

439. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO CLÍNICO DE LOS PROTOCOLOS DE TRANSFUSIÓN MASIVA (PTM)

Rincón Ferrari M^a, Paniagua P^b, Urrutia Cuchi G^b, Candela Toha ÁM^c, Mingot Castellano E^a, Ferrerete Araujo AM^a y Amaya Villar R^a

^aComplejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ^cHospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento del PTM en 4 hospitales universitarios de alto nivel en España, e identificar qué variables de calidad podrían mejorar el cumplimiento del protocolo.

Métodos: Estudio de cohorte observacional. Se predeterminaron 14 criterios de cumplimiento basados en el PTM. Se analizaron todos los episodios de hemorragia masiva (HM) ocurridos entre enero de 2016 y septiembre de 2019 en 4 Hospitales de España: 1) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), 2) Corporació Parc Taulí (Sabadell), 3) Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y 4) Hospital Virgen del Rocío (Sevilla). Se midió el nivel de cumplimiento para cada criterio en particular.

Resultados: Se analizaron 602 HM. Edad media: 57,5 años; 67,4% eran hombres; 49% de las HM se relacionaron quirúrgicamente, el 22% correspondió a traumatismos, el 13% a hemorragia digestiva y el 3% a hemorragia periparto. De los 14 criterios, 6 tuvieron menos del 60% de cumplimiento y solo 5 más del 80%. El cumplimiento medio fue del 63,2%. La mortalidad a los 28 días fue del 39,4%. La mortalidad en pacientes con mejor (> 80%) y peor cumplimiento (< 60%) fue 37% y 41% respectivamente (p = 0,5). El grado de cumplimiento de los 14 criterios de calidad fueron: activación basada en las indicaciones preespecificadas del MTP 94%; comunicación con el banco de sangre: 50,7%; detección de grupo sanguíneo: 33,7%; monitorización hemodinámica: 84,7%; administración de hemoderivados basada en PTM: 50%; prevención de la hipotermia 44,5%; corrección de acidosis: 84,2%; administración de rFVIIa basada en PTM: 99,5%; análisis basados en PTM enviados al laboratorio: 2%; monitorización con tromboelastografía: 61%; evitar desperdicio de hemoderivados: 86,7%; desactivación oportuna del PTM: 44,4%; corrección hiperpotasemia: 74,3%; corrección hipocalcemia: 74,8%.

Conclusiones: En hospitales universitarios de alto nivel son frecuentes las HM con alta tasa de mortalidad y un gran consumo de hemoderivados. Nuestra tasa de cumplimiento promedio del 63% indica que se deben tomar medidas para mejorar el cumplimiento.

Financiado por: proyecto financiado por el Instituto Carlos III (FIS 2016-2019).

440. PERFIL DE HEMOSTASIA Y COAGULACIÓN EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL INTERVENIDOS MEDIANTE CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON HIPEC

Cuenca Apolo D, Puppo Moreno A, Leal Noval SR y Gallego Texeira I

Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Determinar el perfil de hemostasia primaria y coagulación que desarrollan los pacientes sometidos a HIPEC (cirugía citorreductora + quimioterapia hipertérmica).

Métodos: Estudio prospectivo, no aleatorizado, descriptivo en la que se incluyen paciente con carcinomatosis peritoneal colónico y ovárico sometidos a HIPEC. Se realiza estudio de coagulación estándar, ROTEM, PFA 100, F XIII y FvW, en tres tiempos. Se comparan con donantes de sangre sanos.

Resultados: En comparación con los DSVS, los pacientes intervenidos con CCR más HIPEC tuvieron diferencias en los valores de DD, FvW y PCR, reflejando un estado proinflamatorio. Evolución temporal de los estudios analíticos: Destacar en primer lugar el descenso significativo de la Hb desde el preoperatorio, postoperatorio inmediato y manteniendo

esta tendencia en el control a las 72 h. Esta situación es similar en el conteo del número de plaquetas, teniendo los dos significación estadística. Los pacientes con CCR más HIPEC presentaron prolongación en los valores de TP en el T2 y se mantiene alterado en T72. El TTPa no presenta cambios en el T2 pero si presenta alargamiento en el T72. El fibrinógeno sérico presenta una caída significativa en el T2 con recuperación en el control de T72. En todo momento, los valores posoperatorios de dímero D fueron significativamente más elevados, con incremento mayor en T2 y reducción importante en T72. El FvW presentó un ascenso significativo en el T2 y se mantuvo elevado en el T72, en probable relación con activación de la cascada de coagulación y el proceso inflamatorio quirúrgico. En el caso del FXIII se produjo una caída drástica en el T2 con descenso aún mayor en el Tt2. Los hallazgos mencionados tiene significación estadística con p menor 0,05. Evolución temporal ROTEM EXTEM y FIBTEM: en el estudio del EXTEM-CT no se aprecian cambios entre T0 y T2 pero si en el T72. El EXTEM-CFT presenta prolongación importante en el T2 y normaliza en el T72. Se produce una caída de la firmeza del coágulo tanto en el EXTEM-MCF como en el FIBTEM-MCF en el T2 y se produce una normalización en el control a las T72. No se observaron correlaciones LI-60 o ML-60 cuando se estratificaron por grupos de sujetos o periodos. No hubo evidencia de hiperfibrinólisis (ML menor al 15%). La hemostasia primaria, evaluada por PFA-200, mantuvieron siempre valores normales.

Conclusiones: Este estudio evidenció alteraciones del PT, aPTT, Hb, recuento plaquetario, FXII, FBN y ROTEM EXTEM y FIBTEM, demostrando el impacto del estrés quirúrgico, la hipertermia, quimioterapia y considerables cambios de fluidos en la fisiología hemostática general de la HIPEC.

