

121. DIFERENCIA DE MORTALIDAD EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE HEMATOLOGÍA DEL HUPM SEGÚN LAS VALORACIONES CONJUNTAS REALIZADAS POR SERVICIO UCI-HEMATOLOGÍA

Salas Martín JdlM, Alárabe Peinado S, Jiménez Guerra E, [Ortiz Sevilla C](#), Guerrero Altamirano AJ y Morán Sánchez J

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Analizar diferencias en la mortalidad de los pacientes ingresados en planta de hematología, según las valoraciones realizadas por el equipo UCI-Hematología entre los años 2020-2021. Diferencias de mortalidad entre pacientes considerados no subsidiarios desde su ingreso en planta y los que cambian de subsidiarios a no subsidiarios durante sus diferentes ingresos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de pacientes de 189 pacientes ingresados en planta de hematología y valorados por equipo UCI-Hematología analizados por: género, edad, diagnóstico hematológico principal [leucemia aguda (LA), leucemia crónica (LC), linfoma no Hodgkin (LNH), linfoma Hodgkin (LH), síndrome mielodisplásicos (SMD), mieloma múltiple (MM), y otros], valoración inicial si paciente subsidiario de uci, sucesivas valoraciones en diferentes ingresos, mortalidad según valoración de subsidiario de uci o no. Se describen las variables utilizando una distribución de frecuencias en caso de variables cualitativas y mediana y desviación estándar en caso de variables cuantitativas.

Resultados: El 58,7% fueron varones y 41,3% mujeres; la edad media fue de 60,02 años (DE \pm 15,839). El diagnóstico hematológico principal fue LNH en un 27% de los casos, LA 23,3%, MM 15,3%, LH 9,5%, LC 5,3%, SMD 3,7% y otros 3,7%. Tras la valoración inicial, 65,6% de los pacientes se consideraron subsidiarios de UCI (SU), 19% no subsidiarios (NS) y un 15,4% quedó pendiente valoración (PV) conjunta con hematología. Respecto a las reevaluaciones en diferentes ingresos un 67,2% se tomó la misma decisión, un 1,1% cambio a NS, 4,8% cambio a subsidiario sin techo terapéutico (TT) y 7,4% cambio a subsidiario con TT. La mortalidad de SU según primera evaluación fue del 50%, la mortalidad en pacientes que se reevalúan a NS es del 52% y la mortalidad al final del análisis de todos los NS es de 50%. La situación al final del estudio de toda la muestra es 23,8% de mortalidad y 76,2% de supervivencia.

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes valorados en planta de hematología según las valoraciones del grupo de trabajo UCI-Hematología, aumenta un 2% en los pacientes que cambian de subsidiarios a no subsidiarios durante su evolución en planta de hematología. Según estos resultados, será importante establecer cuáles son estos criterios de cambio de decisión y si deberían ser más laxos en casos de evolución a NS.

122. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INFECTADOS Y NO INFECTADOS POR SARS-CoV-2 INGRESADOS EN UCI EN HUPM EN LOS AÑOS 2020-2021

Jiménez Guerra E, Alarabe Peinado S, Salas Martín JdlM, [Ortiz Sevilla C](#), Guerrero Altamirano AJ y Morán Sánchez J

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Análisis descriptivo de las características de los pacientes oncohematológicos infectados y no infectados por SARS-CoV-2 ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en el Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) en los años 2020-2021.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra de 21 pacientes ingresados en UCI desde 2020-2021. Se recogen las siguientes variables: infección por SARS-CoV-2 (COVID(+), COVID(-)), sexo, edad, enfermedad hematológica, días de ingreso hospitalario hasta ingreso UCI (días-preUCI), motivo de ingreso en UCI, infección nosocomial, soporte respiratorio (SR), soporte vasoactivo (SV), días de SR, días de SV, días de ingreso en UCI, SOFA y APACHE II al ingreso en UCI, mortalidad en UCI, al alta hospitalaria y LET en UCI. Se describen las variables utilizando media y desviación estándar, si eran cuantitativas y frecuencias si eran cualitativas; comparando COVID(+) y COVID(-).

Resultados: De los 21 pacientes recogidos 4 eran COVID (+) (19%). La media de edad fue 54,25 \pm 8 y 60,94 \pm 9,2 en los COVID(-). La mayoría eran varones: 75% COVID(+) y 64,7% COVID(-). El proceso hematológico fue linfoma no Hodgkin en el 100% de los COVID(+) y 52% en COVID(-). Los días-preUCI fueron 24,75 \pm 38,87 en COVID(+) y 4,82 \pm 18,53 en COVID(-). La insuficiencia respiratoria fue el motivo de ingreso en UCI en el 100% de los COVID(+) y 35,29% de COVID(-). SOFA y APACHE II medio 6 \pm 4 y 18,75 \pm 7,1 en COVID(+); 8,4 \pm 4,1 y 27,53 \pm 7,8 en COVID(-). El 100% de CO-

VID(+) y el 70,5% de COVID(-) presentaron infecciones nosocomiales. Preciso SR invasivo el 100% de los COVID(+) y el 47% de COVID(-), duración media de 22 \pm 12 en COVID(+) y 6,9 \pm 11,5 en COVID(-). Precisa SVA el 100% de los COVID(+) y el 76,4% de COVID(-); con media de 14 \pm 7,7 en COVID(+) y 6,18 \pm 10 en COVID(-). La media de días de ingreso en UCI fue de 29 \pm 11,7 en COVID(+) y 9,3 \pm 13,2 en COVID(-). La mortalidad al alta de UCI fue de un 50% en COVID(+) y de un 58,8% en COVID(-). Al alta hospitalaria la mortalidad es del 75% en COVID(+) y 76% en COVID(-). Se realizó LET en el 25% de los COVID(+) y 29,4% de los COVID(-).

Conclusiones: Todos los pacientes COVID(+) requirieron SR invasivo por insuficiencia respiratoria. Presentaron más sobreinfecciones, días de estancia, de SR y SV respecto a los COVID(-). Sin embargo, la mortalidad en UCI fue menor siendo prácticamente similar cuando se valora al alta hospitalaria. Es necesario mayor número de pacientes para poder determinar si la infección por SARS-CoV-2 empeora el pronóstico y la morbimortalidad de estos pacientes.

124. NEUMOTÓRAX ASOCIADO A PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE BILATERAL POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI

[Bohórquez López A](#), Cepero Díaz F, Jiménez Rodríguez L, Pérez Merino JA, Montero Urbina A y González Maestre J

Hospital Infanta Luisa, Sevilla.

