE QUE REQUIERE INGRESO EN UNA UCI?

Mosquera Fajardo I^(a), Triguero San Cristóbal H^(b), Cenicerros Barros A^(a), Pita García L^(a), Fernández-Albalat Ruiz M^(a), Mejuto Montero N^(a), Taboada Fraga X^(a), Novo Carral A^(a), Pardo Peña G^(a) y Cordero Lorenzana L^(a)

^(a)Hospital Universitario A Coruña En A Coruña. ^(b)Hospital Arquitecto Marcide en Ferrol.

Objetivos: Efecto de la vacunación en paciente con gripe grave ingresados en la UCI del Hospital A Coruña por gripe entre marzo 2015 a marzo 2018.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Colaboradores en NEUMAGRI. Comparación de medias por t de Student o test de Mann-Whitney. Asociación entre variables cualitativas por test estadístico chi-cuadrado o test Fisher. Supervivencia global utilizando metodología de Kaplan-Meier. La mediana junto con el intervalo de confianza correspondiente. Comparación de las curvas de supervivencia entre grupos a través de la prueba de rangos logarítmicos. Para factores que pudiesen influir en supervivencia global de los pacientes modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Área Sanitaria de A Coruña (1,1 mill de habitantes). En UCI ingresaron 92 pacientes por gripe entre marzo de 2015 y marzo de 2018. Edad media de 59,6 ± 13,8 años. Más frecuente en hombres (58%) que en mujeres. El 65,2% no se encontraban vacunados. El 71,4% con alguna comorbilidad asociada, siendo la más frecuente la obesidad/sobrepeso (66%). Disfunción de órganos más de las 3/4 partes de los pacientes, siendo la más frecuente el sistema respiratorio, con un 92,3% de pacientes que caen en ventilación mecánica. Estancia media en UCI fue de 11,9 ± 11,7 días, hospitalaria, 26 ± 24,6. Mortalidad global del 28,6%.

Conclusiones: La gripe origina complicaciones que pueden requerir ingreso hospitalario en una UCI y con una mortalidad global elevada. La vacunación es la forma más efectiva de reducir el número de hospitalizaciones y muertes. Dos tercios de los pacientes que requieren ingreso hospitalario en una UCI no están vacunados.

412. ANÁLISIS GLOBAL DE MORBIMORTALIDAD SEGÚN MICROORGANISMO EN INFECCIONES RESPIRATORIAS DE ORIGEN VIRAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA EN EL PERIODO 2016-2019

García Parra M, Rodrigo Pérez H, Arregui Remón S, Ares Miró P, Presa Orúe A, Caldito Ascargorta T, Erice Azparren E, Sanz Granado E, Macaya Redín L y Zabalza Goya A

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Revisar y analizar variables de gravedad del cuadro clínico en los pacientes con infección respiratoria de origen viral en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de tercer nivel durante un periodo de 4 años.

Métodos: Retrospectivo observacional en una UCI de 34 camas (ampliable a 36 según necesidad) en un hospital de tercer nivel en un periodo de 4 años entre 2016-2019. Se realiza una revisión sistemática de datos epidemiológicos, pronósticos e intervenciones realizadas.

Resultados: Se analizan 50 pacientes. La edad media fue 56 años (DE 13,4) y la distribución por sexos de 32 varones y 18 mujeres. La valoración al ingreso con escalas pronósticas APACHE II y SOFA fue 13,4 puntos y 5,2 puntos de media, respectivamente. El virus más frecuente fue el influenza A subtipo H1N1 con 72%, siendo VRS el 12% y virus influenza A subtipo H3N1 el 16%. La PaFiO2 media al ingreso fue de 184 en VRS, 129 en H1N1 y 154 en H3N1. El 44% de los pacientes requirieron intubación orotraqueal, siendo la media de días de conexión a ventilación mecánica 18 días. Por grupos, requirieron intubación 3 pacientes con VRS, 1 con H3N1 y 16 con H1N1. La necesidad de ventilación mecánica invasiva fue del 50% en VRS, 44,4% en H1N1 y 12,5% en H3N1, con requerimientos de PEEP máxima de 13,8, 15,65 y 9,5 cmH2O de media, respectivamente. En cuanto a terapias suplementarias, se realizó decúbito prono en 12 pacientes, 11 de ellos positivos para H1N1. La frecuencia de esta terapia fue de 12% en H3N1 y de 30% en H1N1. Se inició terapia con ECMO veno-venoso en 1 paciente H1N1. El 50% de los VRS, el 37,5% de los H3N1 y el 50% de los H1N1 evolucionó a shock séptico. Se asoció fallo renal agudo en el 42% de todos los pacientes, 33% en VRS, 44% en H1N1 y 37% en H3N1. La mortalidad por grupos fue de 33% en VRS, 12,5% en H3N1 y 22,2% en H1N1, con SOFA y APACHE por grupos de 4,33 y 11,3 en VRS, 5,7 y 14,7 en H3N1 y 5,28 y 13,5 en H1N1, respectivamente.

Conclusiones: Los datos muestran diferencias reseñables según el microorganismo causante, con la limitación del tamaño muestral y el tipo de estudio. El organismo más frecuente fue el virus influenza A subtipo H1N1, siendo también el grupo con más frecuencia de terapias suplementarias respiratorias. La infección por VRS fue la que más frecuencia de intubación presentó, así como la frecuencia mayor de evolución a exitus en UCI. Existe una frecuencia similar de complicaciones orgánicas en los tres grupos.

413. NORADRENALINA: DOSIS MEDIA DE LAS PRIMERAS 24H DE INGRESO A LA UCI EN SHOCK SÉPTICO, COMO SIGNO PRECOZ INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD A LOS 7 DÍAS

Marcano Millán EJ, Núñez Blanco N, Blanco Pintado S, Cestero Ramírez L, Figueroa Falconí J, González Robledo J, Marcos Prieto L, Díaz Martín O, García Miguel A y Sagredo Meneses V

Hospital Universitario de Salamanca en Salamanca.

Objetivos: Determinar si la dosis media de noradrenalina (NA) usada las primeras 24 horas (DMN24) de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en pacientes con shock séptico (SS), puede ser utilizada como predictor independiente de mortalidad a los 7 días.

Métodos: se realizó un estudio observacional, prospectivo y unicéntrico incluyendo a un total de 113 ingresos en UCI desde el 2017 al 2019 que cumplieran criterios de SS según los criterios sepsis-3, mayores de 18 años, sin patología cardíaca aguda y que precisaran NA en perfusión continua, al menos durante 24h ininterrumpidas iniciando en el momento del ingreso. Se determinó la DMN24 en $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ para cada paciente calculando la media de los valores registrados en el software ICCA® de Phillips® y se correlacionó con mortalidad a los 7 días. Se estratificaron en puntos de corte las dosis de perfusión independientemente del foco o comorbilidades, en 0,01; 0,02; 0,05; 0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5; 0,6; 0,7; 0,8; 0,9; 1 y 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ y se determinó la cifra desde la cual existe una relación significativa en relación con la mortalidad a los 7 días.

Resultados: Se registraron un total de 113 casos de SS con una media de edad de 70,55 años ($\pm 11,04$): 54,87% (62/113) fueron hombres y 45,13% (51/113) mujeres. La mortalidad global fue del 49,56% (56/113). La DMN24 global fue 0,494 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ($\pm 0,36$), siendo mayor en pacientes fallecidos a los 7 días o menos (0,7 $\pm 0,42$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) de forma significativa (IC95%, 0,15-0,47; $p < 0,001$ /U de Mann-Whitney). En pacientes que precisaron dosis $> 0,3$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ o más, existe de forma significativa 3,04 veces más probabilidades de morir (OR: 3,04; $p < 0,01$; IC95%: 1,38-6,68). En nuestro estudio el 60,18% (68/113) de los pacientes recibieron dosis superiores a este valor propuesto, y de estos fallecieron el 60,29% (41/68).

Conclusiones: Dosis de NA $> 0,3$ $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ se asociaron de forma independiente con 3 veces más probabilidades de fallecer. En este sentido, es posible ampliar una línea de investigación en ese aspecto, utilizando este valor ajustado a la población de cada unidad, como parte de un score de gravedad.

414. FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES DE 80 O MÁS AÑOS INGRESADOS EN UCI POR UNA PATOLOGÍA MÉDICA. ANÁLISIS DE 10 AÑOS

Fernández-Arriero N^(a), Silva-Obregón A^(a), Estrella-Alonso A^(a), Saboya-Sánchez S^(b), Jiménez-Puente G^(a), Ruiz de Santaquiteria-Torres V^(a), Eguileor-Marín Z^(a), Tirado-Fernández M^(a), Benito-Puncel C^(a) y Yáñez-Parareda E^(a)

^(a)Hospital Universitario de Guadalajara en Guadalajara. ^(b)Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda.

Objetivos: Los pacientes muy ancianos (≥ 80 años) están aumentando y, con ello, la presión asistencial para su ingreso en UCI en caso de deterioro grave. El objetivo del estudio es evaluar los factores relacionados con la mortalidad a 90 días de los pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por causa médica.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre datos recogidos prospectivamente de junio/2009-mayo/2019. Criterios de inclusión: ingresados por causa médica durante ≥ 24 h. Criterios de exclusión: síndrome coronario agudo, arritmias, cirugía previa al ingreso en UCI o ingreso condicionado a donación. La fragilidad se definió mediante Clinical Frailty Scale (CFS) ≥ 5 . Las diferentes comorbilidades se agruparon bajo una misma variable (Nº comorbilidades; fig. 1). Variables categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes; numéricas como medianas y rango intercuartílico. Para identificar los factores de riesgo el análisis univariable se realizó mediante regresión logística binaria. Análisis multivariable mediante el modelo de riesgo proporcional (regresión de Cox).