Síndrome coronario agudo 2

Moderadores: Antonio Lesmes Serrano y Ana Ochavía Calvo

441. ¿INFLUYE EL PRIMER CONTACTO MÉDICO EN LA CORRECTA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO ASISTENCIAL CÓDIGO INFARTO?

Villegas del Ojo J, Pérez Madueño V, Moreno Cano S, Breval Flores A y Carrizosa Carmona F

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar perfil clínico y evolución de los pacientes que ingresaron en Unidad de Medicina Intensiva de un hospital con ACTP primaria tras activar Código Infarto, y analizar si se objetivan diferencias dependiendo del primer contacto medico-activación.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo enero-diciembre 2021. Se analizaron variables demográficas, FRCV, Tiempos (EKG, PCM-ACTP primaria, tiempo fibrinolisis), estrategia de reperfusión, variables clínicas y morbimortalidad.

Resultados: 128 pacientes, 75,8% hombres, edad media 60,69 (12,51) años. La mortalidad 2,4%. Estancia media 2 (1-12) UCI días. De los FRCV: HTA 49,2% DM, 27%, dislipemia 43,7%, tabaco 57,9% y 17,5% CIC previa. Quién activa Código Infarto y tiempos de activación: 061-DCCU 55,1%; urgencias 20,4%, helicóptero 2,4%; traslado interhospitalarios. Tratamiento de reperfusión: ACTP primaria 86,1%. Fibrinolisis 13,9% (ACTP rescate 43,7%) Tiempo fibrinolisis 30 (4-300) min. Arteria responsable infarto (ARI): ADA 46%; ACD 38,7; ACX 11,3% y TCI 0,8%. Enfermedad 3 vasos hasta el 22,3%. Se trató solo la ARI en el 55,6%. Revascularización completa en el primer acto en el 64,5%. Presentaron complicaciones hasta el 34,9%, siendo la más frecuente la TV/FV 12,8%; BAV 9,5%; shock cardiogénico 9,5%; Trombosis hiperaguda 4,8%; FA con RVR 2,4%.

Conclusiones: Encontramos que cuando se realizaba la activación por el 061/DCCU se cumplían los estándares de calidad del CI, pero los pa-

Tabla Póster 441

	061/DCCU55,1%	Urgencias 20,4%	Hosp. Sanlúcar 8,7%	Hosp. Villamartin 9,4%	Helicóptero 2,4%
TPO EKG	5 (1-30)	6 (1-132)	6 (1-10)	5,5 (1-150)	6 (1-16)
TPO PCM-	6,62 (5,54)	12,22 (27,27)	6,16 (3,54)	23,75 (51,10)	7,66 (7,63)
ACTP primaria	86 (24-1.440)	108,50 (32-1.260)	133 (90-360)	295 (110-1440)	155 (150-210)
TPO fibrinolisis	153 (238,84)	203,08 (263,54)	167,25 (94,61)	517,33 (533,83)	171,66 (33,29)
	17 (4-30)	-	75 (10-140)	91 (20-300)	15
	17 (13,39)		75 (91,92)	116,16 (104,10)	15

cientes que acudían directamente a nuestro centros hospitalario y sobre todo los que precisaban un traslado interhospitalario presentaban importantes retrasos. En nuestra serie la mortalidad cumple los criterios de calidad del CI. Encontramos un porcentaje nada despreciable de complicaciones siendo la más frecuente la TV/FV. De los pacientes sometidos a fibrinolisis, casi la mitad requirieron ACTP de rescate.

442. ANÁLISIS DE LOS INGRESOS POR CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN UN PERIODO DE 25 AÑOS

Pérez Bastida L, Villanueva Arias MG, Álvarez Torres M, Barakat Fernández S, Corbato García Á, Aray Delpino Z, Álvarez Ruiz AP, Prieto González M, Moradillo González MS y Andrés de Llano JM

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados por cardiopatía isquémica en el Complejo Asistencial Universitario de Palencia entre los años 1993 y 2017 y describir los cambios de tendencias.

Métodos: Análisis observacional y retrospectivo, a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de las altas hospitalarias del CAUPA, con códigos coincidentes con cardiopatía isquémica. Se seleccionaron los pacientes con diagnóstico principal al alta de cardiopatía isquémica, según la CIE-9 y CIE-10. Se analizaron las variables sexo, edad, ámbito de residencia, tipo de ingreso, estancia hospitalaria y Servicio hospitalario en el que ingresaron. Para evaluar la asociación de la variable cardiopatía isquémica con el resto de variables independientes se utilizó la odds ratio. Además, se calcularon las tasas de hospitalización por 100.000 habitantes ajustados por edad y se realizó un análisis de tendencias, mediante regresión lineal *join-point*, para determinar si había cambios con diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo. Con el objetivo de verificar la existencia de ritmo de la serie temporal se realizó inicialmente una exploración de los ritmos dominantes mediante la transformada rápida de Fourier. Posteriormente se aplicó el test de Cosinor de múltiples armónicos de Alberola *et al*.

Resultados: El 31,8% de los pacientes que sufrieron un evento isquémico entre los años 1993 y 2017 fueron mujeres, frente al 68,2% de hombres. La media de edad de estos pacientes fue de $69,66 \pm 12,7$ años, respecto a $53,73 \pm 26,79$ años de los que no tuvieron cardiopatía isquémica. Además, la estancia media de ingreso de los 13.143 pacientes con cardiopatía isquémica fue de $6,23 \pm 7,458$ días, respecto a $7,07 \pm 10,97$ días en los pacientes dados de alta con otro diagnóstico. El 54,2% procedían del ámbito urbano respecto al 45,8% del ámbito rural. El 48,8% de los casos de cardiopatía isquémica ingresaron en el Servicio de Cardiología, el 13,3% en Medicina Intensiva y el 4,9% en Medicina Interna.