Objetivos: Conocer la prevalencia de neumotórax en los pacientes ingresados en UCI por neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2 y así realizar un tratamiento oportuno y rápido.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital QuirónSalud Infanta Luisa. Se incluyeron pacientes que ingresaron en la UCI entre el periodo de 15 de marzo de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2021, mayores de 18 años con diagnóstico de neumonía grave por SARS-CoV-2 que precisaron soporte ventilatorio invasivo o no invasivo. Las variables registradas son la edad, sexo, días de ingreso, soporte ventilatorio invasivo, presencia de neumotórax y mortalidad. El diagnóstico de neumotórax se realizó mediante clínica compatible e imagen radiológica como radiografía simple de tórax y/o TC tórax.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes que ingresaron en la UCI con diagnóstico de neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2, siendo la mayoría de sexo masculino (76%) con una media de edad de 60 años, y mínimo de 7 días de ingreso en UCI. El 81% precisaron soporte ventilatorio invasivo, mientras que el otro 19% precisaron gases nasales de alto flujo o VMNI y una mortalidad del 55%. Se evidenció un 17% de aparición de neumotórax (7 pacientes) de los cuales, todos recibieron soporte con VMI de más de 7 días de duración, de los cuales 6 de ellos (85%) fallecieron.

Conclusiones: El neumotórax en el paciente con neumonía bilateral grave por COVID-19 es una complicación que se debe sospechar siempre que haya empeoramiento respiratorio agudo y que se asocia a alta mortalidad en dichos pacientes. -Su detección temprana, la colocación de drenajes endotorácicos externos y la ventilación mecánica protectora son maniobras terapéuticas que podrían mejorar la tasa de mortalidad. Hacén falta más estudios que demuestren la asociación entre neumotórax en paciente con neumonía grave por SARS-CoV-2 y mortalidad.

Comunicaciones orales

Miscelánea 1

Moderadores: *Rosario Amaya Villar y Pedro Enríquez Giraud*

125. COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

[Márquez Doblas M](#), Morán Gallego FJ, Morales Varas G, Rodríguez Villamizar AP, Pedrosa Guerrero A, Alonso G y Padilla Doblas R

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolución durante el ingreso de los pacientes con COVID-19 que sufren complicaciones hemorrágicas.

Características	No hemorragias n= 473	Hemorragias n= 101	p=
Hombre, %	312 (66)	68 (67)	0.792
Edad, mediana (RIQ), años	62 (52-69)	65(56-71)	0.045
Charlson, mediana (RIQ), pts	2(1-3)	2(1-3)	0.416
IMC, mediana (RIQ), ptos	29(26-34)	29(26-33)	0.377
Hipertensión arterial, %	241 (51)	50 (49)	0.777
Diabetes con afectación de órgano diana, %	13 (3)	2 (2)	0.908
Enfermedad renal crónica, %	27 (6)	9 (9)	0.222
EPOC, %	15 (3)	5 (5)	0.610
Asma, %	50 (11)	9 (9)	0.610
Cardiopatía, %	56 (12)	13 (13)	0.746
Oncohematología, %	17 (4)	1 (1)	0.177
Inmunosupresión, %	40 (9)	12 (12)	0.282
Anticoagulación previa, %	19 (4)	1 (1)	0.094
Gravedad al ingreso			
PaO ₂ /FiO ₂ al ingreso	110 (87-150)	110 (85-144)	0.942
SOFA al ingreso, mediana (RIQ), pts	4 (3-5)	4 (3-7)	0.262
APACHE II, mediana (RIQ), pts	10 (8-15)	11 (8-16)	0.233
SAPS II, mediana (RIQ), pts	31 (24-39)	31(27-37)	0.421
PSI, mediana (RIQ), pts	94 (75-118)	97(83-117)	0.220
Complicaciones			
Tromboembolismo pulmonar, %	71 (15)	27 (26)	0.005
Sepsis, %	221 (47)	62 (61)	0.007
Insuficiencia renal, %	107 (23)	36 (36)	0.007
Delirio, %	187 (39)	55(55)	0.004
Aspergilosis pulmonar, %	39 (8)	18 (17)	0.007
Evolución			
VMI, %	409 (86)	97 (96)	0.007
Días de VMI, mediana (RIQ), días	13(7-22)	20(9-32)	0.001
Prono, %	319 (67)	65 (64)	0.550
Traqueostomía, %	171 (36)	63 (62)	0.000
Estancia en UCI, mediana (RIQ), días	14(8-24)	23(13-38)	0.000
Estancia hospitalaria, mediana (RIQ), días	24(17-38)	34(23-57)	0.000
Mortalidad en uci, %	147 (31)	31 (30)	0.929
Mortalidad hospitalaria, %	156 (33)	36 (36)	0.526

Tabla 1: PaO₂/FiO₂: presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno; VMI: ventilación mecánica invasiva; IMC: índice de masa corporal; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment Score; APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; SAPS II: Puntuación simplificada aguda fisiológica; PSI: Pneumonia Severity Index; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; RIQ: rango intercuartilico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en UCI por COVID-19 entre marzo/2020 y septiembre/2021. Se revisaron variables demográficas, de gravedad y evolución de la cohorte, categorizando según la aparición o no de complicaciones hemorrágicas. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de χ^2 ; las variables continuas se expresan en medianas y rango intercuartilico (RIQ) y se compararon con la prueba de U Mann Whitney. Se utilizó un nivel de significancia del 5% (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA versión 13°.

Resultados: Se recogieron 631 ingresos en UCI con COVID-19, de los cuales 101 (16%) sufrieron complicaciones hemorrágicas. La mayoría (51%) ocurrieron durante la tercera ola de la pandemia. Las características de los pacientes fueron similares entre ambos grupos, siendo un 67% hombres (vs 66%; p = 0,792) con una mediana de edad de 65 [56-71] años (vs 62 [52-69]; p = 0,045). La comorbilidad y fragilidad previa fue similar, destacando la presencia de enfermedad renal (9 vs. 6%, p = 0,220) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (5 vs. 3%; p = 0,602). La necesidad de ventilación mecánica (VM) fue mayor en los

pacientes con complicaciones hemorrágicas (96 vs. 86%; $p = 0,007$) con una mediana de duración de 20 [9-32] días (vs. 13 [7-22]; $p = 0,001$). Presentaban menor grado de severidad respiratoria (SDRA severo el 39 vs. 45%, $p = 0,052$), con similares escalas de gravedad al ingreso (SOFA (4 [3-7] vs. 4 [3-5]; $p = 0,262$). Se objetivó mayor grado de complicaciones hemorrágicas en los pacientes anticoagulados durante el ingreso (49 vs. 37%; $p = 0,023$). Objetivamos mayor número de hemorragias en aquellos pacientes en los que se documentó un proceso séptico (61 vs. 47%; $p = 0,007$), así como en aquellos que sufrieron fracaso renal (36 vs. 23%; $p = 0,007$) y aspergilosis pulmonar (18 vs. 8%; $p = 0,004$). La mortalidad en UCI fue similar en ambos grupos (31 vs. 31%; $p = 0,929$).