Resultados: Se evaluaron 583 ingresos de pacientes ≥ 80 años. Excluidos: Datos perdidos (12), no patología médica (409), estancia < 24 horas (30), ingreso condicionado a donación (13), reingresos (3). Cohorte final 116 pacientes (fig. 1). Mediana de estancia: UCI 4 (2,4-11,3) días, hos-

Figura 1 Póster 414

Figura 1.- Análisis Univariante de los factores de riesgo en relación con la mortalidad a 90 días de los pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI

VARIABLES	Total (N=116)	Muertos (n=54)	Vivos (n=62)	OR (IC 95%)	p valor
Datos Basales					
Edad, años	82.1 (81.2 – 83.7)	81.9 (80.9 – 83.7)	82.2 (81.4 – 83.7)	0.97 (0.81 – 1.18)	0.787
Sexo					
Hombre	66 (56.9)	30 (55.6)	36 (58.1)	1	
Mujer	50 (43.1)	24 (44.4)	26 (41.9)	1.11 (0.53 – 2.31)	0.786
Comorbilidades*					
Nº. comorbilidades ^b	3 (2 – 4)	3 (2 – 4)	3 (1 – 4)	1.07 (0.86 – 1.32)	0.555
CFS score	3 (3 – 4)	4 (3 – 5)	3 (3 – 4)	1.44 (1.04 – 2.00)	0.029
Fragilidad					
No frágil (CFS < 5)	91 (78.5)	37 (68.5)	54 (87.1)	1	
Frágil (CFS ≥ 5)	25 (21.6)	17 (31.5)	8 (12.9)	3.10 (1.21 – 7.93)	0.018
Scores Gravedad					
APACHE II	24 (18 – 29)	27.5 (23 – 35)	20 (16 – 27)	1.12 (1.06 – 1.19)	<0.001
SOFA	9 (6 – 11)	10 (7 – 13)	7 (4 – 10)	1.20 (1.08 – 1.33)	0.001
MOTIVO DE INGRESO					
Cardiológico	9 (7.8)	2 (3.7)	7 (11.3)	1	
Infeccioso	47 (40.5)	26 (48.1)	21 (33.9)	4.33 (0.81 – 23.10)	0.086
Intoxicación	6 (5.2)	1 (1.9)	5 (8.0)	0.70 (0.05 – 10.01)	0.793
Neurológico	2 (1.7)	0 (0.0)	2 (3.2)	-	-
Otro motivo	13 (11.2)	3 (5.6)	10 (16.1)	1.05 (0.14 – 8.02)	0.962
Parada cardíaca	10 (8.6)	10 (18.5)	0 (0.0)	-	-
Respiratorio	23 (19.8)	10 (18.5)	13 (21.0)	2.7 (0.46 – 15.9)	0.274
Traumatismo	6 (5.2)	2 (3.7)	4 (6.5)	1.75 (0.17 – 17.69)	0.635
Ventilación Mecánica	79 (68.1)	46 (85.2)	33 (53.2)	5.05 (2.05 – 12.45)	<0.001
VMNI	17 (14.7)	10 (18.5)	7 (11.3)	1.79 (0.63 – 5.07)	0.276
Traqueotomía	24 (20.7)	17 (31.5)	7 (11.3)	3.61 (1.36 – 9.56)	0.010
Catecolaminas	84 (72.4)	45 (83.3)	39 (62.9)	2.95 (1.22 – 7.12)	0.016
Transfusión	19 (16.4)	12 (22.2)	7 (11.3)	2.25 (0.81 – 6.19)	0.118
Fracaso Renal PreUCI	74 (63.8)	36 (66.7)	38 (61.3)	1.26 (0.59 – 2.71)	0.548
Fracaso Renal en UCI	19 (16.4)	14 (25.9)	5 (8.1)	3.99 (1.33 – 11.97)	0.014
HDFVVC	14 (12.1)	9 (16.7)	5 (8.1)	2.28 (0.71 – 7.28)	0.164
Haloperidol	31 (26.7)	12 (22.2)	19 (30.7)	0.65 (0.28 – 1.50)	0.308
ESTANCIA, días					
UCI	4.0 (2.4 – 11.3)	7.4 (2.9 – 14.0)	3.5 (1.9 – 7.3)	1.03 (0.99 – 1.07)	0.178
Hospital	13.3 (6.7 – 23.1)	11.2 (3.9 – 17.3)	15.9 (8.3 – 28.5)	0.96 (0.93 – 0.99)	0.008
LTSV	42 (36.2)	34 (63.0)	8 (12.9)	11.48 (4.55 – 29.00)	<0.001
MORTALIDAD					
UCI	34 (29.3)	-	-	-	-
Hospital	50 (43.1)	-	-	-	-
90 días	54 (46.6)	-	-	-	-

VARIABLES cualitativas expresadas como n (%); Variables cuantitativas expresadas como: Media \pm DE^a o como Mediana (RI)^b

Abreviaturas: OR, Odds Ratio; IC, Intervalo de Confianza; CFS, Clinical Frailty Scale; APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SOFA, Sequential Organ Failure Assessment; VMNI, ventilación mecánica NO invasiva; LTSV, limitación de la terapia de soporte vital; HDFVVC, Hemodiafiltración veno-venosa continua

***Nº de comorbilidades es una variable combinada consistente en la suma de las siguientes comorbilidades:** Diabetes mellitus, hipertensión arterial, Dislipemia, cardiopatía (NYHA III-IV), cardiopatía isquémica, cirrosis, alcoholismo, EPOC, asma, fumador, Fracaso renal crónico, Inmunosupresión, enfermedad onco/hematológica, anticoagulación crónica.

pitalaria 13,3 (6,7-23,1) días. Mortalidad UCI 29,3%, Hospitalaria 43,1% y a los 90 días 46,6%. Respecto a características basales, no se encontraron diferencias por edad, sexo, comorbilidades ni motivo de ingreso; los fallecidos eran significativamente más frágiles. Los fallecidos estaban más precisando más ventilación mecánica, traqueotomía y catecolaminas. Además, los fallecidos padecieron significativamente más fracaso renal agudo en UCI. El análisis multivariante mostró que la fragilidad, la estancia hospitalaria, la ventilación mecánica y la limita-

ción de terapias de soporte vital (LTSV) fueron predictores independientes de la mortalidad a 90 días (fig. 2). El índice de concordancia de Harrell fue de 0,829.

Conclusiones: La mortalidad a los 90 días de los pacientes ≥ 80 años ingresados en UCI por patología médica alcanza casi el 50%, siendo predictores independientes de dicha mortalidad la presencia de fragilidad (mediante CFS al ingreso hospitalario) la necesidad de ventilación mecánica, la LTSV y menor estancia hospitalaria.

Figura 2 Póster 414

Figura 2.- Modelo predictor de mortalidad a 90 días en pacientes ≥ 80 años

Variables (N=116)	Univariable		Modelo Predictor Multivariable		
	HR (IC 95%)	p valor	HR	(IC 95%)	p valor
Fragilidad (CFS ≥ 5)	1.99 (1.12 – 3.54)	0.019	2.05	1.14 – 3.69	0.017
APACHE II (por 1 punto)	1.07 (1.04 – 1.10)	<0.001	-	-	-
Motivo de ingreso en UCI	1.02 (0.96 – 1.09)	0.553	-	-	-
Estancia Hospital (días)	0.95 (0.92 – 0.98)	<0.001	0.93	0.90 – 0.97	<0.001
LTSV	5.64 (3.20 – 9.94)	<0.001	6.42	3.41 – 12.10	<0.001
Ventilación mecánica	3.53 (1.67 – 7.49)	0.001	6.20	2.81 – 13.67	<0.001
Traqueotomía	1.85 (1.04 – 3.30)	0.037	-	-	-
Catecolaminas	2.28 (1.12 – 4.67)	0.024	-	-	-
Fracaso renal en UCI	1.97 (1.07 – 3.63)	0.030	-	-	-

Abreviatura: CFS, Clinical Frailty Scale; APACHE, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; LTSV, limitación de las terapias de soporte vital

Capacidad de discriminación: Evaluada por Índice de Harrell: **0.8293**

415. HIPOGLUCEMIA COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN SEPSIS

Diez Bengoechea M, Azkarate Egaña I, Ormazabal Zabala T, Aseguinolaza Lizarazu M, Txapartegi Telleria I, Olazabal Martínez A, Ucin Gurrutxaga J, Millan Santos B y Ganzarain Oyarbide M

Hospital Universitario Donostia en Donostia.

Objetivos: Analizar el impacto de la hipoglucemia (< 70mg/dl) precoz (< 24h) en los pacientes sépticos ingresado en un servicio de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado durante un periodo consecutivo de 5 años (1,1.14 a 31,12.18) en una UVI polivalente de 48 camas en el que se realiza un control glucémico convencional, no estricto. La UVI pertenece a un hospital de tercer nivel que atiende a una población de 700.000 habitantes. Análisis estadístico realizado con el programa STATA 14.

Resultados: Durante este periodo 1.471 pacientes ingresaron o presentaron a lo largo de su ingreso en UVI un episodio de sepsis/shock séptico, de los que 125 (8,8%) presentaron hipoglucemia precoz. El análisis univariante mostró que estos pacientes presentaban un APACHE superior (26,2 vs. 19,2, $p < 0,01$), mayor SOFA (11,9 vs. 8,7, $p < 0,01$) y cifras de lactato en las primeras 6h significativamente mayores (6,24 vs. 3,25mmol/L, $p < 0,01$); había diferencias significativas en cuanto carácter nosocomial o comunitario de la sepsis, foco, presencia de inmunosupresión y otras disfunciones orgánicas. No objetivamos asociación de la hipoglucemia con la edad, sexo, tipo de paciente (médico, quirúrgico o traumático), germen responsable de la sepsis ni cifras de procalcitonina. Cuando realizamos el análisis multivariante, objetivamos una asociación significativa de la hipoglucemia con el APACHE (OR 1,1, IC95% 1, a 1,1), SOFA (OR 1,2, IC95% 1,1 a 1,3), lactato (OR 1,2, IC95% 1,1 a 1,2), la presencia de hiperbilirrubinemia (OR 1,8, IC95% 1,1 a 2,9) y la sepsis asociada a cuidados sanitarios (OR 3,2, IC95% 1,7 a 6,3). Los pacientes con hipoglucemia presentaron una mortalidad significativamente más elevada (52,8% vs. 12,4%, $p < 0,01$) con una estancia media significativamente menor (2,9 vs. 10,5 días, $p < 0,01$).