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran una tendencia descendente de ingresos por cardiopatía isquémica desde el año 1993 a 2017, debido a la optimización del tratamiento domiciliario de los pacientes, tales como doble antiagregación y anticoagulación oral, trata-

miento hipolipemiante y antihipertensivo. Además, cabe destacar la importancia de la mayor disponibilidad de la angiografía coronaria y de la posibilidad de realizarla de manera más precoz. Esto ha contribuido a la disminución de la morbimortalidad y de los ingresos hospitalarios en los últimos años.

443. CÓMO HA INFLUIDO LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2, SOBRE UNA PATOLOGÍA TIEMPO DEPENDIENTE, COMO ES EL SCACEST

Rueda Molina C, Nieto González M, Mateos Rodríguez M, Vallejo Báez A, Castillo Caballero JM y Estecha Foncea MA

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

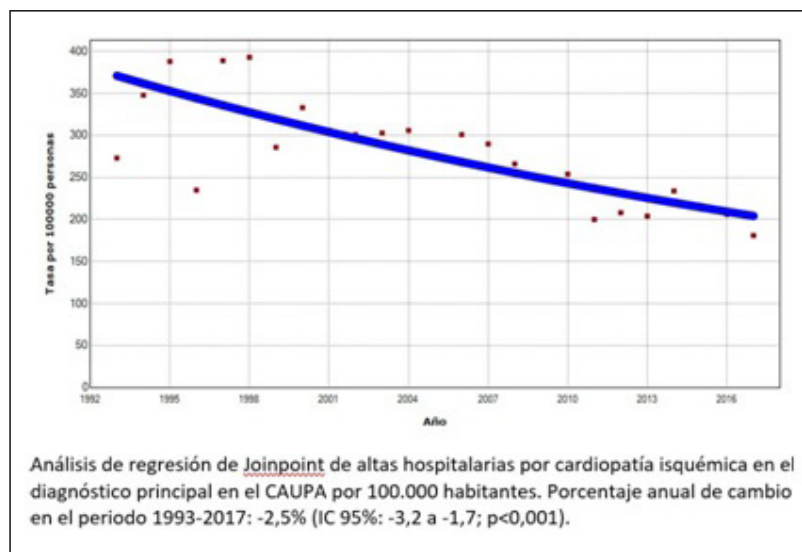
Objetivos: Analizar y comparar los tiempos de reperusión previos a la pandemia y al inicio de la misma, en los pacientes con diagnóstico de SCACEST, ingresados en nuestra unidad de Medicina Intensiva del Hospital Virgen de la Victoria (HVV) de Málaga. Con ello, ser conscientes de la influencia que ha tenido la pandemia sobre una patología tiempo dependiente.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los pacientes recogidos en el registro ARIAM con el diagnóstico de SCACEST, diferenciando entre un periodo de estudio previo a la pandemia (enero 2017-diciembre 2019) y otro periodo que comprende el primer año de la misma (2020).

Resultados: El periodo prepandémico (2017-2019) incluye un total de 680 pacientes diagnosticados de SCACEST. El 77,2% (N 525) hombres, con una edad media de 61 años, una estancia media de 2,33 días y una mortalidad en UCI del 3,48%. El 22,8% mujeres (N 155), con una edad media de 66 años, una estancia media de 1,94 días y una mortalidad en UCI del 4,65%. En periodo pandémico (2020) incluye 240 pacientes diagnosticados de SCACEST. El 75,8% (N 182) hombres, con una edad media de 61 años, una estancia media de 1,45 días y una mortalidad en UCI del 4,95%. El 24,2% (N 58) mujeres, con una edad media de 68 años, una estancia media de 1,62 días y una mortalidad en UCI del 5,17%. En relación a la tasa de reperusión, los datos también son extrapolables entre los dos periodos. En periodo prepandémico, el 92,1% de las reperfusiones se hicieron mediante ICP primaria, el 7,4% mediante fibrinolisis y un 0,5% no se reperfundió. En 2020, el 97,8% de las reperfusiones se hicieron mediante ICP primaria y el 2,2% mediante fibrinolisis. En cuanto a los tiempos. El retraso desde el inicio de los síntomas (IS) a la reperusión mediante ICP (R-ICP), tiene una mediana en periodo prepandémico de 201 min (163-352) y en periodo pandémico de 300 min (164-587). El retraso desde el IS al primer contacto sanitario (1CS), tiene una mediana en periodo prepandémico de 89 min (76-160) y en periodo pandémico de 170 min (141-240). El retraso desde el 1CS a la R-ICP, tiene una mediana en periodo prepandémico de 111 min (93-185) y en periodo pandémico de 124 min (88-164).

Conclusiones: La pandemia por SARS-CoV-2 ha causado importantes retrasos en patologías tiempo-dependientes, como es el SCA. La situa-

Figura Póster 442



ción de incertidumbre y estrés vivida en el primer año de la pandemia conllevó un pequeño aumento en el retraso generado por el sistema sanitario, pero el retraso que se debe al propio paciente, es mucho más marcado, ya que se duplicó al tardar mucho en consultar por miedo a la situación y a la probabilidad de contagio al acudir a un centro sanitario.

444. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CARACTERÍSTICAS BASALES DE JÓVENES CON INFARTO DE MIOCARDIO (IAM): DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Granados Madero M, de Gea García JH, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Rivera Sánchez P, López Hernández N, Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Victoria Ródenas MD y Vázquez Andrés G

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar y comparar según el sexo las características de los jóvenes de nuestra área que ingresan con IAM.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyen pacientes de 45 años o menos que ingresan por IAM en la UCI del HCUVA desde 2018 a 2020. Se estudian factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tipo y presentación del IAM, localización electrocardiográfica, vaso responsable y evolución. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS®.