Conclusiones: Los pacientes con COVID-19 presentan complicaciones hemorrágicas con cierta frecuencia. Dichas complicaciones no parecen implicar un aumento de la mortalidad, pero sí conllevan un aumento significativo de la estancia en UCI y una mayor duración de la VM.

126. DISFAGIA POSEXTUBACIÓN EN LA NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Raguer Pardo L^a, Coluccio E^a, Ruiz Artola V^a, González Martínez E^a, Blasco Torres C^a, Bordejé Laguna L^a, Martínez de Lagrán Zurbano I^b, Mor Marco E^a y Marcos Neira P^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ^bHospital de Mataró, Barcelona.

Objetivos: Determinar la incidencia de disfagia e identificar los factores de riesgo para desarrollarla en pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que requieren ventilación mecánica invasiva (VMI).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Inclusión: Pacientes afectados de neumonía grave por SARS-CoV-2 (marzo a mayo de 2020). El diagnóstico de disfagia se realiza mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad modificado (MECVV-m) realizado en las primeras 48 horas posextubación. Análisis estadístico: Descriptivo: Variables cualitativas en porcentajes e IC95%. Variables cuantitativas en medias o medianas e IC95% según normalidad (test de Kolmogorov). Univariante: regresión logística simple. Multivariante: regresión logística y construcción de la curva ROC del modelo obtenido.

Resultados: Descriptivo global. $n = 232$. Edad: 60,5 años (IC95%: 58,5-61,9). Varones: 74,1% (IC95%: 68,1-79,4). APACHE II: 17,7 (IC95%: 13,3-23,2). Requirieron VMI 167 (72%. IC95%: 65,8-77,4). Días de VMI: 14 días (IC95%: 11-16). Decúbito prono (DP): 79% (IC95%: 72,1-84,6). Infección respiratoria (IR): 34,5% (IC95%: 28,6-40,9). Insuficiencia renal (IR): 38,5% (IC95%: 30-50). **Exitos:** 25,9% (IC95%: 20,6-31,9). Extubados 110 (65,9%). Se realizó el MECVV-m en 93 (84,5%) pacientes. Se diagnosticó disfagia en 25 (26,9% IC95%: 20,6-31,9). Univariante para disfagia. Edad, OR: 1,03 (IC95%: 0,99-1,09), pns. APACHE II, OR: 1,12 (IC95%: 1,02-1,24), $p = 0,02$. Corticoterapia, OR: 1,97 (IC95%: 0,59-6,52), pns. IR, OR: 5,45 (IC95%: 1,92-15,43), $p = 0,001$. IR, OR: 6,37 (IC95%: 2,34-17,39), $p < 0,001$. VMI, OR: 1,06 (IC95%: 1,03-1,09), $p < 0,001$. DP, OR: 10 (IC95%: 1,27-79), $p = 0,029$. Traqueostomía, OR: 10,3 (IC95%: 3,38-31,4), $p < 0,001$. Multivariante para disfagia: APACHE II, OR: 1,1 (IC95%: 1,01-1,3), $p = 0,04$. Traqueostomía, OR: 10,2 (IC95%: 3,2-32,1), $p < 0,001$. Curva ROC, AUC: 0,8 (IC95%: 0,7-0,9).

Conclusiones: La disfagia afecta casi un tercio de pacientes con neumonía por SARS-CoV-2 que requieren VMI. Las variables que de forma independiente se asocian con disfagia son la gravedad al ingreso y la VMI prolongada con necesidad de traqueostomía.

127. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y TERAPIA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CRÍTICO CON SARS-CoV-2

Portugal Rodríguez E^a, Servia Goixart L^b, López Delgado JC^c, Monge Donaire D^d y Pérez Cheng M^e

^aHospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ^bHospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida. ^cHospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ^dComplejo Asistencial de Zamora, Zamora. ^eHospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Objetivos: Evaluar factores asociados a mortalidad del paciente crítico con insuficiencia respiratoria aguda por SARS-CoV-2, haciendo énfasis en las características de la terapia nutricional.

Métodos: Estudio observacional multicéntrico retrospectivo ($n = 3$) entre marzo y septiembre 2020 en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de Castilla y León. Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnós-

tico de SARS-CoV-2 que recibieron soporte nutricional > 48 h y una estancia > 72 h. Se recogieron datos demográficos y comorbilidades, de terapia nutricional, dosis calórica-proteica administrada durante los primeros 14 días de ingreso, variables de laboratorio, complicaciones y necesidad de soporte vital. El análisis estadístico se realizó de manera independiente mediante SPSS 25.0.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. La edad media fue de 63 ± 12 años; 66% fueron hombres; índice de masa corporal: $27 \pm 4,3$ Kg·m⁻²; APACHE II: $16,5 \pm 5,9$. La mortalidad fue del 48%. Todos recibieron nutrición enteral y el 24%, parenteral complementaria, con una dosis media calórica y proteica de $14,75 \pm 7,79$ Kcal/Kg/d y $0,81 \pm 0,48$ g/Kg/d. Los pacientes que fallecieron presentaron mayor número de fallos orgánicos (SOFA score: $5,38 \pm 1,62$ vs. $7,13 \pm 6,15$; $p = 0,06$) y riesgo nutricional (mNUTRIC: $3,32 \pm 1,65$ vs. $4,13 \pm 1,87$; $p = 0,03$) al ingreso, mayores necesidades de terapia de reemplazo renal (TRR) ($1,92\%$ (1) vs. $27,08\%$ (13); $p < 0,001$) y mayor incidencia de shock séptico (15% (8) vs. 54% (26); $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en el aporte medio nutricional, pero sí hubo episodios de residuo gástrico elevado de manera más frecuente en los fallecidos (25% (13) vs. $43,75\%$ (21); $p = 0,004$). La no necesidad de TRR (hazard ratio: 0,418; Intervalo de confianza 95%: 0,210-0,830; $p = 0,03$) fue un factor protector para la mortalidad en el análisis multivariante.

Conclusiones: En nuestra población, una correcta función renal parece influir en la mortalidad de SARS-CoV-2 ingresados en UCI, mientras que los parámetros metabólico-nutricionales no influyeron de manera significativa.

Financiado por: Gerencia Regional de Salud Castilla y León.

128. IMPACTO CLÍNICO DE UN PROGRAMA DE MEJORA DEL TRATAMIENTO SUSTITUTIVO RENAL EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sánchez Morán F, Tormo Rodríguez L, Mateu Campos ML, González Núñez AB y Núñez Lozano C

Hospital General de Castelló, Castellón.