Conclusiones: Un 9% de pacientes sépticos en nuestro servicio presentaron hipoglucemia las primeras 24h, con un SOFA, APACHE y cifras de lactato más elevadas, con una mayor frecuencia hiperbilirrubinemia y mayor asociación con cuidados sanitarios. Presentaron una mortalidad significativamente mayor con una menor estancia, lo que parece indicar que fallecen más y más rápido. El hecho de que asocie con hiperlactacidemia e hiperbilirrubinemia, nos hace pensar que su presencia en mu-

chos casos podría deberse a disfunción hepática, y su presencia se asocia a una elevada mortalidad.

Financiada por: Hospital Universitario Donostia.

416. EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN DE ACLARAMIENTO DE LACTATO, LACTATO INICIAL, APACHE II Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS INTERNADOS POR SEPSIS/SHOCK SÉPTICO EN TERAPIA INTENSIVA

Muñoz Cantero A, Córdoba López A, Álvarez González JI, Obad B, Delgado Expósito G, Pérez Civantos DV, Pérez Frutos MD, Pérez Bazaga LJ, López Esteban IM y Jimeno Torres B

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz en Badajoz.

Objetivos: Evaluar la relación entre aclaramiento de lactato, lactato inicial, APACHE II con mortalidad intrahospitalaria en mayores de 70 años ingresados por sepsis/shock séptico en terapia intensiva.

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo de ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de Badajoz con diagnóstico de sepsis/shock séptico según criterios del consenso sepsis-3, durante 6 meses. Analizamos datos demográficos y clínicos: sexo, edad, tipo de ingreso, APACHE II, SOFA, mortalidad en UCI y hospitalaria, láctico al ingreso, a las 6 horas y aclaramiento de lactato, registrado como cociente entre láctico inicial menos lactacidemia a las 6 horas, dividida entre lactacidemia al ingreso. Utilizamos el programa SPSS 22.0 Statistics para análisis de datos.

Resultados: Analizamos 121 historias clínicas. 46 cumplían el diagnóstico de sepsis grave según criterios de Sepsis-3: 28 hombres (60,9%) y 18 mujeres (39,1%), con edad media de 59,22 años. 43 ingresos eran médicos (93,5%) frente a 3 quirúrgicos (6,5%), con APACHE II medio = 25,73 (DE 21,13). Subdividimos los grupos en mayores de 70 años (N = 13) y menores de 70 (N = 33), obteniendo los siguientes datos: APACHE II medio en mayores de 70 = 30,83 (DE 23,97) frente a 23,88 (DE 20,01) en menores. La mortalidad en UCI fue mayor en mayores de 70 años (46,2%) frente al 24,2% de exitus en menores de 70 años. En cuanto al aclaramiento de lactato, la media fue de -0,14 (DE 0,53) con láctico medio al ingreso de 3,6 (DE 3,79) en ingresos mayores de 70 años frente a 0,18 (DE 0,42) y láctico medio de 2,37 (DE 1,64) al ingreso en los menores de 70 años. Al correlacionar datos mediante el coeficiente de relación de Pearson, encontramos resultados estadísticamente significativos entre APACHE II y aclaramiento de lactato ($\rho = -0,703$, $p = 0,011$); aclaramiento de lactato y mortalidad hospitalaria ($\rho = 0,766$, $p = 0,027$) y niveles de

procalcitonina al ingreso con SOFA y láctico al ingreso y a las 6 horas en el grupo de sépticos mayores de 70 años. Únicamente encontramos valores estadísticamente significativos entre APACHE II y mortalidad hospitalaria ($p = 0,542$, $p = 0,003$) y SOFA y mortalidad en UCI ($p = 0,692$, $p = 0,00$) en el grupo de pacientes menores de 70 años.

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de sepsis mayores de 70 años tienen peor pronóstico que los más jóvenes con aumento de mortalidad en UCI; pudiendo usar como datos pronósticos la escala de gravedad APACHE II, los niveles de láctico y el aclaramiento de láctico al ingreso.

417. PANCREATITIS AGUDA Y SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL: EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

Beltrán Bernáldez R, Sanmartino González C, Tejero Pedregosa A, Losada Martínez V, Ferrigno Bonilla G, Rodrigo Castroviejo N, Monge Donaire D, Beltrán Martínez L, Cortés Díaz S y Tarancón Maján C

Hospital Virgen de la Concha en Zamora.

Objetivos: Describir la evolución de los pacientes con pancreatitis aguda grave (PAG) y sus complicaciones asociadas. Analizar el manejo médico y quirúrgico del síndrome compartimental abdominal (SCA) secundario.

Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo pacientes ingresados en UCI con diagnóstico de PAG durante el periodo 2013-2019. Se registran datos demográficos, causa, escalas de gravedad, así como aparición de complicaciones asociadas: fallo renal agudo (FRA), infecciones, SCA, necesidad de soporte ventilatorio. Se recogen tratamiento con técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR), necesidad de abordaje quirúrgico y soporte nutricional administrado. Los resultados se expresan como media (IC95%).

Resultados: Se estudian 43 pacientes, 58,1% varones, edad 72,1 (63,3-76,9) años, APACHE 16,3 (12,9-19,8), SAPSII 38,1 (31,8-44,3), SOFA 4,3 (2,9-5,7). La causa de PAG fue: litiásica 30,2%, alcohólica 9,3%, post-CPR

16,3%, idiopática 44,2%. Un 41,9% requirió ventilación mecánica (VM) durante 17,1 (6,1-28,2) días, de los cuales a un 7% se le realizó traqueostomía. A un 9,3% se le administró oxigenoterapia de alto flujo. La prevalencia del FRA fue del 55,8%, un 18,6% de pacientes fueron tratados con TCRR. Un 18,6% de pacientes presentó SCA, al 20,9% se le realizó laparotomía (11,6% descompresiva, 4,7% necrosectomía). Tras la laparotomía descompresiva, la duración del sistema de cierre asistido por vacío (VAC) fue de 15,2 (0,3-30,1) días con 2,3 (0,6-4) recambios de malla. Tasa de infección abdominal 21%, respiratoria 23,3%, colonización por multirresistentes 2,3%. Un 74,4% recibió soporte nutricional (39,5% parenteral, 7% enteral, 27,9% mixto). La estancia en UCI fue de 13,7 (7,4-20) días, hospitalaria 24,9 (22,4-27,4) días y la mortalidad del 34,9%. La ausencia de FRA se asoció a menor necesidad de cirugía (39% en el grupo con FRA VS 0% en el grupo sin FRA) $p < 0,05$ (test exacto de Fisher). El tratamiento quirúrgico no influyó sobre la estancia o la mortalidad en nuestra muestra.

Conclusiones: La PAG es una entidad con una elevada morbimortalidad, el manejo multidisciplinario puede mejorar la mortalidad y reducir las secuelas.

607. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL. RESULTADOS AL AÑO DE IMPLEMENTACIÓN

Bohórquez López A, Pérez Merino JA, González Maestre J, Gordillo Escobar E, Barrientos Morán M y Freytas Díaz J

Hospital Quirón Infanta Luisa en Sevilla.

Introducción: En nuestra comunidad y dentro del Sistema Sanitario Público se establece en el año 2013 un programa integral de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y uso apropiado de los antimicrobianos (PIRASOA) con resultados espectaculares en términos de disminución de las infecciones relacionadas con la actividad asistencial, de las resistencias bacterianas multirresistentes y

Figura Póster 607

		COMIENZO PROGRAMA			
		2018 T1	2018 T2	2018 T3	2018 T4
PROAH019	DDD de amoxicilina por 1000 estancias	9,90	15,29	9,18	16,15
PROAH020	DDD de amoxicilina/ácido clavulánico por 1000	167,90	168,88	199,77	188,25
PROAH022	DDD de cefazolina por 1000 estancias	46,56	48,25	51,16	61,22
PROAH023	DDD de ceftriaxona por 1000 estancias	83,00	79,86	80,20	69,39
PROAH024	DDD de cefotaxima por 1000 estancias	5,47	5,79	6,73	6,83
PROAH025	DDD de ceftazidima por 1000 estancias	0,22	10,64	4,85	3,52
PROAH026	DDD de cefepima por 1000 estancias	0,00	0,08	3,47	3,89
PROAH027	DDD de piperacilina/tazobactam por 1000 estancias	53,34	48,45	33,94	29,57
PROAH029	DDD de imipenem por 1000 estancias	0,70	3,14	1,12	0,12
PROAH030	DDD de meropenem por 1000 estancias	57,13	59,73	47,45	34,78
PROAH032	DDD de ciprofloxacino por 1000 estancias	32,24	51,76	48,92	37,11
PROAH033	DDD de levofloxacino por 1000 estancias	127,57	100,83	69,59	57,30
PROAH037	DDD de cloxacilina por 1000 estancias	6,36	17,26	4,29	48,36
PROAH038	DDD de vancomicina por 1000 estancias	15,93	22,60	7,45	12,09
PROAH039	DDD de teicoplanina por 1000 estancias	0	0,00	0,00	0,00
PROAH041	DDD de linezolid por 1000 estancias	16,93	12,72	11,12	9,11
PROAH042	DDD de cotrimoxazol por 1000 estancias	1,35	0,73	9,60	1,03
PROAH043	DDD de clindamicina por 1000 estancias	6,70	12,30	16,99	9,34
PROAH044	DDD de metronidazol por 1000 estancias	19,09	15,39	19,56	43,78
PROAH046	DDD de eritromicina por 1000 estancias	8,57	9,54	16,94	8,12
PROAH047	DDD de claritromicina por 1000 estancias	2,00	4,16	0,20	10,19
PROAH048	DDD de azitromicina por 1000 estancias	3,15	8,33	5,65	4,03
PROAH049	DDD de gentamicina por 1000 estancias	3,50	3,33	5,37	6,96
PROAH050	DDD de tobramicina por 1000 estancias	1,05	6,56	4,25	7,11
PROAH051	DDD de amikacina por 1000 estancias	0,74	0,00	5,31	2,40
PROAH052	DDD de fluconazol por 1000 estancias	7,17	15,52	16,43	17,47
PROAH053	DDD de voriconazol por 1000 estancias	0,00	2,35	0,00	3,23
PROAH060	DDD de micafungina por 1000 estancias	2,37	2,12	4,90	0,00
PROAH034	DDD de moxifloxacino por 1000 estancias	0,00	0,00	2,24	0,33
TOTAL DDD INDICADORES		678,94	725,60	686,68	691,70
Gasto en antibióticos y antifúngicos en paciente		18.134,45	17.676,84	16.520,52	11.374,35

de la prescripción antibiótica, unida a la mejora en la calidad de la misma. En 2018 nuestro hospital es pionero en la implantación de este tipo de programa en el ámbito de la salud privada.