Resultados: Se incluyeron un total de 64 pacientes. De los cuales, 17 fueron mujeres (26,6%) y el resto hombres (73,4%). La edad media de las mujeres fue de 41,5 ± 2,9 frente a 37,6 ± 4,8 años de los hombres (p = 0,003). La diabetes mellitus fue más frecuente en hombres 12,8% respecto a mujeres 5,9% (p = 0,69). Sin embargo, la hipertensión arterial fue más frecuente en mujeres (29,4%) con respecto a varones 23,4% (p = 0,69). Respecto al tabaquismo no hubo diferencias en el porcentaje al comparar hombres y mujeres (87,2 vs. 70,6%, p = 0,19). Ambos sexos presentaban historia de consumo de tóxicos, destacando la cocaína, siendo mayor en hombres 27,7% que en mujeres 5,9% (p = 0,18). El dolor torácico típico fue la forma más frecuente de presentación en ambos sexos. En cuanto a la localización electrocardiográfica, la anterior y la indeterminada fueron más frecuente en mujeres: 58,8 vs. 48,9% y 23,5 vs. 10,6% respectivamente (p = 0,38). Hubo mayor porcentaje de hombres con SCACEST 87,7 vs. 58,8% (p = 0,03). No se encontraron diferencias significativas en valores analíticos como la glucemia al ingreso (p = 0,31) o la troponina T pico (p = 0,70). Reingresaron el 31,9% de hombres frente al 29,4% de mujeres (p = 0,96). No hubo diferencias en las complicaciones entre ambos sexos (p = 0,57). Con respecto a la mortalidad, solo una mujer falleció (5,9%) (p = 0,09).

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas en los pacientes jóvenes con IAM al compararlos según el sexo, salvo la edad media que fue menor en mujeres y el porcentaje de pacientes con SCACEST que predominó en varones.

445. FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (FEVI) MEDIDA POR ECOCARDIOGRAFÍA AL INGRESO EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

de Gea García JH, **Granados Madero M**, Rivera García P, López Hernández N, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Mula Martínez R, Martín Magán MDM, Victoria Ródenas MD y Asensio Rodríguez M

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar las características y diferencias de los pacientes que ingresan tras un IAM según la FEVI al ingreso utilizando los límites recientemente adoptados.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de pacientes que ingresan por IAM en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. A todos se les realizó una ecocardiografía al ingreso y se recogieron datos demográficos, FRCV, datos derivados del infarto, complicaciones y evolución. La FEVI fue determinada visualmente al ingreso y posteriormente revisada por personal experimentado. Los pacientes se dividieron según su FEVI (deprimida: < 40%, ligeramente reducida: 40-49% y > 50% preservada). Los datos fueron analizados utilizando el programa Stata.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 228 pacientes con IAM. De estos, el 24,9% fueron mujeres, la edad media fue de 63,4 ± 12,5 años, 38,2% diabéticos, 63,5% hipertensos y 52,2% dislipémicos. La FEVI media fue de 49 ± 13%, el 21% de los pacientes presentó una FEVI deprimida, el 15% ligeramente reducida y el resto preservada. Los pacientes con FEVI deprimida presentaron mayor porcentaje de sexo femenino (41,7 vs. 24,2 y 18,8%, p = 0,017), diabetes (55 vs. 26,4 y 36,2%, p = 0,04), insuficiencia cardiaca (44,4 vs. 8,8 y 6,9%, p < 0,001) y de shock cardiogénico (25 vs. 0 y 1,6%, p < 0,001). Así mismo, los pacientes con FEVI deprimida presentaron más tasa de lesión renal (26,7 vs. 7,5 y 6,4%, p < 0,001), arritmias ventriculares (14,3, vs. 5,9 y 1,5%, p < 0,001) y mortalidad (22,2 vs. 2,9 y 0,8%, p < 0,001). Por último, la Tn T fue marcadamente mayor en el grupo de FEVI mas deprimida.

Conclusiones: La FEVI determinada al ingreso permite seleccionar a pacientes de mayor gravedad, con mayor porcentaje de FRCV, mayor pico enzimático y mayor porcentaje de complicaciones incluida la mortalidad.

446. INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN EN LA CORRECTA APLICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD TIEMPO DEPENDIENTE: CÓDIGO INFARTO

Villegas del Ojo J, Pérez Madueño V, **Martín Ávila H**, Giménez Beltrán B y Martín Miranda J

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar si la formación continuada influye en la mejora asistencial en la aplicación del Código Infarto (CI) en nuestra área asistencial.

Métodos: Se analizaron los datos del CI 2019 y 2020. Se realizaron sesiones hospitalarias multidisciplinares (Medicina Intensiva, Urgencias, Cardiología). Estudio observacional retrospectivo. Incluimos pacientes que ingresaban en la unidad tras la activación del CI. Años 2019, 2020, 2021. Analizamos variables clínicas, tratamiento reperusión, tiempos de activación, y mortalidad.

Resultados: El porcentaje de ACTP primaria y fibrinólisis se mantuvo constante. Se encontró un aumento del tiempo para fibrinólisis en 2020, el cual se redujo > 50% tras la implementación del programa de formación (tabla 1). En 2020 se objetivó un importante retraso en los tiempos de activación del CI de forma global, destacando sobre todo en el grupo de pacientes que acudían directamente al Servicio de Urgencias (112 vs. 202,5 min). En 2021 tras el programa de formación encontramos un descenso en los tiempos de activación (de forma glo-