Objetivos: Analizar la evolución de dos cohortes de pacientes tratados con terapia de sustitución renal (TSR) después de implementar un plan de mejora, y determinar si existen diferencias en la mortalidad, la dependencia de diálisis y en la estancia tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como en el hospital.

Métodos: Diseño: estudio retrospectivo y observacional en pacientes críticos. Ámbito: UCI polivalente del Hospital General Universitario de Castellón. Pacientes: inclusión de los pacientes con fracaso renal que recibieron TSR intermitente (HDI) o continua (TCRR) en UCI. Intervención: actualización de protocolos, selección individualizada de las diferentes TSR, acciones de formación, dosificación dinámica según un modelo cinético de urea y protocolización del destete de las TCRR. Principales variables: epidemiológicas, de gravedad (SAPS 3), duración de la TSR, mortalidad y dependencia de diálisis al alta de UCI y del hospital. Periodo de estudio: duración de 7 años repartidos en 2 periodos: antes (2015-2018) y después (2019-2021) de implementar el plan de mejora.

Resultados: Se analizaron 340 pacientes (190 en el grupo antes y 150 en el grupo después). El 68,8% eran varones y la mediana de edad de 67 años (rango intercuartílico-RIC- 57,25-74,00), sin diferencias significativas entre los grupos para ambas variables (66,8 vs. 71,3%; $p = 0,38$ y 67 años [58-75] vs. 66 [57-73]; $p = 0,09$). La patología médica fue más frecuente (70,9% global; 69,5 vs. 72,7; $p = 0,52$) y la principal causa de ingreso fue de origen séptico (35% global; 36,3 vs. 33,3; $p = 0,57$). La mediana de duración de la TSR global fue de 3 días (RIC 2-7), sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,958$). La dependencia de diálisis al alta de UCI fue mayor en el primer grupo (33,3 vs. 11,9%; $p = 0,004$). La mortalidad global en UCI y en el hospital fueron de 46,9% y 50,9% respectivamente, con diferencias significativas entre ambos periodos en la hospitalaria (56,8 a 43,3% $p = 0,013$; en UCI 51,1 a 41,3%, $p = 0,075$). No se encontraron diferencias significativas en las estancias. Los factores relacionados con la mortalidad fueron una puntuación SAPS 3 superior a 64 puntos (odds ratio [OR] 3,13; intervalo de confianza del 95% [IC95%] 2,01-4,89) y la pertenencia a la cohorte inicial (OR 1,72; IC95% 1,12-2,65). En el periodo reciente destaca una disminución de la utilización de HDI en UCI (mediana 2 días [RIC 1-6] vs. 1 [RIC 1-4] $p = 0,001$).

Conclusiones: La implementación de un plan de mejora y el seguimiento de los resultados han permitido reducir la dependencia de diálisis al alta de UCI y la mortalidad de los pacientes críticos tratados con TSR.

129. PROTEÍNAS IDENTIFICADAS MEDIANTE SWATH RELACIONADAS CON PARÁMETROS DE GRAVEDAD E INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A SEPSIS

Broch Porcar MJ^a, Carrasco de Jaureguizar MdC^a, Padrós Olmedo MÁ^a, Maya Gallegos MC^a, Congost Maestre A^b, Cantero González-Salazar L^b, Antúnez Temporal O^b, Castellanos Ortega Á^a y Sánchez del Pino MM^b

^aHospital Universitario la Fe, Valencia. ^bUniversidad de Valencia, Valencia.

Objetivos: Identificar proteínas en pacientes con lesión renal aguda secundaria a sepsis (s-LRA) relacionadas con parámetros evolutivos e inflamatorios.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, de una cohorte de pacientes con s-LRA. Se recogen datos demográficos, clínicos, bioquímicos, escalas de gravedad e índices pronósticos (SOFA, APACHE II, SAPS3) y muestras objeto de estudio (plasma y ultrafiltrado) en distintos momentos evolutivos (ingreso, 24 y 72 horas) para el análisis proteómico no dirigido si cumplían criterios de inclusión. El análisis proteómico se realiza en el Servicio de Proteómica de la UV. Los test estadísticos se efectúan con R v. 4.0.2. Las variables continuas se expresan como media y DE y se comparan con el t test. Las variables categóricas se presentan como n y % y se comparan con el test de Fisher. Se considera significación estadística un valor de $p < 0,05$. Se realiza un análisis de regresión lineal múltiple para correlacionar las proteínas detectadas

con la respuesta inflamatoria tras aplicar métodos de regresión con penalización y de reducción de dimensión a las proteínas cuantificadas.

Resultados: Se estudian 18 pacientes con s-LRA (clasificados en 2 grupos: No TCDE vs. TCDE) identificando y cuantificando 593 y 463 proteínas respectivamente en 70 muestras analizadas. Se observó una elevada correlación entre determinadas proteínas y algunos marcadores de inflamación. Los coeficientes de correlación de Pearson encontrados para los índices pronósticos y escalas de gravedad (Figura 1), así como para los parámetros inflamatorios estudiados (PCT, PCR, neutrófilos, linfocitos, cociente neutrófilos/linfocitos) variaron entre 0,79 y 0,94 indicando que las proteínas seleccionadas explican una buena parte de la variación de los parámetros clínicos. La apolipoproteína C2 es la única proteína que se relacionó negativamente con el SOFA, APACHE II y SAPS 3. La Amiloide 2 se asoció con una mayor gravedad en el grupo TCDE. Dos proteínas, la alfa-1-glicoproteína y la haptoglobina correlacionan positivamente en los análisis de los datos de PCR, global y del grupo NoTCDE.

Conclusiones: Existe correlación entre determinadas proteínas y parámetros inflamatorios e índices pronósticos, detectando algunas proteínas como marcadoras de gravedad y otras con posibilidad de ser dianas terapéuticas, lo que tendrá que ser validado en una cohorte más grande de pacientes y de confirmarse estos hallazgos constituiría un hallazgo muy importante en el manejo de esta población de pacientes.