Objetivos: Optimizar el uso de antimicrobianos y mejorar la calidad de la prescripción de nuestro hospital para disminuir las resistencias bacterianas, mejorando la eficacia, el consumo de antibióticos, la eficiencia y la seguridad del paciente en las infecciones relacionadas con la actividad sanitaria.

Métodos: Durante el año 2018 se ha confeccionado el plan local de PIRASOA de nuestro hospital, siendo aprobado por la Dirección General de PIRASOA en nuestra comunidad autónoma. Se han creado dos grupos de trabajo, diferenciados para los dos ejes del programa: IRAS y PROA, siendo la Dirección Médica la responsable de velar por la calidad asistencial del plan local PIRASOA. Centrándonos en el objetivo de este trabajo, el equipo PROA de cada centro tiene la función de realizar el estudio de la calidad en la prescripción. Los PROA incluyen estudios periódicos de la calidad de la prescripción de antibióticos mediante las asesorías a los Servicios hospitalarios implicados.

Resultados: En los últimos 9 meses de 2018 hemos reducido las dosis diarias definidas (DDD) de los antibióticos según se aprecia en tabla adjunta (tabla).

Conclusiones: 1. Desde la intervención con el programa PIRASOA han disminuido las DDD de antibióticos por 1.000 estancias como carbapenems, glucopéptidos, quinolonas y penicilinas de tercera y cuarta generación. 2. Los gastos en antibióticos y antifúngicos han disminuido desde nuestra intervención con el PROA de PIRASOA, demostrando la eficiencia del programa. 3. Con la puesta en funcionamiento de este plan hemos mejorado la seguridad del paciente elevando la calidad en la prescripción antibiótica, y poniendo las bases para la disminución de resistencias bacterianas en las IRAS.

608. ¿HAN DISMINUIDO LOS GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA ITU-ZERO?

García Bonillo P, Herreros Gonzalo M, Cerezo Mejías AE, Gómez Romero C, Serrano Castañeda J, Vizúete Mendrano T, Criollo Zúñiga AG, Padilla Serrano A, Cebrián Salé LE y Sánchez de Haro A

Hospital La Mancha Centro en Alcázar de San Juan.

Objetivos: Analizar los gérmenes causantes de infección urinaria y de ellos, los multirresistentes, antes y después de implantar la ITU-ZERO.

Métodos: Análisis descriptivo prospectivo, de los pacientes con infección urinaria relacionada con sonda vesical (ITU-SV) desde el 1 de enero

de 2017 al 1 de enero de 2020, en una UCI polivalente de 10 camas. Determinando número de infecciones, gérmenes y multirresistencia antibiótica; antes y después de la implantación de la ITU-ZERO.

Resultados: Analizamos 46 infecciones, del 1 de enero del 2017 al 1 de enero del 2020, implantando la ITU-ZERO en nuestra unidad el 1 de febrero del 2019. Hubo 26 infecciones antes de la ITU-ZERO y 20 tras la ITU-ZERO. Los gérmenes más frecuentes encontrados en el periodo comprendido entre enero 2017 y enero 2019 fueron: *P. aeruginosa* 18,51%, *C. albicans* 14,81%, *E. faecalis* 14,81%, *E. coli* 14,81%, *C. glabrata* 11,11%, *S. epidermidis* 7,4%, *P. mirabilis* 7,4%, *K. pneumoniae* 3,7%, *E. aerogenes* 3,7%, *E. faecium* 3,7%. Un 18,51% fueron multirresistentes: 40% *E. coli* y 20% *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y *E. faecium*. En 2019, con la ITU-ZERO, los gérmenes más frecuentes fueron *P. aeruginosa* 18,18%, *C. albicans* 18,18%, *K. pneumoniae* 18,18%, *E. faecium* 13,63%, *E. faecalis* 9,09%, *E. coli* 4,54%, *C. glabrata* 4,54%, *C. lusitanae* 4,54%, *Candida* spp 4,54%, *C. tropicalis* 4,54%. Hemos experimentado un incremento al 22,72% de las infecciones por microorganismos MR: 60% *K. pneumoniae*, 20% *P. aeruginosa* y *E. faecium*. En cuanto a las infecciones por hongos, se ha visto un descenso en las infecciones por *Candida* resistentes a fluconazol, pasando de un 11,11% a un 4,54%. Llama la atención que más de un tercio de nuestras ITU asociadas a sondaje vesical sean por hongos, lejos del 16-18% presente en la media regional y nacional durante el último año.

Conclusiones: A pesar de las medidas instauradas tras la implantación de la ITU-ZERO, se ha producido un aumento de microorganismos multirresistentes (un 18,51% antes y un 22,72% después), siendo el germen más frecuente en ambos periodos la *P. aeruginosa*, y produciéndose un descenso significativo del *E. coli*. La incidencia de infección fúngica por diversas especies de *Candida* ha aumentado hasta llegar al 37%, siendo la más frecuente *C. albicans*, y con un descenso de resistencias a fluconazol, lo que nos obliga a revisar las medidas instauradas con vistas a disminuir la multirresistencia y poder detectar posibles fallos.

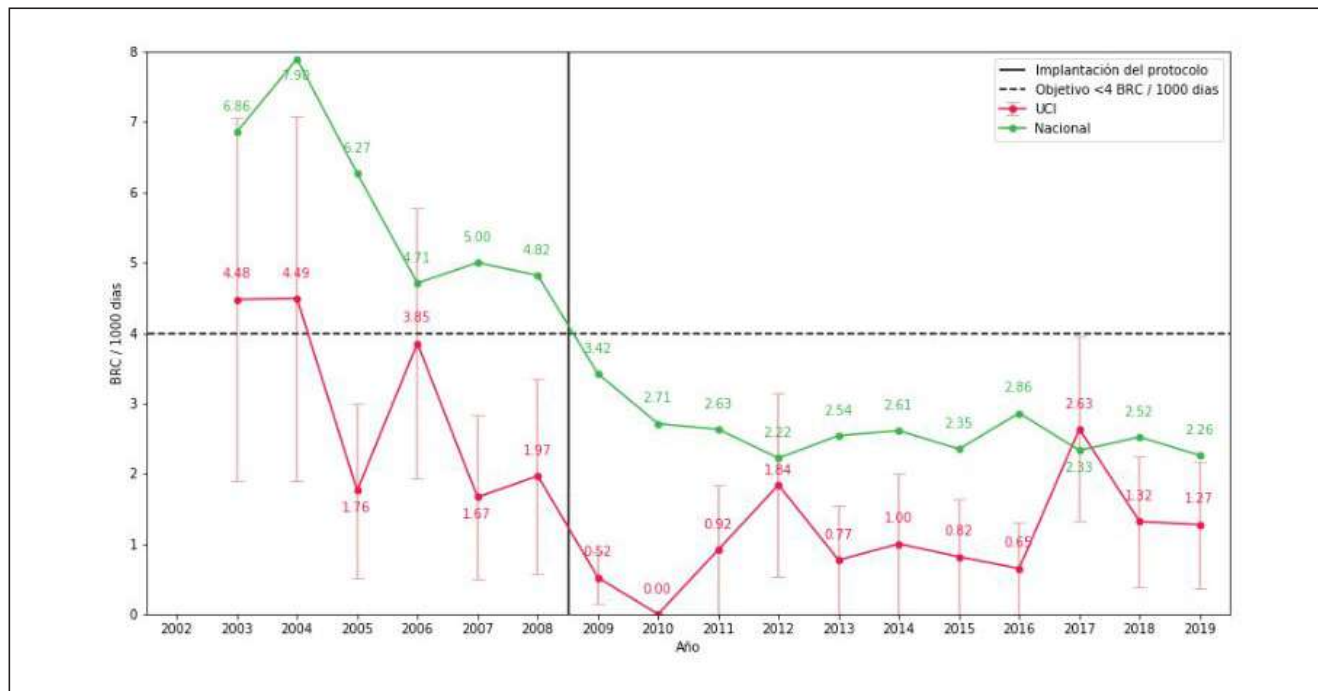
610. IMPACTO DEL PROTOCOLO DE BACTERIEMIA ZERO. ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER

Arregui Remón S, Ares Miró P, Orera Pérez A, Rodrigo Pérez H, Presa Orúe A, Caldito Ascargorta T, Erice Azparren E, García Parra M, Zabalza Goya A y Lobo Palanco J

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Analizar la eficacia de la implantación del protocolo de Bacteriemia Zero (BZ) en el servicio de Medicina Intensiva del Hospital de Navarra (CHN).

Figura Póster 610



Métodos: Estudio de cohortes, observacional y prospectivo que incluye los pacientes ingresados durante los años 2003-2009 en la UCI de HN que precisaron catéter venoso central (CVC) y a nivel nacional. Los datos se obtienen del registro ENVIN-HELICS. Recogemos los datos de la densidad de incidencia de casos de bacteriemia asociada a CVC (BACVC) durante los años previos a la implantación oficial del protocolo en 2008, abarcando el periodo desde 2002 hasta 2008 incluido, con una población total de pacientes ingresados en nuestra unidad portadores de CVC N: 927, con un total de días portadores de CVC y por lo tanto días de riesgo de 5.732 días, con un total de casos de BACVC de 16; y los hemos comparado con los datos reportados durante el periodo desde 2009 hasta 2019, con una población de pacientes portadores de CVC N': 2.177, total de días a riesgo de 16.595 días de CVC, y un total de casos de BACVC de 20. Calculamos la densidad de incidencia (DI) en cada periodo, y el riesgo relativo (RR), expresando los datos con un intervalo de confianza al 95%. Dichos datos se comparan además con la densidad de incidencia de CVC analizada para los mismos periodos del registro a nivel nacional.