Tabla Póster 445

	FEVI reducida (N = 48)	FEVI levemente reducida (N = 34)	FEVI preservada (N = 146)	p
Edad (años)	67,3 ± 12,8	61,15 ± 13,4	62,3 ± 12,2	0,06
Sexo femenino (%)	41,7	24,2	18,8	0,017
HTA (%)	75	50	62,3	0,09
DM (%)	55	26,4	36,2	0,04
DLP (%)	50	38,2	53	0,305
Fumador (%)	44,4	50	45,4	0,87
IAMCEST	47,3	61,7	57,7	0,4
Insuficiencia renal (%)	26,7	7,5	6,4	0,001
Shock cardiogénico (%)	25	0	1,6	0,001
Insuficiencia cardiaca (%)	44,4	8,8	6,9	0,001
Arritmias ventriculares (%)	13,9	5,9	1,5	0,006
Tn T-HS máxima (ng/ml)	10.909 ± 1.457	4.163 ± 4.631	2.100 ± 2.226	0,001
APACHE II	17,3 ± 9,4	13,9 ± 4,7	12,5 ± 4,1	0,001
Exitus (%)	22,2	2,9	0,8	0,001

Figura Póster 444

	Total pacientes	Hombres	Mujeres	Valor p
Edad (media \pm DE, años)	38'6 \pm 4'69	37,6 \pm 4,8	41,5 \pm 2,9	p=0'003
Tabaquismo (n, %)	53 (82'8%)	41 (87'2%)	5 (70'6%)	p=0'199
Hipertensión arterial (n, %)	16 (25%)	11 (23'4%)	5 (29'4%)	p=0'745
Diabetes mellitus (n, %)	7 (10'9%)	6 (12'8%)	1 (5'9%)	p = 0'664
Dislipemia (n, %)	25 (39,1%)	20 (42'6%)	5 (29'4%)	p=0'341
Antecedentes familiares (n, %)	20 (31'3%)	16 (34%)	4 (23'5%)	p=0'423
Revascularización previa (n, %)	5 (7'8%)	5 (10'6%)	0 (0%)	p=0'313
Angor previo (n, %)	8 (14%)	7(14'9%)	1 (5'9%)	p= 0'670
Tóxicos (n, %)				p=0'350
Cocaína	14 (21'9%)	13 (27'7%)	1 (5'9%)	
Cannabis	3 (4'7%)	2 (4'3%)	1 (5'9%)	
Localización ECG (n, %)				p=0'459
Anterior	33 (51'6%)	23 (48'9%)	10 (58'8%)	
Inferior	17(26'6%)	14 (29'8%)	3 (17'6%)	
Lateral solo	4 (6'3%)	4 (8'5%)	0 (0%)	
Inferior+ VD	1 (1'6%)	1 (2'1%)	0 (0%)	
Indeterminado	9 (14'1%)	5 (10'6%)	4 (23'5%)	
Síntomas (n, %)				p=0'733
Dolor torácico típico	53 (82'8%)	39 (83%)	14 (82'4%)	
Dolor atípico	6 (9'4%)	5 (10'6%)	1 (5'6%)	
Muerte súbita	5 (7'8%)	3 (6'4%)	2 (11'8%)	
SCACEST (n, %)	51 (79'7%)	41 (87'2%)	10 (58'8%)	p=0'030
Complicaciones (n, %)	10 (15'6%)	3 (15'9%)	3 (17'6%)	p=0'869
Glucemia ingreso (media \pm DE, mg/dL)	125 \pm 60'8	121 \pm 55,3	138 \pm 74,9	p=0'313
Troponina T ingreso (media \pm DE, ng/mL)	1403 \pm 2102	1417 \pm 2263	1364 \pm 1637	p=0'930
Troponina T pico (media \pm DE, ng/mL)	2562 \pm 3393	2646 \pm 3676	2329 \pm 2532	p=0'700
FEVI al alta (n, %)				p=0'120
FEVI >50%	43 (67'2%)	29 (61'7%)	14 (82'4%)	
FEVI <50%	21 (32'8%)	18 (38'3%)	3 (17'6%)	
Reingreso (n, %)	20 (31'3%)	15 (31'9%)	5 (29'4%)	p=0'961
Complicaciones (n, %)	10 (15'6%)	7(15'9%)	3 (17'6%)	p=0'789
Mortalidad (n, %)	1 (6'3%)	0 (0%)	1(5'9%)	p=0'094

Resultados del estudio.

bal, a nivel extrahospitalario e intrahospitalario) como se muestra en la tabla 2.

	2019	2020	2021
ACTP primaria	86,25% (177)	88,04% (202)	86% (122)
Fibrinólisis	15,71% (33)	11,96% (31)	14% (19)
TPO	47 (2-175)	90 (9-268)	28,5 (4-300)
Fibrinólisis	55,25 (41,39)	103,5 (82,67)	75 (89,63)
ACTP rescate	33% (11)	38,70% (12)	37,5% (6)
Mortalidad	3,1%	3,1%	2,4%

	2019	2020	2021
TPO PCM-GUIAICP	96,5 (15-360)	145 (30-1.440)	95 (24-1.260)
Global	112,25 (69,97)	273,43 (289,41)	143,43 (165,95)
TPO PCM-GUIAICP	98 (15-720)	140 (30-1.167)	95 (24-840)
Extrahospitalaria	122,20 (101,33)	257,07 (265)	122,68 (109,89)
TPO PCM-GUIAICP	112 (27-720)	202,5 (45-1.440)	108,5 (32-1.260)
Intrahospitalaria	281,37 (276,30)	319 (348)	203,08 (263,54)

Conclusiones: Tras la implementación del programa de formación se objetivó en 2021 un importante descenso en los tiempos de activación, siendo incluso mejores que en la época prepandemia sobre todo a nivel hospitalario (202,5 vs. 108,5 min) y en relación con la fibrinólisis extrahospitalaria (90 vs. 28,5 min). Estos resultados destacan la importancia de la formación continuada en nuestra labor asistencial. En relación con la mortalidad encontramos un descenso en este último año, ajustándose a los estándares de calidad.

447. SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST KILLIP IV EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LA PROVINCIA DE CÁDIZ

León Montañés L, Sánchez Rodríguez ÁC, Fernández Cuervo A, Bermejo Rubio H y [Ortiz Sevilla C](#)

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Analizar la incidencia y características del síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) KILLIP IV ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) en la provincia de Cádiz.