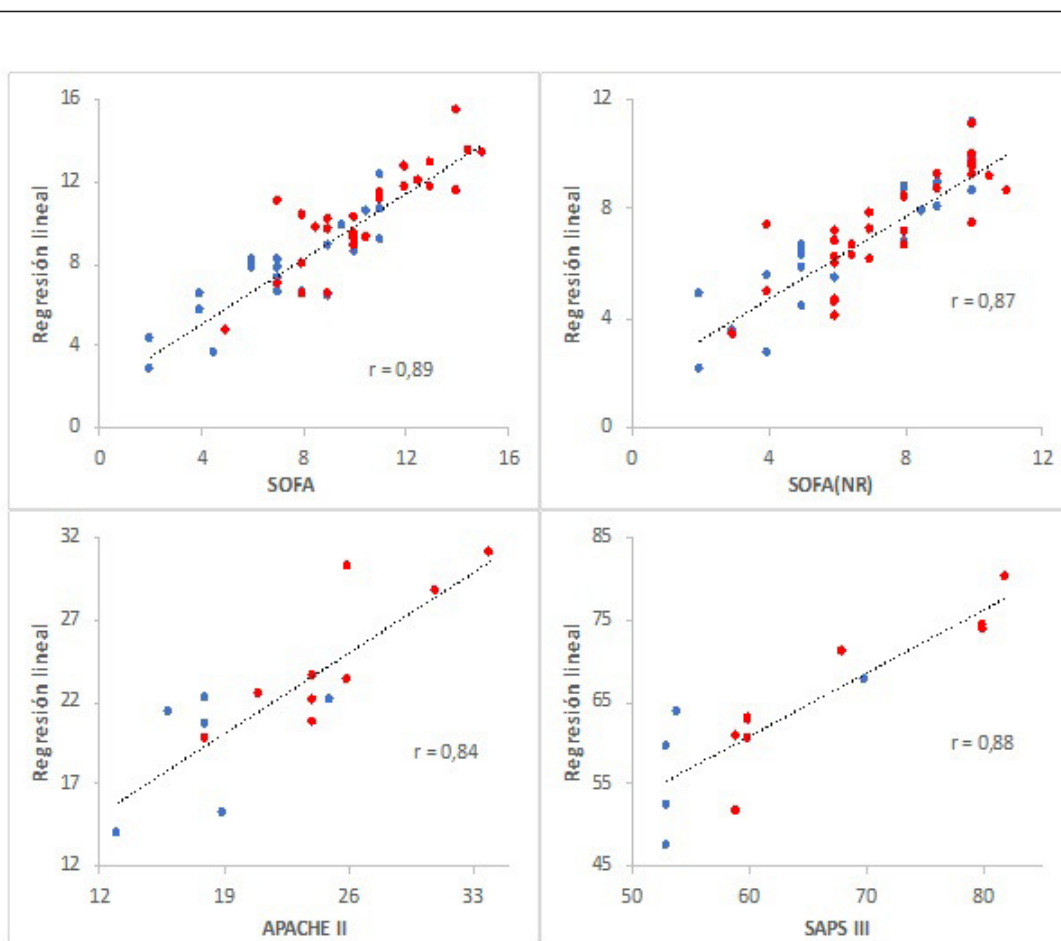


Figura 1. Análisis de regresión lineal múltiple de índices pronósticos y escalas de gravedad. Los datos correspondientes a los grupos No TCDE y TCDE se muestra en color azul y rojo, respectivamente.

130. ANÁLISIS DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA ADHERENTES Y CIRCULANTES DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA ANEURISMÁTICA

Revilla González G^a, Navarro Rodríguez J^b, Ruiz de Azúa López Z^b, Varela Pérez LM^a, González Montelongo MC^a, Ureña López J^a, Castellano Orozco AG^a y Amaya Villar R^a

^aHospital Virgen del Rocío, Sevilla. ^bHospital de Rehabilitación y Traumatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Los monocitos son un tipo de células mononucleares de sangre periférica (PBMCs), y forman parte del sistema inmune, siendo los clásicos los que tienen un carácter proinflamatorio. Existe poca evidencia sobre su papel en la hemorragia subaracnoidea espontánea aneurismática (aHSA) y su implicación en el vasoespasmo (VC). El objetivo del estudio es analizar los cambios en las PBMCs adherentes y circulantes, su interacción con el endotelio vascular y la expresión de sus moléculas de adhesión

Métodos: Se incluyeron pacientes ingresados tras una aHSA en una UCI de Neurocríticos. Se recogieron variables demográficas, antecedentes, escalas de gravedad y desarrollo de VC. Se aislaron PBMCs y se llevaron a cabo ensayos in vitro para determinar su capacidad de adhesión a células endoteliales. Mediante citometría de flujo se determinaron sus subpoblaciones, así como la expresión de moléculas de adhesión (CD11a).

Resultados: Se incluyeron 18 casos y 18 controles (tabla). Se observó un incremento de la adhesión de PBMCs (98.788,7 ± 13.946,3 vs. 134.685,4 ± 20.954,44, p < 0,05), y de monocitos clásicos circulantes (1,77% [1,4-2,2] vs. 7,7% [3,9-12,7], p < 0,001) y adherentes (4,3% [2,3-6,2] vs. 14,9% [9,9-22,6], p < 0,001) de los casos. El número de monocitos circulantes era mayor en pacientes con VC. Se encontró un descenso de CD11a en monocitos adherentes (38.084,9 ± 4,43 vs. 26.840,7 ± 3.393,2, p = 0,055), asociándose con mayor gravedad (WFNS) [r = -0,58, p = 0,04] y en monocitos circulantes (63.053,7 ± 4.562,5 vs. 50.031 ± 3.150,2, p = 0,05), asociándose a una mayor escala de Hunt y Hess (r = -0,578, p = 0,04).

Variables	Casos (n = 18)	Controles (n = 18)
Hombre, n (%)	6 (33,3)	9 (50)
Edad, media (ES)	56,11 (2,75)	42,61 (2,18)
Tabaquismo, n (%)	10 (56,6)	2 (11,1)
Bebedor, n (%)	1 (5,6)	5 (27,8)
HTA, n (%)	9 (50)	1 (5,6)
GCS 24 h, mediana (RI)	14 (12;15)	
Hunt y Hess Scale, mediana (RI)	2 (2;3)	
WFNS, mediana (RI)	2 (1;3)	
Fisher Scale, mediana (RI)	4 (3,4)	
Vasoespasmo, n (%)	8 (44,4)	

Conclusiones: Los pacientes con aHSA presentan una mayor capacidad de adhesión de las PBMCs y un incremento de los monocitos circulantes y adherentes, con predominio de la actividad proinflamatoria, lo que podría jugar un papel importante en el vasoespasmo. Los pacientes con aHSA presentan un descenso de CD11a en monocitos circulantes y adherentes, correlacionándose con una mayor gravedad (Hunt y Hess y WFNS respectivamente).

131. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRAUMA PENETRANTE GRAVE EN ESPAÑA

Chico Fernández M^a, Ormazabal Zabala T^b, Sánchez Arguiano J^c, Pino Sánchez Fl^d, Molina Díaz I^e, Bringas Bollada M^f, Nanwani Nanwani K^g, Monserrat Ortiz N^h y Barea Mendoza JA^a

^aHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^bHospital Donostia-Donostia Ospitalea, Guipúzcoa. ^cHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ^dHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

^eComplejo Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ^fHospital Clínico San Carlos, Madrid. ^gHospital Universitario La Paz, Madrid. ^hHospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas del trauma penetrante grave en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) españolas.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes del registro multicéntrico de trauma grave (RETRAUCI) marzo 2015-octubre 2021. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por traumatismo en las 52 UCI participantes. La cohorte se clasificó según el tipo de trauma al ingreso en UCI en contuso o penetrante, siendo éste el grupo a estudio. Las variables cuantitativas se muestran como media (DE) y las variables cualitativas como número (porcentaje). Las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron con el test t-Student o Kruskal-Wallis. Un valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo. Análisis estadístico con STATA 15.