Resultados: Obtuvimos una DI de BACVC = 0,161 antes de la implantación del protocolo de BZ y DI' = 0,124 después de la implantación del protocolo, con RR 0,76 (IC95%: 0,17-0,28) en UCI-CHN.

Conclusiones: La implantación del protocolo de BZ ha supuesto una reducción estadísticamente significativa de la DI de BACVC en la Unidad de Medicina Intensiva del HN, considerándose además una DI significativamente menor que la DI a nivel nacional tanto antes como después de la implantación del protocolo.

611. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA COLONIZACIÓN Y LA INFECCIÓN TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PROYECTO RESISTENCIA ZERO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (HUNSC)

Medina Cabrera N, Finger Kamps MA, Estupiñán Díaz A, Ruiz García, Medina Rodríguez JC, Fraga Quintana CR, Rodríguez González MA, Rivero Darías, Secaduras Arbelo TM y Castellano Pérez RM

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar comparativamente el número de colonizaciones por gérmenes multirresistentes (GM) e infecciones producidas por los mismos en el HUNSC.

Métodos: Estudio longitudinal comparativo retrospectivo. Se recogieron datos en dos periodos de 6 meses. El primero comprendido entre 1 de abril y el 30 de septiembre del año 2018 en el que se aplicó el programa de Resistencia Zero, y el segundo entre el 1 de octubre y 31 de marzo del 2019 en el que se aplicaron nuevos criterios de riesgo para presentar o desarrollar infección por GM. Las variables comparadas fueron; la colonización e infección durante el ingreso.

Resultados: Se analizaron un total de 112 pacientes (74,6% varones y 25,4% mujeres en el primer periodo así como, 71,4% varones y 28,6% mujeres en el segundo) con edades medias de 59 y 57 años respectivamente. Durante el primer periodo se observó colonización por GM en 44,4%, siendo del 79,6% en el segundo. Asimismo desarrollaron infección durante el primer periodo un 22,3% mientras que en el segundo fue de un 57,1%.

Conclusiones: Con los nuevos criterios de selección de riesgo, se observa una mayor detección de la colonización y la infección durante el ingreso en el Servicio de Medicina Intensiva.

612. IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DESCONTAMINACIÓN DIGESTIVA SELECTIVA EN UNA UNIDAD DE QUEMADOS SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES CLÍNICAMENTE RELEVANTES

Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Cuenca Rubio C, Posadas Pita GJ, Enríquez Giraudó PM, Martín Luengo A y Berezo García JA

Hospital Universitario Río Hortega en Valladolid.

Objetivos: Describir las diferencias en la incidencia de infecciones en una Unidad de Quemados (UQ) tras la implementación de un programa de descontaminación digestiva selectiva (DDS).

Métodos: Análisis de cohorte retrospectivo de pacientes que ingresan en una UQ. Se registran variables demográficas y características de la quemadura. Se registran las infecciones consideradas clínicamente

relevantes (bacteriemia, infecciones respiratorias e infecciones de piel y partes blandas [IPPB]) de todos los pacientes ingresados en un periodo basal (2 años) y de DDS (1 año). Se utilizan los tests χ^2 , t de Student y U de Mann-Whitney para realizar comparaciones, según corresponda.

Resultados: Se incluyen 48 pacientes, recibiendo DDS el 35%. No se encuentran diferencias entre periodo basal y de DDS en edad (62 vs. 61 años, $p = 0,86$), sexo (71% vs. 65% varones, $p = 0,65$), superficie corporal quemada (23 vs. 20%, $p = 0,52$), presencia de lesión por inhalación (32 vs. 24%, $p = 0,53$), APACHE II (19 vs. 16, $p = 0,08$), ABSI (7 vs. 6, $p = 0,50$) o mortalidad (26% vs. 12%, $p = 0,25$). En la tabla se describe la incidencia de cada tipo de infección, así como el número promedio de episodios/paciente, y la mediana de tiempo desde el ingreso hasta el evento infeccioso.

	Periodo basal (n = 31)	Periodo DDS (n = 17)	P
Infección intra-UQ			
Incidencia	58%	47%	0,46
Nº episodios/paciente	1,94	0,88	0,20
Días hasta evento	11 (5-15)	21 (6-30)	0,05
Bacteriemia			
Incidencia	16%	6%	0,31
Nº episodios/paciente	0,23	0,06	0,25
Días hasta evento	22 (20-27)	54 (54-54)	0,38
Infecciones respiratorias			
Incidencia	36%	29%	0,67
Nº episodios/paciente	0,81	0,35	0,25
Días hasta evento	6 (5-11)	7 (5-17)	0,69
IPPB			
Incidencia	32%	24%	0,53
Nº episodios/paciente	0,90	0,47	0,38
Días hasta evento	16 (12-31)	30 (27-32)	0,26

Conclusiones: La implementación de un programa de DDS en una UQ se asoció a una reducción de la incidencia y número de episodios/paciente de bacteriemias, infecciones respiratorias e IPPB, no significativa estadísticamente. La DDS se asoció a una aparición significativamente más tardía de cualquier tipo de infección.

613. INFECCIONES GRAVES POR MICROORGANISMOS RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS. EXPERIENCIA CLÍNICA CON CEFTAZIDIMA-AVIBACTAM

Pérez Bailón AM, Núñez Núñez M y Yuste Ossorio ME

Hospital Universitario San Cecilio en Granada.

Objetivos: Cefotazidima-avibactam es una nueva cefalosporina combinada un inhibidor de betalactamasas recientemente aprobado para el tratamiento de infecciones causadas por microorganismos aerobios Gram negativos multirresistentes en pacientes con opciones terapéuticas limitadas. El objetivo de este estudio es describir las indicaciones de uso y efectos adversos en práctica real desde su adquisición.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con infección tratada con ceftazidima-avibactam. La eficacia y la seguridad se evaluaron como mortalidad a los 14, 30 y 90 días y la aparición de eventos adversos.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, de los cuales 14 (73,6%) fueron ingresados en UCI. El 10 (52,6%) eran hombres con una mediana de edad de 69 años (RIQ: 22-72), Índice de Charlson de 5 (RIQ: 2-8) y 6 (31,6%) presentaban un índice McCabe últimamente fatal. Los focos más frecuentes fueron: respiratorias (53%) seguidas de intraabdominales (21%) y urinarias (21%). La mediana de días de estancia en el hospital y la UCI fue de 65 (RIQ: 41-89) y 33 (RIQ: 2-65) respectivamente. 18 (94,7%) pacientes presentaban sepsis o shock séptico con una mediana en score increment de 8 (RIQ: 6-13) y Giannella 14 (RIQ: 10-16). Las tasas de mortalidad a 30 y 90 días fueron ambas del 42%. La curación clínica se logró en 14 (73,6%) de los episodios. Solo un paciente (5,2%) presentó eventos adversos (convulsiones) en el contexto de insuficiencia renal. Entre los pacientes con un score increment ≥ 7 (N = 15, 71,4%), ocho fallecieron a los 30 días y solo 7/15 recibieron terapia

combinada. Las asociaciones más frecuentes con ceftazidima-avibactam fueron amikacina (4/8) y metronidazol (3/8). Además de la colonización, los patógenos aislados en muestras clínicas fueron: *Klebsiella pneumoniae* (N = 12), IMP (N = 1), VIM (N = 1) y OXA-48 (N = 2), *Enterobacter cloacae* productoras de carbapenemasas similares a OXA-48 y 2 *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenem. En un aislado de *Klebsiella pneumoniae*, se confirmó que las carbapenemasas eran de tipo IMP y OXA-48.

Conclusiones: Aunque nuestra experiencia es limitada, ceftazidima-avibactam parece ser un fármaco eficaz con un perfil de seguridad conveniente para el tratamiento de pacientes con infecciones graves debidas a patógenos resistentes a carbapenémicos y opciones terapéuticas limitadas.

614. VALORACIÓN DE LOS APÓSITOS DE CLORHEXIDINA TRAS LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y SU IMPACTO SOBRE LAS BACTERIEMIAS PRIMARIAS EN LA UCI

Díaz Mendoza C, Soria Martín D, Velázquez L, González Bautista L y Ravelo Hernández P

Hospital Insular en Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivos: Determinar el beneficio de los apósitos de clorhexidina comparado con los apósitos convencionales sobre la incidencia de bacteriemias y valorar su efectividad.

Métodos: Estudio comparativo prospectivo, en 233 pacientes con inserción de CVC/CVCP. Se excluyeron bacteriemias secundarias a otro foco no relacionado con CVC, aquellas por catéter arterial radial, bacteriemias al ingreso y hemocultivos contaminantes. Se compararon: Grupo 1 (58 pacientes) con apósitos impregnados de clorhexidina y Grupo 2 (51 pacientes) con apósitos convencionales. Se compararon la incidencia de bacteriemias primarias. La valoración fue realizada por el personal de enfermería mediante cuestionario que incluía: motivo del cambio de apósito, adhesión del apósito, estado del punto de inserción y de la piel, valoración global. Se compararon la incidencia de bacteriemias primarias, la aparición en el tiempo, el lugar de inserción, los microorganismos aislados. Se estudiaron las principales características clínicas y demográficas.

Resultados: El 91,37% de las valoraciones realizadas determinó que los apósitos de clorhexidina son superiores en términos de valoración global, la adhesión del apósito mucho más óptima que con los apósitos convencionales (68% vs. un 38%). La incidencia de bacteriemias primarias fue superior en el Grupo 2 (18%) comparada con el G1 (7%); $p = 0,008$. El 100% de la bacteriemias del G1 fueron causadas por *Staphylococcus epidermidis*, el 67% del G2 se debió a BGN (*Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Serratia*). No hubo diferencias en el resto de variables estudiadas. Ambos grupos fueron comparables (edad, APACHE, índice de Charlson días de estancia y mortalidad).