Métodos: Análisis descriptivo de pacientes introducidos en la base de datos "ARIAM-ANDALUCÍA" con diagnóstico de SCACEST KILLIP IV ingresados en UCI desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2021. Se analizan múltiples variables: sexo, edad, localización del infarto, intervencionismo coronario primario (ICP) y fibrinólisis, tiempo desde contacto con sistema hasta reperfusión, técnicas realizadas en UCI, arritmias, complicaciones en UCI, arteria afectada, mortalidad, etc.

Resultados: 193 pacientes con SCACEST KILLIP IV ingresados en UCI en Cádiz. Hombres 70,16%, mujeres 29,84%. Edad media 65,43 años (65,1 años en hombres, 68,02 en mujeres). PAS media al ingreso 87 mmHg. FC media al ingreso 83 latidos/min. Localización del infarto: anterior 59%, inferior 30%... Arritmias al ingreso: Fibrilación auricular (FA)/flutter 42,5%, taquicardia ventricular (TV) con pulso 33, 16,1, etc. Técnicas UCI: balón de contrapulsación intraaórtico (BCPIAo) 30%, ventilación mecánica invasiva (VMI) 43,5%, hemodiafiltración continua (HDFVVC) 3%, etc. ICP urgente primaria en el 74,2% de los casos, y fibrinólisis en el 16%, siendo eficaz solo en el 18% de los casos y precisando rescate en el 82%. No reperfusión urgente en el 10%. Complicaciones UCI: parada cardiorrespiratoria (PCR) 60%, defecto mecánico 3,1%, encefalopatía 13,44%, etc. Arteria afectada: descendente anterior (DA) 59,7%, Coronaria derecha (CD) 45,3%... Arteria culpable: tronco común izquierdo (TCI) 10,8%, DA 48,2%... ICP: solo en arteria culpable en el 58%. Arteria culpable más otro vaso 33%... Mortalidad en UCI 54,45%.

Conclusiones: El SCACEST KILLIP IV no es muy frecuente (4,04%), no obstante, presenta un alto porcentaje de complicaciones y una alta tasa de mortalidad. Es más frecuente en infartos de localización anterior con afectación de la DA, seguido de infartos inferiores con CD como arteria culpable. Precisa de un elevado número de técnicas durante el ingreso en UCI. La arritmia más frecuente durante el ingreso es la FV, y al ingreso la FA/flutter. La ICP se realizó en los 120 primeros minutos desde el contacto en menos de un tercio de los casos.

448. VARIABLES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y/O MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON STEMI

[Villegas del Ojo J](#), Garrino A, Moreno Cano S, Blanco Saez I y Carrizosa Carmona F

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Estudiar la asociación entre variables clínicas, y morbi-mortalidad de los pacientes con STEMI en un hospital con ACTP primaria.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Enero-diciembre 2021. Analizamos variables demográficas, FRCV, clínicas, tiempos y estrategia reperfusión y su asociación con complicaciones y/o mortalidad.

Resultados: 128 pacientes, 75,8% hombres, edad media 60,69 (12,51) años. La mortalidad 2,4%. Estancia media 2 (1-12) UCI días. De los FRCV analizados encontramos asociación con el desarrollo de complicaciones con la DM (51,5 vs. 29,3%, $p < 0,022$), pero no encontramos asociación con la mortalidad con ninguno de los FRCV, solo tendencia con la dislipemia (42,6 vs. 29,6%, $p < 0,081$). El desarrollo de complicaciones de forma global entre las que se incluían: trastornos ritmo (FV/TV; FA, BAV), trombosis hiperaguda *stent* y/o *shock* cardiogénico (SC), se asociaba a mortalidad (6,8 vs. 0%) ($p < 0,041$). Cuando estudiamos las complicaciones de forma independiente encontramos que era SC el responsable de ello (25 vs. 0%, $p < 0,001$). En relación con la estrategia de reperfusión: la fibrinólisis (11,8 vs. 1%, $p < 0,051$), casi alcanzaba significación con la mortalidad (11,8 vs. 1%, $p < 0,051$). Si analizamos la asociación entre fibrinólisis y SC encontramos que los que evolucionaban a SC habían recibido fibrinólisis en un mayor porcentaje (23,5 vs. 6,7%, $p < 0,047$) alcanzando significación estadística. Estudiamos si la estrategia revascularización completa vs. tratar la ARI influía en la evolución, encontrando que la no revascularización completa se asociaba a mortalidad (47,5 vs. 28,8%, $p < 0,046$). Finalmente estudiamos si la ACTP primaria $</>$ 120 min influía en la evolución, no encontrando asociación ni con mortalidad, ni desarrollo de complicaciones ni con SC.

Conclusiones: De los FRCV, la DM se asoció al desarrollo de complicaciones, no asociándose ninguno de los FRCV a mortalidad. El desarrollo de complicaciones de forma global se asociaba a mortalidad siendo la evolución a SC la responsable de la misma. No encontramos diferencias con el desarrollo de complicaciones y/o mortalidad según la estrategia de reperfusión, pero si objetivamos que los pacientes que desarrollaban SC habían sido fibrinolisados en mayor porcentaje. Es destacable que encontramos diferencias significativas en mortalidad, a favor de la revascularización completa en contra de las recomendaciones actuales. En nuestros pacientes no encontramos diferencias en la evolución dependiendo de si la ACTP primaria se realizaba antes o después de 120 minutos.