Resultados: De los 11.917 pacientes ingresados por traumatismo en las UCIs participantes, 769 (6,45%) presentaron un traumatismo penetrante. La incidencia de traumatismo penetrante ha aumentado en los últimos años (6,3% en 2015 vs. 8,03% en 2021). La mayoría de los pacientes fueron varones (86%), con una mayor proporción de jóvenes respecto al trauma contuso (fig. 1). El principal mecanismo fue la herida por arma blanca 391 (52,5% de los casos con trauma penetrante), frente al arma de fuego con 84 (11,3%). El resto incluyeron diferentes mecanismos como accidentes con vehículos a motor, accidentes náuticos o heridas por objetos. Al comparar con los traumatismos contusos, los penetrantes fueron más jóvenes (40,6 vs. 49,5 años) y con menor puntuación en la escala NISS (21,1 vs. 25,6); ambos p < 0,05. Las lesiones más graves (AIS ≥ 3) se localizaron en tórax (33%) y abdomen (22%). Los pacientes con trauma penetrante requirieron más activación de protocolo de hemorragia masiva (13,5 vs. 5,6%), presentaron más coagulopatía asociada al trauma (23,8 vs. 15,6%) y shock al ingreso (49 vs. 35%); todos p < 0,05. La mortalidad bruta fue mayor en el grupo de trauma contuso (11,9 vs. 7,5%, p < 0,05). Aunque el trauma penetrante fue factor protector en el análisis univariado (OR 0,60 (0,45-0,80)), dicha asociación se corrigió tras ajustar por edad y NISS (OR 1,04 (0,75-1,44)) (fig. 2).

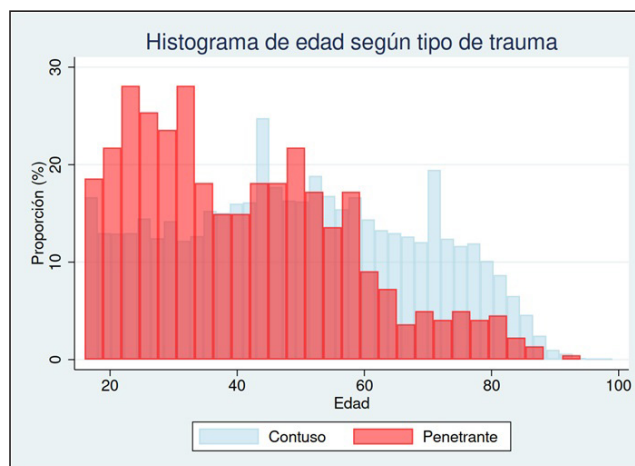


Figura 1

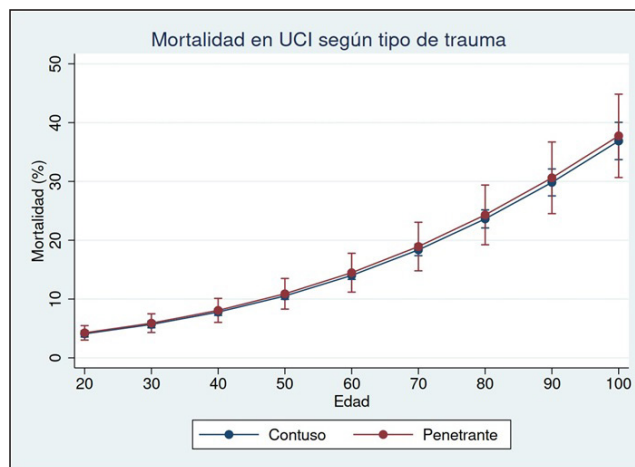


Figura 2

Conclusiones: La incidencia de lesiones penetrantes en nuestro medio está aumentando, especialmente las agresiones por arma blanca. Afectan a varones jóvenes, siendo tórax y abdomen las regiones más afectadas. Presentan con más frecuencia *shock* y activación de protocolos de hemorragia masiva. No se observaron diferencias de mortalidad respecto al traumatismo contuso tras el ajuste por edad y gravedad.

132. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DE LAS VARIABLES INCLUIDAS EN EL MODELO DE CÁLCULO DE PROBABILIDAD DE MUERTE RETRASCORE

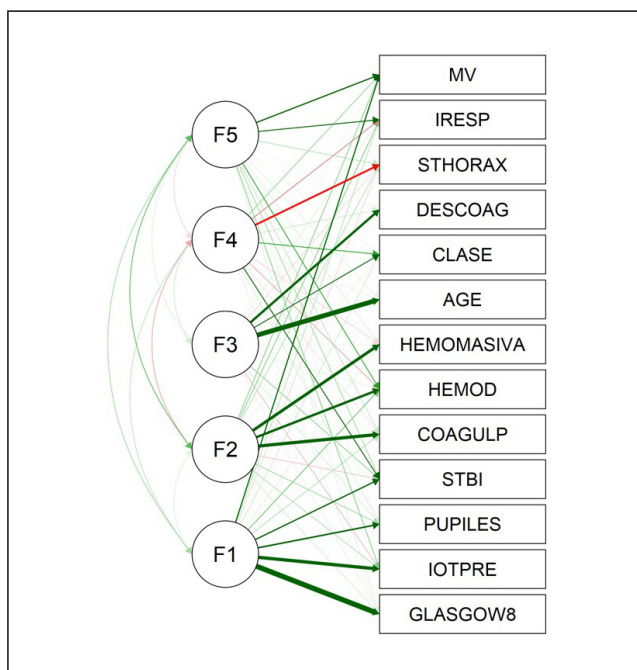
Servíá Goixart L^a, Montserrat Ortiz N^a, Badia Castelló M^a, Jiménez Jiménez G^a, Barea Mendoza J^b, Ballesteros Sanz MA^c, Sánchez Casado M^d, Llompart Pou JA^e, Chico Fernández M^b y Trujillano Cabello J^a

^aHospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida. ^bHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^cHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ^dHospital Virgen de la Salud, Toledo. ^eHospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: RETRASCORE es un modelo para el cálculo de probabilidad de mortalidad en pacientes traumáticos ingresados en UCI. Utiliza un sistema de puntuación con 13 variables. El objetivo de nuestro trabajo es realizar el análisis factorial exploratorio para identificar el patrón de relación entre estas variables que puedan definir diferentes grupos de pacientes.