Conclusiones: En nuestro estudio los apósitos de clorhexidina fueron superiores en términos de valoración global y adhesión, que los apósitos convencionales. Se observó una menor incidencia de bacteriemias primarias en aquellos pacientes en los que se utilizó.

615. DESCRIPCIÓN DE LOS ANTIBIÓTICOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO EMPÍRICO EN NUESTRA UCI DESDE EL AÑO 2002 AL 2019

López Fernández A^(a), Rodríguez Mejías CM^(a), Valencia Quintero JP^(b), Jiménez Quintana MM^(a) y Machado Casas JF^(a)

^(a)Hospital Virgen de las Nieves en Granada. ^(b)Hospital Santa Ana en Motril.

Objetivos: Conocer qué antibióticos se han ido empleando más frecuentemente como tratamiento empírico en nuestra unidad a lo largo de casi dos décadas y la duración de su empleo.

Métodos: Estudio descriptivo basado en los datos recogidos en la base ENVIN-UCI de nuestra unidad médico-quirúrgica, recogidos durante los meses del periodo oficial de participación. Dividimos el total de pacientes registrados en dos periodos: 2002-2009 y 2010-2019, distinguiendo en el segundo periodo los antibióticos empleados en el año 2019. Se describirá una serie de antibióticos más frecuentemente empleados (meropenem, piperacilina-tazobactam, levofloxacino, azitromicina y linezolid), su porcentaje de empleo y media de duración del tratamiento. Se utilizarán porcentajes para la variable cualitativa, y media \pm DE para la cuantitativa.

Resultados: Durante el periodo 2002-2009 se tienen 916 registros de antibióticos, siendo el más empleado el levofloxacino, un 13,32%, con una media de duración de $6,71 \pm 4,99$ días, piperacilina-tazobactam un 12,77% y una media de $7,37 \pm 4,41$ días, meropenem 4,91% y una media de $8,40 \pm 6,07$ días, linezolid 2,07% y $7,74 \pm 68,48$ días de media, azitromicina 0,22% con una media de $4,00 \pm 0,00$ días. Durante el periodo 2010-2019 se tienen 1.570 registros de antibióticos, el más empleado fue el meropenem 17,26% con una media de duración de $6,22 \pm 4,92$ días, piperacilina-tazobactam 15,16% y $5,81 \pm 4,17$ días, linezolid 12,23% y $5,38 \pm 3,60$ días, levofloxacino 7,45% y $4,84 \pm 4,02$ días, azitromicina 3,44% con una media de $3,96 \pm 1,38$ días. Extrayendo solo los datos del año 2019, hay 204 registros, siendo el antibiótico más empleado la piperacilina-tazobactam 20,59% y $5,62 \pm 3,41$ días, meropenem 19,12% y $5,87 \pm 3,21$ días, linezolid 14,71% y $5,17 \pm 3,27$ días, azitromicina 4,90% y $4,40 \pm 1,78$ días, levofloxacino 1,47% y $5,67 \pm 2,31$ días.

Conclusiones: Observamos cómo con el paso del tiempo, los antibióticos más empleados han ido modificándose y acortando su tiempo de empleo. Destacar la caída del empleo de levofloxacino y el ascenso de la azitromicina. Así como el frecuente uso mantenido en el tiempo de piperacilina-tazobactam a lo largo de casi dos décadas.

616. ANÁLISIS DEL USO DE ANTIBIOTERAPIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE 3^{er} NIVEL. DATOS DEL REGISTRO ENVIN-HELICS

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla.

Objetivos: Analizar la utilización de antibióticos (ATB) empleados para tratamiento de infecciones en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un hospital de 3^{er} nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) recogidas del registro multicéntrico ENVIN-HELICS periodo 1/04/2019 al 30/06/2019, UCI polivalente Hospital Universitario. Virgen del Rocío, Sevilla. Los resultados se presentan como porcentajes para las variables cualitativas y como medias y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas.

Resultados: Número de pacientes con ATB: 67, número de ATB: 176, número de antibióticos por pacientes con ATB: 2,63. Relación paciente tratados con ATB/pacientes estudiados: 0,22 (67/309). Días sin ATB de pacientes tratados con ATB: 437 y relación de días sin ATB/ estancia pacientes con ATB: $437/939 = 0,47$. Días estancia de los pacientes tratados con ATB: 930, al menos un ATB: 493, relación entre días sin ATB y días de estancia totales $2.008/2.501 = 0,80$. Indicaciones: infección hospitalaria extra-UCI 38,64%, infección comunitaria 33,5%, infección hospitalaria intra-UCI 27,84%. Motivo: 73,3% tratamiento empírico confirmándose adecuado en 54,8%, inadecuado en 11,2%, cultivos negativos 25%, no se solicitó cultivo en 9%. Se cambió ATB en 29% siendo los motivos: reducción espectro 41%, no cubierto 13%, mala evolución clínica 33%. ATB utilizados en tratamiento empírico: piperacilina-tazobactam (25%), vancomicina 17%, ceftriaxona 16%, clindamicina 4%, linezolid 4%, metronidazol 3%, anfotericina B liposomal 3%.

Antibióticos utilizados	%
Piperacilina-tazobactam	20
Meropenem	15
Ceftriaxona	14
Vancomicina	14
Anfotericina B complejo lipídico	3
Metronidazol	3
Cefepime	2,5
Ceftazidima	2,5
Clindamicina	2,5

Conclusiones: En nuestra serie, la relación de días sin ATB es mayor que la recogida en el ENVIN nacional de 2018. El uso de ATB es, en la mayoría de los casos, de forma empírica siendo la indicación más frecuente la infección extra-UCI. Existe un área de mejora en la solicitud de cultivos previo al inicio del tratamiento ATB.

805/COVID-19. ANÁLISIS VARIABLES RELACIONADAS CON INFECCIONES DE PACIENTES CRÍTICOS COVID

Orera Pérez A, García-montesinos de la Peña M, Sanz Granada E, Rodrigo Pérez H, Presa Orúe A, Barber Anson M, Arregui Remón S y Barado Hualde J

Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona.

Objetivos: Análisis de relaciones entre variables de tipo infeccioso de 30 pacientes críticos COVID-19.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo, recogida de datos de 30 pacientes con hipoxemia grave por COVID-19 confirmado mediante PCR (28/02/2020 al 30/04/2020, fecha del último ingreso). Análisis de las variables más relevantes de infección bacteriana, neumonía asociada a ventilación mecánica en menos de 10 días (NAV $<$ 10d). Los resultados están expresados como porcentajes, odds ratio (OR), intervalo de confianza al 95% (IC 95) y p-valor.

Resultados: 36,7% diagnosticados de sobre-infección bacteriana al ingreso, 53,3% en algún momento del mismo (43,3% que se diagnosticó de NAV $<$ 10d). Microorganismos más frecuentes: *S. aureus*, *Pneumococcus*, *E. faecalis* y *Pseudomonas*. Cardiopatía isquémica y obesidad, al contrario que enfermedad respiratoria previa, se comportaron como variables protectoras de sobreinfección (solo 1 era cardiopata conocido [OR 0,15, IC95 0,1-1,5, $p = 0,08$]) y solo el 31% obesos [OR 0,22, IC95 0,1-0,98, $p = 0,06$] y para NAV $<$ 10 (obesidad 8,3% del total [OR 0,04, IC95 0,01-0,34, $p = 0,001$]). Relación muy estrecha con variables respiratorias. El 61,5% de fracaso OAF (todos ellos tras más de 24 horas desde el inicio) desarrolló NAV $<$ 10d (OR 2,6, IC95 0,28-43, $p = 0,05$), un 69,2% tenía sobreinfección al ingreso [OR 3,25 con $p = 0,029$] y el 53,8% la desarrolló posteriormente [OR 2,6, IC95 0,9-21, $p = 0,05$]. El 50% VMI $>$ 7 días desarrollaron NAV $<$ 10 días [OR 9,3, IC95 0,78-82, $p = 0,04$]. La VMI (26 pacientes en total) fue claro factor de riesgo para infecciones: el 61,5% sobreinfección durante su estancia [OR 2,78, IC95 1,6-4,2, $p = 0,034$] y el 50% de los VMI $>$ 7 días desarrollaron NAV $<$ 10 días [OR 9,3, IC95 1,7-80, $p = 0,003$]. Los grupos VMI $>$ 7 y VMI $>$ 21 días tienen una fuerte relación con las variables de sobreinfección. El 75% de los traqueotomizados diagnosticados de sobreinfección [OR 15, IC95 1,9-50, $p = 0,002$]. El 81,25% de los infectados precisaron de maniobras de pronó [OR 4,3, IC95 2-104, $p = 0,08$]. Las sobreinfecciones significación muy alta con el riesgo posterior de polimioneuropatía (93,8% de los diagnosticados al ingreso [OR 15, IC95 1,6-209, $p = 0,013$] y el 92,9% durante el mismo [OR 10,4, IC95 1,2-140, $p = 0,034$]). Lavado broncoalveolar (BAL) en 11 pacientes, aislándose oportunistas en el 38,5%: herpes, citomega-

lovirus, Epstein-Barr y *Aspergillus*. EPOC riesgo de oportunista en BAL significativamente mayor (OR 28 IC95 1,3-85, $p = 0,015$), el 80% del total de los aislamientos oportunistas.

Conclusiones: Destaca la relación tan estrecha con las variables respiratorias y VMI, mientras que no se ha hallado significación estadística entre tratamiento corticoideo con mayor riesgo de sobreinfecciones bacterianas.

807/COVID-19. DISTRIBUCIÓN Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR NEUMONÍA POR COVID-19 EN UCI DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA

Ruiz Izquierdo J, Llabata Broseta J, Moreno López T, Meza Samaniego F, Algarte Dolset R, Jara Clemente F, Piacentini Gómez E, Fernández Fernández M, Sánchez González B y Trenado Álvarez J

Hospital Universitario Mutua de Terrassa en Terrassa.