Ética

Moderadoras: *Olga Rubio Sanchiz y Marta García García*

449. ANÁLISIS DE LA LIMITACIÓN DE LAS TERAPIAS DE SOPORTE VITAL EN UNA UCI MÉDICO-QUIRÚRGICA DE SEGUNDO NIVEL

[Pérez Ruiz M](#), Rivas Gómez Plana F y Marcote Denis B

Hospital de Especialidades de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir el perfil del paciente al que se le realiza limitación de las terapias de soporte vital (LTSV). Analizar los resultados en cuanto a mortalidad y estancia en UCI tras la toma de dicha decisión.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en una UCI médico-quirúrgica de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron los pacientes ingresados a los que se les realizó LTSV en el año 2021. Se analizaron variables demográficas, antecedentes, motivo de ingreso, terapias de soporte, APACHE II, tipo de limitación, días de ingreso en UCI y mortalidad. Los tipos de limitación se clasificaron en: III-A: medidas invasivas condicionadas; III-B: no instauración de medidas invasivas; III-C: no instauración de medidas adicionales; III-D: retirada de medidas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v24.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes, es decir, un 5,93% del total de pacientes ingresados en un año. El 72,7% fueron hombres con una mediana de edad de 72 años (RIC: 63-78). Como antecedentes destacaron hipertensión arterial (79,5%), diabetes (45,5%), dislipemia (45,5%), paciente oncohematológico (27,3%) y cardiopatía isquémica (25%). El principal motivo de ingreso fue cardiológico (40,5%), seguido de infec-

cioso y neurológico (20,5%), politraumatismo (4,5%), cirugía urgente (9,1%) y cirugía programada (2,3%). El 11,4% (5) fueron neumonías por COVID-19, lo que supone un 8,74% de los COVID-19 del año. El APACHE II presentó una mediana de 25,5 puntos (RIC: 20-31). Un 59,1% de los pacientes precisaron ventilación mecánica invasiva, un 63,6% vasoactivos y un 27,3% terapias de reemplazo renal. En cuanto a la LTSV se realizó: III-D un 36,4%, III-B un 34,1%, III-C un 29,5% y ningún III-A. La mediana de estancia en UCI fue de 3 días (RIC: 1-7), con una mortalidad del 77,3%. Desde la decisión de LTSV hasta el *exitus* o alta transcurrieron < 24h en el 72% de los casos, y de los 10 pacientes dados de alta a planta fallecieron el 50%. Para finalizar, un 9% (4) de los pacientes limitados fueron donantes en asistolia controlada.

Conclusiones: En nuestra serie el paciente limitado se caracteriza por ser de la tercera edad con múltiples antecedentes, destacando factores de riesgo cardiovascular, motivo de ingreso principalmente cardiológico, un APACHE elevado y precisar un alto porcentaje de terapias de soporte. La limitación más realizada fue la retirada de medidas, y la mayoría presentaron una estancia corta en UCI y una elevada mortalidad.

450. ANÁLISIS DE LA TOMA DE DECISIONES EN EL CONTEXTO DE FIN DE VIDA EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Marta Martínez C., Lázaro González J, Arenal López S y Gómez García JM

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir el proceso de toma de decisiones al final de la vida de los pacientes ingresados en planta por neumonía COVID durante el periodo de estudio.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo mediante el análisis de historias clínicas de los pacientes objeto de estudio desde el 15 de marzo hasta el 15 de abril de 2020.

Resultados: 150 pacientes fallecidos en el periodo de estudio. Edad 81 ± 9,7, 53% varones, estancia media de 7,7 días ± 7,2, índice de Charlson 4,355 ± 2,6. 52% dependientes para las AVBD, 11% totalmente dependientes. 39% deterioro cognitivo. Uso de escalas pronósticas de gravedad validadas 2%. Uso de escalas de funcionalidad validadas 10%. Catalogados como no subsidiarios de UCI 98%. Decisión de no subsidiario de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): médico planta 80%, médico UCI 20%, familia/paciente 0%. Paciente no competente 68%. No participa en la toma de decisiones el 92% de los pacientes competentes. Paciente no informado de la decisión 72% de los pacientes competentes. La familia no participa en la toma de decisiones en un 92%. Familia informada de la decisión 96%. Entre los motivos para no considerar ingreso en UCI/no RCP, se incluyen: edad 44%, comorbilidades asociadas 38%, falta de recursos asistenciales en un 16%, situación de agonía en un 12%, no consta en un 8%. La edad como única causa de rechazo de ingreso en UCI se consideró en un 12% (con una edad de 85,7 ± 4,7 años). La falta de recursos como único motivo de exclusión fue un 4% y la combinación de ambos motivos fue del 6%.

Conclusiones: La edad media de los pacientes no candidatos a ingreso en UCI es elevada. La mayoría de los no candidatos a ingreso en UCI son dependientes para actividades cotidianas. Existe un bajo porcentaje de utilización de escalas validadas de pronóstico y funcionalidad. El médico de planta fue el que decidió más frecuentemente el no ingreso en UCI. Se detectó un alto porcentaje de exclusión del paciente tanto en la toma de decisiones como en la información de la misma. La familia fue igualmente excluida en la toma de decisiones en un alto porcentaje, sin embargo, mayoritariamente recibió información. La edad fue el motivo más argumentado para la exclusión, sin embargo, fue el único motivo en un bajo porcentaje de pacientes los cuales, tenían una elevada edad cronológica. La falta de recursos como único motivo de exclusión fue poco frecuente.

451. ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN LA UCI EN CONTEXTO DE PANDEMIA POR SARS-CoV-2: CONTRIBUCIONES DE LA PSICOLOGÍA AL MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

Sánchez Julvé C., Gutiérrez Aramb D, Leal Murillo S y Camell Ilari H

Hospital Residència Sant Camil-Consorci Sanitari del Garraf, Barcelona.