Métodos: Análisis factorial exploratorio (programa JASP v.11.1) de una cohorte de 9.465 pacientes traumáticos ingresados en las 52 UCI participantes incluidos en RETRAUCI (2015-2019). Método de extracción de factores principales con rotación varimax. Medida de adecuación muestral con prueba de esfericidad de Barlett (significativa con valores menores a 0,05) y comprobación de relación entre variables con test KMO (valores superiores a 0,7 se consideran con aceptable relación).

Resultados: Podemos aplicar el análisis por prueba de esfericidad con valor menor a 0,001 y KMO de 0,75. El modelo encuentra 5 factores con una varianza explicada del 65,6%. Factor 1 corresponde a las variables intubación prehospitalaria (0,769), alteración pupilar (0,727), Glasgow menor a 8 (0,844) y alteración anatómica craneal ($AI_{TCE} \geq 3$) (0,524). Factor 2 con la asociación de fallo hemodinámico (0,661), hemorragia masiva (0,820) y coagulopatía (0,801) (corresponde con paciente en *shock* hemorrágico). Factor 3 asocia edad (0,846), tratamiento descoagulante previo (0,802) y mecanismo por caída accidental (0,541) (corresponde a paciente mayor con caída accidental). Factor 4 con fallo respiratorio (0,834) y necesidad de ventilación mecánica (0,531). Y, factor 5 que identifica de forma aislada a los pacientes con traumatismo torácico (0,843).



Conclusiones: Encontramos distintos tipos de pacientes traumáticos. El paciente con TCE y *shock* hemorrágico corresponde a distinta tipología de evolución y pronóstico. Identifica al grupo de pacientes con mayor edad y caída accidental. Asocia el fallo respiratorio con ventilación mecánica. Y queda como disociado el grupo de pacientes con traumatismo torácico.

133. COMPARACIÓN DE LA CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORTALIDAD DE LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y LA GCS-PUPILS SCORE EN PACIENTES CON TCE GRAVE

Chico Fernández M^a, Servíá Goixart L^b, García Sáez I^c, Ballesteros Sanz MA^d, Guerrero López F^e, Quintana Díaz M^f, González Robledo J^g, Jiménez Moragas JM^h, Chicote Carasa Y^a y Llompart Pou JAⁱ

^aHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^bHospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida. ^cHospital Donostia-Donostia Ospitalea, Guipúzcoa. ^dHospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria. ^eHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ^fComplejo Universitario La Paz, Madrid. ^gComplejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca. ^hHospital Puerta del Mar, Cádiz. ⁱHospital Universitari Son Espases, Illes Balears.

Objetivos: La puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) y el tamaño y reactividad pupilar son factores pronósticos tras un traumatismo craneoencefálico (TCE). Dichos parámetros se combinan en la recientemente desarrollada GCS-Pupils score (GCS-P). Nuestro objetivo fue analizar la capacidad predictiva de mortalidad del GCS-P comparado con la tradicionalmente empleada GCS en pacientes con TCE grave.

Métodos: Análisis retrospectivo de cohortes del registro multicéntrico de trauma grave (RETRAUCI) marzo 2015-diciembre 2019 con 52 UCI participantes. Se incluyeron todos los pacientes con TCE grave, definido como aquel con una puntuación en la GCS ≤ 8 en la atención inicial y con datos sobre exploración pupilar. La GCS-P sigue la siguiente fórmula: GCS-PRS, valorando PRS la reactividad pupilar y asignando 2 puntos en midriasis bilateral, un punto en midriasis unilateral y cero puntos con pupilas normales. Las variables cuantitativas se muestran como media (DE) y las variables cualitativas como número (porcentaje). Se determinó la capacidad predictiva de mortalidad de la GCS y la GCS-P (principal variable de interés) mediante un análisis de regresión logística y el cálculo del área bajo la curva ROC.

Resultados: De los 9.790 pacientes traumáticos ingresados en las UCI participantes se incluyeron 1.680 pacientes (17,1%) con TCE grave y datos sobre exploración pupilar. De ellos, 991 (58,9%) no presentaba alteraciones pupilares, un 395 (23,5%) presentaba midriasis unilateral y 294 (17,5%) midriasis bilateral. Edad media 49,6 (20,2) años, ISS medio 26,8 (13,9). El análisis del área bajo la curva ROC para predecir la mortalidad mostró una mejor capacidad predictiva del GCS-P con un área bajo la curva = 0,786 (IC95% 0,762-0,810 (fig. 1)). Se observó un incremento de mortalidad con la disminución del GCS-P, desde una mortalidad del 11,3% (GCS-p = 8) a un 90,1% (GCS-p = 1) (fig. 2).

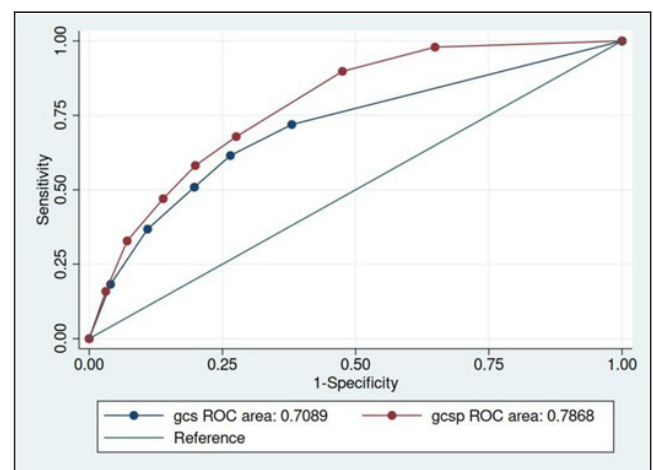


Figura 1

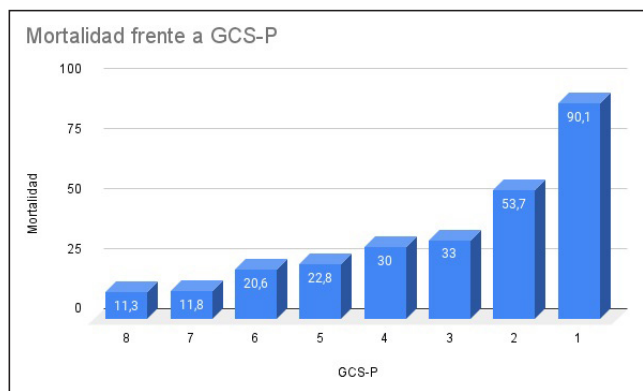


Figura 2

Conclusiones: La escala GCS-P presenta un mejor rendimiento que GCS en la predicción de mortalidad en el TCE grave y por ello debería ser incorporada a la práctica diaria.