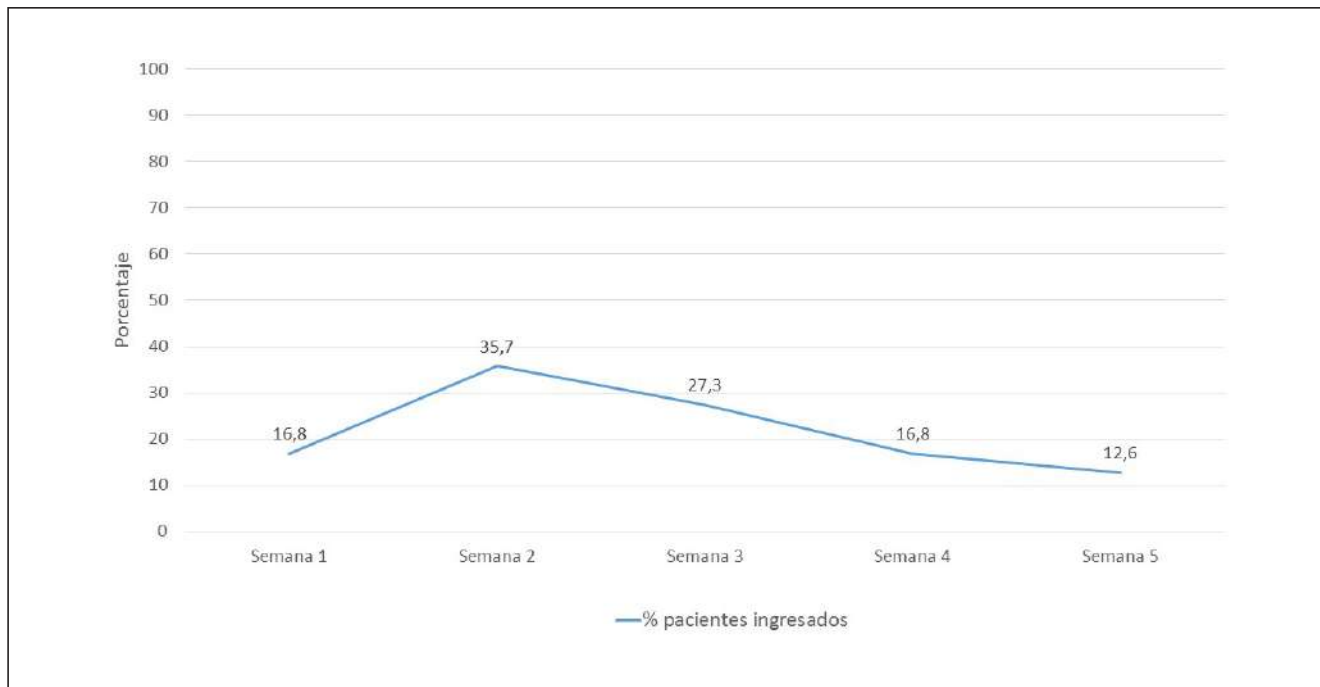
Objetivos: Describir la distribución y las características principales de los pacientes ingresados en UCI por neumonía por COVID-19 durante el periodo de pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una UCI polivalente de 12 camas de cuidados críticos y 21 de semicríticos. Se incluyeron todos los pacientes ingresado por neumonía-COVID-19 durante el periodo de pandemia. Estadística: las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas como medias y desviaciones estándar (DE).

Resultados: Ingresaron 95 pacientes del 14 de marzo al 24 de abril. Se llegaron a disponer de 50 puntos de atención, 42 COVID y 8 no COVID, con 42 ventiladores para COVID. La figura muestra la distribución de ingresos por semana. El 60% de los ingresos ocurrieron en las primeras 2 semanas. La tabla 1 describe las principales características de los pacientes. Los pacientes fueron tratados de manera uniforme según protocolo institucional que incluía Kaletra, hidroxicloraquina y azitromicina incluyéndose corticoides a partir del 31 de marzo. El 40% recibió tozilizumab y el 34% Interferón. La tabla 2 muestra características clínicas y aspectos relacionados con la ventilación mecánica. La mortalidad en UCI fue del 19% y al alta hospitalaria del 20%.

Conclusiones: La distribución en el ingreso en UCI por neumonía-COVID-19 requirió cuadruplicar la capacidad de pacientes ventilados en las primeras 2 semanas de pandemia. Las características de los pacientes ingresados, su ubicación y recursos empleados para el tratamiento estuvieron condicionados por este aspecto.

Figura 1 Póster 807



Variables	
Edad (años, media (DE))	58,6 (10)
Sexo (hombre%)	71
SOFA ingreso \leq 5 (%)	76
Rockwood frailty scale al ingreso \leq 3 (%)	100
Estancia UCI (días, media (DE))	13,1 (12,9)
Estancia hospital (días, media (DE))	25,4 (16,7)
Antecedentes cardiovasculares (%)	52,6
Antecedente inmunosupresión (%)	4,2
Antecedentes toma corticoides (%)	0
Antecedentes FA (%)	3,4
Antecedentes trombosis (%)	2,1
Antecedentes toma anticoagulantes (%)	1,1
Antecedente psiquiátrico (%)	11,4
Antecedente toma antipsicóticos (%)	1,1
Antecedentes toma estupefacientes o alcohol (%)	0
Antecedentes fumador (%)	8,4
Solo ventilador UCI (%)	57,7
Fallo multiorgánico (%)	16
Shock (%)	6
Insuficiencia renal (%)	11,6
Eventos adversos (%)	

Variables	
Edad (años, media (DE))	58,6 (10)
Sexo (hombre, %)	71
SOFA ingreso \leq 5 (%)	76
Rockwood frailty scale al ingreso \leq 3%	100
Fallo multiorgánico (%)	16
Shock (%)	6
Insuficiencia renal (%)	11,6
Estancia UCI (días, media (DE))	13,1 (12,9)
Estancia hospital (días, media (DE))	25,4 (16,7)
Mortalidad UCI (%)	19
Mortalidad hospital (%)	20

Variables	Tabla 2
Linfopenia al ingreso (%)	84,2
Profilaxis TVP enoxaparina (%)	95
Dosis intermedia profilaxis TVP (%)	54,4
Dosis plena de anticoagulación (%)	23,2
TEP (%)	12,6
VNI (%)	33
VNI pre-IOT (%)	25,3
Canulas nasales pre-IOT (%)	16,8
IOT (%)	66,3
PaO ₂ /FiO ₂ pre-IOT < 100 (%)	41
Prono en IOT (%)	45,3
Traqueostomía (%)	41,8
Días de perfusión de midazolam (días, media (DE))	3,9 (5,3)
Días de perfusión de propofol (días, media (DE))	7,8 (8,9)
Días de perfusión remifentanilo (días, media (DE))	5,2 (6,5)
Días perfusión Cl. Mórffico (días, media (DE))	3,9 (5,6)
Pacientes con relajación muscular en perfusión continua (%)	56
Días perfusión dexmedetomidina (días, media (DE))	3,9 (5,8)
Delirium (%)	47
Alta a planta con antipsicóticos (%)	23

Variables	Tabla 2
Linfopenia al ingreso (%)	84,2
Linfopenia recuperada al alta UCI (%)	73,7
Neumonía nosocomial (%)	24,1
Bacteriemia no relacionada con catéter (%)	9,2
Bacteriemia relacionada con catéter (%)	9,2
ITU (%)	20,7
Endocarditis (%)	2,3
Infección por clostridium (%)	3,3
Infección fúngica (%)	4,6
CMV (%)	22,3
Tratamiento antibiótico por I. Nosocomial (%)	56,6
Profilaxis TVP enoxaparina (%)	95
Dosis intermedia profilaxis TVP (%)	54,4
Dosis plena de anticoagulación (%)	23,2
TEP (%)	12,6
Delirium (%)	47
Alta a planta con antipsicóticos (%)	23

Variables	Tabla 3
VNI (%)	33
VNI pre-IOT (%)	25,3
Canulas nasales alto flujo pre-IOT (%)	16,8
IOT (%)	66,3
PaO ₂ /FiO ₂ pre-IOT < 100 (%)	41
Peep 1 ^{ra} 24 horas IOT (cmH ₂ O, media (DE))	12,3 (2,4)
FiO ₂ 1 ^{ra} 24 horas IOT (media (DE))	0,5 (0,2)
P.Plateau 1 ^{ra} 24 horas IOT (cmH ₂ O, media (DE))	25,2 (2,7)
Δ Presión 1 ^{ra} 24 horas IOT (cmH ₂ O, media (DE))	12,6 (2,4)
Compliance 1 ^{ra} 24 horas IOT (%)	35,5 (11,2)
PaO ₂ /FiO ₂ pre-IOT (cmH ₂ O, media (DE))	117,5 (56,8)
PaO ₂ /FiO ₂ 1 ^{ra} 24 horas IOT (cmH ₂ O, media (DE))	211 (84,5)
Vt/peso ideal 1 ^{ra} 24 horas IOT (ml/kg, media (DE))	6,9 (1,1)
Prono en IOT (%)	45,3
ECMO (%)	3,2
Traqueostomía (%)	41,8
Días de perfusión de midazolam (días, media (DE))	3,9 (5,3)
Días de perfusión de propofol (días, media (DE))	7,8 (8,9)
Días de perfusión remifentanilo (días, media (DE))	5,2 (6,5)
Días perfusión Cl. Mórffico (días, media (DE))	3,9 (5,6)
Pacientes con relajación muscular en perfusión continua (%)	56
Días perfusión dexmedetomidina (días, media (DE))	3,9 (5,8)

808/COVID-19. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y MANEJO VENTILATORIO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA POR COVID-19

Palencia Amador C, Urendes Cáceres ML, Falcón Marchena A, Saavedra Sanjuan E, Pérez Madrigal A, Casanova Góngora E, Algarte Dolset R, Cabeza Caixelós C, Sánchez González B y Trenado Álvarez J

Hospital Universitario Mutua de Terrassa en Terrassa.

Objetivos: Describir las características principales de los pacientes ingresados en UCI por neumonía por COVID-19 durante el periodo de pandemia.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una UCI polivalente de 12 camas de cuidados críticos y 21 de semicríticos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por neumonía-COVID-19 durante el periodo de pandemia. Estadística: las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las cuantitativas se expresan como medias y desviaciones estándar (DE).

Resultados: Ingresaron 95 pacientes en la tabla 1 se describen las principales características de los pacientes. La tabla 2 describe otras características clínicas y complicaciones. La tabla 3 describe características relacionadas con la insuficiencia respiratoria y ventilación mecánica. La mortalidad en UCI fue del 19% y al alta al hospital del 20%.

Conclusiones: Los pacientes ingresados en UCI por neumonía-COVID-19 presentaron hipoxemia grave como principal órgano afectado al ingreso, requiriendo ventilación protectora. Se realizó ventilación en

prono y traqueostomía en un alto porcentaje de los pacientes. Las complicaciones infecciosas, el TEP y el delirium fueron frecuentes.

809/COVID-19. RESULTADOS DE UNA ECOPSIA (BIOPSIA POSTMORTEM GUIADA POR ECOGRAFÍA) EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA COVID-19

Armenta López GP, Barrero Almodóvar AE, García Garmendia JL, Escudero Severín C, Gallego Lara S, Martínez Fernández C, Aguilar Cabello M y Sánchez Santamaría M

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe en Bormujos, Sevilla.

Objetivos: Las necropsias de los pacientes con COVID-19 son limitadas por cuestiones de seguridad. Por este motivo hemos realizado una toma de muestras postmortem guiada por ecografía para estudio anatómopatológico (ecopsia).

Métodos: Se muestran los hallazgos de la ecopsia de un paciente de 70 años fallecido por neumonía COVID-19 tras 55 días en UCI. Tras obtener el consentimiento informado de la familia, y asesorados por el servicio de Anatomía Patológica, se planificó la toma de muestras guiadas por ecografía mediante biopsia por aspiración con aguja gruesa con pistola. Se realizó por intensivistas en el mismo box de cuidados intensivos. Se tomaron muestras de los siguientes puntos: pulmón (8 muestras), hígado (4), bazo (2) y ambos riñones (2). Además, se realizó fibrobroncoscopia a través de la traqueostomía para obtener biopsias transbronquiales (4). Todas las muestras se procesaron en formol.

Resultados: El paciente presentó SDRA con hipoxemia refractaria. Curso de forma precoz con fracaso renal agudo, NAVM por *Klebsiella* BLEE y candidiasis invasora. Dada la refractariedad del cuadro respiratorio se realizó fibrinólisis 1 semana antes del fallecimiento. En las muestras pulmonares se observó daño pulmonar difuso evolucionado con fibrosis intersticial, compatibles con SDRA de cualquier etiología. No se detectaron hifas sugerentes de infección por *Candida*. Destaca la ausencia de trombosis en vasos o daño endotelial a diferencia de los hallazgos descritos en otras autopsias. En las muestras de músculo (pectoral) se detecta una atrofia grave de fibras con depósitos PAS positivo, no comunicado previamente y que es similar al descrito en miopatías inflamatorias. Este hallazgo puede justificar la debilidad grave y precoz observada en pacientes con infección grave por SARS-CoV-2.

Conclusiones: La fibrosis propia del SDRA evolucionado es el hallazgo principal, y la ausencia de daño endotelial y trombosis a nivel pulmonar pueden atribuirse a la larga evolución o a la fibrinólisis. Se detectan cambios musculares compatibles con una miopatía inflamatoria. La ecopsia en el paciente con enfermedad infecto-contagiosa y emergente como COVID-19 puede ser de gran utilidad para su comprensión y manejo.

810/COVID-19. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2: TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN LA UCI DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Jorge García RN, Sáez Escolano P, Rebollar Torres E, Miñana Amada C y Gómez Sanz C

Hospital Nuestra Señora de Gracia en Zaragoza.

Objetivos: Análisis de las terapias empleadas en los pacientes infectados por SARS-CoV-2 ingresados en la UCI del Hospital Nuestra Señora de Gracia durante el pico de la pandemia.

Métodos: Estudio observacional descriptivo prospectivo de 3 meses (marzo-mayo 2020) en el que el protocolo terapéutico se adaptó a las recomendaciones de la Unidad Autonómica del Uso racional de Medicamentos. En ausencia de contraindicación se prescribió: tratamiento de soporte ± azitromicina ± hidroxiquina ± lopinavir/ritonavir + corticoterapia ± tocilizumab (dosis única según peso).

Resultados: ingresaron 12 pacientes (75% varones y 25% mujeres) con edad media de 66 años (82-51a). Todos diagnosticados de COVID-19 mediante PCR de frotis nasofaríngeo. Al 100% se les prescribió azitromicina durante 5 días, hidroxiquina 6-7 días y lopinavir/ritonavir 8-9 días (efectos secundarios hepatorenales que obligaron a suspender la hidroxiquina en 2 casos). También acetilcisteína iv por la alta incidencia de taponamientos mucosos, atelectasias y episodios de desaturación. Todos fueron tratados con corticoides. El 50% con pauta de dexametasona 20 mg/24h 5 días y posterior reducción a 10 mg/24h durante otros 5 días. El otro 50% recibió pulsos de metilprednisolona de 250 mg durante 3 días. Un paciente con repetición de pulsos por SDRA refractario con mejoría posterior. No se observaron diferencias en la evolución entre las dos pautas. Se administró tocilizumab al 75% en las 1ª 48h de ingreso. Los motivos de exclusión fueron, edad, contraindicación y no indicación. No se

apreció descenso de parámetros de inflamación aguda (LDH, ferritina y DD) tras su administración. Todos requirieron soporte ventilatorio mecánico, además de sedorrelajación en perfusión continua durante al menos las 1ª 72h. En el 50% se ensayó decúbito prono con buena respuesta (transitoria en el 25%, precisando pronaciones repetidas). El 100% requirió perfusión de noradrenalina a dosis medio-bajas durante 7,3 días. Se antiaguló al 33,3% por presentar niveles de DD > 10.000 ng/ml. En un caso se confirmó TVP por eco-doppler en extremidad inferior. El 41,6% recibió antibioterapia por complicaciones infecciosas: NAVM (25%), sepsis 8,3%.

Conclusiones: todos requirieron soporte hemodinámico y ventilatorio y fueron tratados con azitromicina, hidroxiquina, lopinavir/ritonavir y corticoterapia. No se objetivaron descensos significativos de los parámetros de inflamación aguda en los tratados con tocilizumab. Y tampoco diferencias entre las dos pautas de corticoides.

811/COVID-19. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES LATINOS EN LA ENFERMEDAD DE COVID-19 EN EL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Portillo Sánchez S, Temprano García I, Magaña Bru IM, Muñoz Molina B, Lázaro González J, Trigueros Genao M, Patiño Haro P, Rojo Montes L, Alvargonzález Riera CA y Albert de la Cruz P

Hospital La Princesa en Madrid.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes latinos con respecto a la población general, en la enfermedad por SARS-CoV-2 en la UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo longitudinal desde marzo hasta junio del 2020. Se recogieron comorbilidades, pruebas complementarias, tratamientos y evolución de los pacientes ingresados por SARS-CoV-2. Se analizaron estadísticos descriptivos, utilizando χ^2 , estadístico exacto de Fisher, para variables cualitativas, y t de Student cuantitativas. Nivel significación $p < 0,05$.

Resultados: Se ha analizado una serie de casos compuesta de 101 pacientes de SARS-CoV-2. De ellos, 28 (27,72%) eran latinos y 73 (72,28%) no. En cuanto a las características de dicha población, el 46,4% del total de latinos eran mujeres, el 53,6% eran hombres. En el grupo de latinos se observa que hay una mayor frecuencia de: diabetes mellitus [10 (35,7%) vs. 18 (16,4%), $p < 0,05$], hipotiroidismo [6 (21,4%) vs. 22 (5,5%), $p < 0,05$], obesidad [16 (57,1%) vs. 12 (28,8%), $p < 0,05$]. No se han visto diferencias en otros antecedentes. Con frecuencia, los pacientes latinos presentaron desaturación (67,9%, $p < 0,05$). Además, en el día 30, aún el 25% de los pacientes latinos seguían cursando con distrés respiratorio mientras que solo el 8,2% de los no latinos ($p < 0,05$). No hay diferencias en cuanto a los días de ingreso en UCI ni en la mortalidad general. Tampoco en el manejo entre los dos grupos ni en el tratamiento antiviral administrado, la ventilación, el prono ni el óxido nítrico. Sí se ha visto diferencia en cuanto a la mortalidad dentro del subgrupo mujeres latinas respecto a las no latinas [7 (70%) vs. 3 (30%), $p < 0,05$].

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes latinos requieren ingreso en UCI, lo que lleva a pensar que la enfermedad cursa de manera más agresiva. Además, complicaciones importantes como el distrés, están más presentes en ellos a los 30 días. En cambio, no tienen mayor mortalidad ni requieren más días de ingreso en UCI, siendo el manejo igual en ambos grupos. En las mujeres latinas se demuestra una mortalidad más elevada. Dentro de la población latina, hay más frecuencia de diabetes mellitus, hipotiroidismo y obesidad en los antecedentes personales. Estas características podrían estar en relación con el curso de la patología.

Pósteres pantalla

Metabolismo/Nutrición

117. SOPORTE NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO Y VALORACIÓN SEGÚN EL GÉNERO DEL PACIENTE

Martínez Quintana ME, Alcázar Espín M, Carrillo Alcaraz A, Montenegro Moure CA, Higon Cañigral A, López Gómez L, González Carrasco E, Tornero Yezpe P, Bayoumy Delis P y Agamez Luengas A

Hospital Morales Meseguer en Murcia.

Objetivos: Analizar y establecer los factores de riesgo relacionados con la malnutrición (valorada con la escala Nutric Score) y diferencias