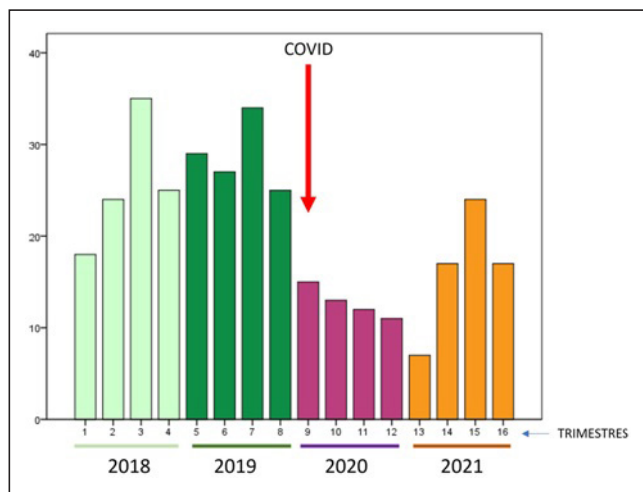
134. IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-CoV-2 EN LOS INGRESOS DE UCI POR TRAUMATISMO GRAVE

Jiménez Jiménez G, Rubio Ruíz J, Trujillano Cabello J, Montserrat Ortiz N, Vilanova Corsellas J, Badía Castelló M, Caballero López J, Morales Hernández DA, Pujol Freire A y Servià Goixart L

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Describir el impacto en las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados durante el periodo de pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio prospectivo observacional (enero-2018/diciembre 2021) del trauma grave ingresado en la UCI de un hospital de segundo nivel. Se diferencian dos periodos de tiempo: pre-SARS (enero 2018-febrero 2019) y SARS (marzo 2019-diciembre 2021). Se estudia la estacionalidad de los ingresos por trimestres. Se analizan variables demográficas, mecanismo lesional, intencionalidad y presencia de tóxicos, gravedad lesional (ISS) y fisiológica (TAS, FR, GCS) y de seguimiento (estancia y mortalidad en UCI). Estadística comparativa entre grupos mediante test de chi-cuadrado o test de Mann-Whitney. Análisis de estacionalidad según series temporales.



Resultados: Ingresaron 324 pacientes, 216 (66,67%) pre-SARS y 108 (33,33%) en el periodo SARS. Se estudian los ingresos por trimestres (fig.). La edad media fue de 50,2 años (78,7% de varones) pre-SARS respecto a 50,8 años (75% de varones) con igual nivel de gravedad según ISS (18 vs. 18). Los mecanismos lesionales más frecuentes en la etapa pre-SARS fueron accidente de coche (29,1 vs. 26,7%, $p = 0,206$), caída accidental (22,7 vs. 10,9, $p = 0,34$), precipitación (17,7 vs. 19,8%, $p = 0,234$) y accidente de moto (10,8 vs. 10,9%, $p = 0,462$). La lesión penetrante en etapa SARS fue del 8,3% (respecto al 4,6% pre-SARS). La

incidencia intención autolítica fue del 3,7% con ingesta de psicofármacos del 1,4% pre-SARS respecto a autólisis 5,6% e ingesta de psicofármacos en el 6,5% en periodo SARS ($p = 0,036$). El ingreso en UCI tras intervención quirúrgica fue del 30,6% en etapa SARS respecto al 20,8 ($p = 0,06$). La estancia media fue de 3 días en ambos periodos, con necesidad de ventilación mecánica 38,9 vs. 41,7% en SARS, manteniéndose la misma mortalidad (11,6 vs. 12,0%, $p = 0,903$).

Conclusiones: Se detectó un descenso del 50% de los ingresos por trauma grave durante la pandemia. Se pierde la estacionalidad en el primer año de pandemia posiblemente debido a las restricciones de movilidad y a la saturación de camas de UCI. Disminuyeron los ingresos por caída accidental y aumentaron las lesiones penetrantes, sin diferencias en el resto de mecanismo lesionales. Aumentó el consumo de psicofármacos y el traumatismo con intención autolítica tras el inicio de la pandemia.

Pósteres orales

Infección/Antibióticos 3

Moderadores: Francisco Álvarez Lerma y David Andaluz Ojeda

135. ¿CÓMO AFECTA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN CON NEUMONÍA COVID-19 EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS?

Morán Gallego FJ, Morales Varas G, Piza Pinilla RH, Alonso Ciria E, País Malingre MV, Paredes Borrachero I, Padilla Peinado R, Alonso Gómez G, Rodríguez Villamizar AP y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Analizar la evolución de pacientes ingresados en UCI por neumonía COVID-19 y que desarrollan complicaciones infecciosas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes ingresados en UCI por COVID-19 entre marzo/2020 y septiembre/2021. Se revisan variables demográficas, de gravedad y evolución, categorizando según la aparición o no de complicaciones infecciosas. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de χ^2 ; las variables continuas se expresan en medianas y rango intercuartílico y se compararon con la prueba de U Mann Whitney. Nivel de significancia del 5%.

	No infección (275)	Infección (278)	p
Gravedad			
SOFA ingreso	3 (3-5)	4 (3-6)	0,001
APACHE ingreso	10 (7-15)	11 (8-15)	0,028
SAPS II ingreso	30 (22-38)	32 (27-40)	0,025
SDRA			
Leve	18 (6,55)	21 (7,58)	
Moderado	155 (56,36)	116 (41,88)	
Grave	102 (37,09)	140 (50,54)	0,00
Evolución respiratoria			
VMI	211 (76,73)	278 (100)	0,000
Días VM	8 (5-13)	22 (15-30)	0,000
Prono	147 (53,45)	230 (82,73)	0,000
Nº de prono	1 (0-1)	2 (1-3)	0,000
Traqueotomía	44 (16,06)	188 (67,87)	0,000
ECMO	2/275 (0,73)	10/278 (3,60)	0,021
Tratamiento			
Corticoides	252 (91,97)	261 (93,88)	0,0380
Anticoagulación	84 (30,55)	137 (49,82)	0,000
Complicaciones			
FRA	56 (20,51)	85 (30,69)	0,006
TEP	34 (12,36)	63 (22,66)	0,001
Delirio	92 (33,58)	141 (51,09)	0,000
Evolución			
Estancia UCI	10 (6-14)	25 (17-33)	0,000
Estancia hospitalaria	20 (14-29)	36 (24-52)	0,000
Mortalidad UCI	59 (21,45)	118 (42,45)	0,000
Mortalidad hospitalaria	64 (23,27)	127 (46,01)	0,000

Resultados: De los 631 ingresos en UCI, 278 (44%) sufren complicaciones infecciosas. La mayoría (36%) ocurre en la tercera ola. Las caracte-