Objetivos: La pandemia COVID-19 ha generado nuevas necesidades psicosociales de especial relevancia en las Unidades de Cuidados Inten-

sivos (UCI) que tiene como objetivo intentar salvar la vida de los pacientes que están críticos. En este intento, quedan relegados los aspectos psicosociales, y así; la humanización de la atención sanitaria queda afectada negativamente. Los objetivos de este trabajo se resumen en: implementar el paradigma bio-psico-social y espiritual; incorporar el modelo psicosocial y adaptar la intervención psicológica a la dinámica intensivista; aportar la mirada paliativa e integral así como, de trabajo en equipo interdisciplinar; 3 dianas de intervención: paciente, familia y profesionales/equipo. Todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, identificando el enfermo y su familia como la unidad básica y esencial de atención, siguiendo el modelo de humanización de las UCI (Proyecto HU-CI).

Métodos: Se trata de un estudio observacional longitudinal y transversal. Se realiza revisión bibliográfica de la evidencia científica respecto a la intervención psicológica intensivista y la revisión de diferentes modelos sobre complejidad psicosocial y espiritual. Se incorpora la psicología al inicio de la pandemia, en exclusividad para la atención en pacientes con COVID-19 y se da continuidad hasta el segundo semestre de 2021, donde se plantea la posibilidad de atender a personas con otros diagnósticos ("Experiencia UCI"). Ante el impacto que genera esta experiencia, la atención psicológica ofrece la oportunidad de establecer un vínculo terapéutico desde el inicio y favorece el estudio de los condicionantes psicosociales que inciden en el manejo clínico. Se presentará la selección de los 9 indicadores de complejidad adaptados para la UCI y realizados mediante consenso de expertos. Estos pretenden seleccionar los casos que necesitan atención psicológica temprana.

Resultados: Durante el 2020 se reclutaron un total de 63 casos y se realizaron 287 intervenciones (paciente y/o familiar). Para el estudio de este año se propone realizar el mismo análisis, incluyendo más variables como, el diagnóstico, nivel terapéutico, grado de malestar emocional del paciente y de la familia, indicadores y nivel de complejidad psicosocial.

Conclusiones: Consideramos que esta experiencia nos ayudaría a reflexionar sobre la continuidad a largo plazo de este modelo de atención integral incorporando los aspectos psicosociales y espirituales, como parte del modelo de atención centrada en la persona.

452. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES NO CANDIDATOS A INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Álvarez Chicote N., Fernández Galilea A, Cossío Rodríguez A y Garnacho Montero J

Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Analizar las variables relacionadas con la decisión de no ingreso en una Unidad de Cuidados intensivos (UCI) y describir la mortalidad hospitalaria y a los 6 meses del grupo de pacientes no ingresados por limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV).

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo monocéntrico que incluye pacientes valorados durante 2019, y no candidatos a ingreso en UCI. Se han recogido variables clínico-demográficas, situación funcional previa y motivo de consulta; además de la razón principal de la negativa a ingreso. Se analizó la mortalidad intrahospitalaria y a los 6 meses desde la valoración. Para el análisis estadístico las variables cualitativas se han expresado en porcentajes y para las cuantitativas se han utilizado medidas de tendencia central y dispersión. La significación estadística se determinó usando chi-cuadrado para las variables categóricas. Se consideraron diferencias significativas si $p < 0,05$.

Resultados: Se han incluido 160 pacientes con una mediana de edad de 65 años (54-75); en su mayoría varones (63,7%). La presencia de neoplasia sólida fue la patología más prevalente (23%). El motivo principal de consulta fue la insuficiencia respiratoria 38,1%, seguido de perfil sepsis 15,6% y bajo nivel de consciencia 14,4%, siendo un 7% la parada cardiorrespiratoria (PCR). Más de un tercio de las valoraciones se llevaron a cabo de forma precoz desde Urgencias (36,9%), con un 50% en el turno de tarde. El 13% de los pacientes valorados tuvieron ingreso previo en UCI durante su hospitalización. En el 43,1% (n = 69) se realizó LTSV, siendo la presencia de comorbilidades (63,7%) y la mala calidad previa del paciente (30%), los motivos más frecuentes para ello. El 43,8% (n = 70) de los pacientes no ingresaron en el momento de la valoración por mantener una situación de estabilidad clínica. Solo un paciente no ingresó por decisión propia, y 9 pacientes no llegaron a ingresar por no conseguir recuperar circulación espontánea tras una PCR. La mortalidad intrahospitalaria global fue elevada del 43,8%, siendo de hasta el 80% en

el grupo de pacientes con LTSV (55/69). La mortalidad fue además significativamente menor en pacientes independientes a ABVD (68/160) con respecto a aquellos con algún grado de dependencia ($p = 0,034$). La mortalidad global a los 6 meses fue del 48,1%, pero del 87% (60/69) entre los pacientes limitados.

Conclusiones: Los pacientes no candidatos a UCI por LTSV presentan una mortalidad muy elevada, siendo significativamente mayor en los que sufren algún grado de dependencia. La presencia de comorbilidades ha sido la causa más frecuente de limitación.

453. COMITÉ DE ONCOLOGÍA Y UCI EN NUESTRO HOSPITAL. ¿SE BENEFICIAN NUESTROS PACIENTES?

Aranda Martínez C^a, Amat Serna T^a, Pérez Mesa E^b y Rivera Fernández R^a

^aComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ^bHospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: En nuestro hospital desde el año 2019 existe un Comité de Oncología y UCI donde se evalúan los casos de los pacientes oncológicos que se encuentran ingresados con el objetivo de programar nuestra actitud si fuera necesario. Vamos a evaluar los datos obtenidos durante el seguimiento.

Métodos: Pacientes con patología oncológica ingresados en el Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén desde el año 2019 hasta 2021. Se han recogido datos demográficos, causa de ingreso, tipo de tumor, tratamiento recibido y pronóstico del mismo. Hemos realizado un análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: Un total de 140 pacientes presentados, 61% varones ($N = 85$) y una mediana de edad de 62 años (20-79). El 64% tenían antecedentes personales: 32% HTA, 17% EPOC (cuatro de ellos con oxígeno domiciliario), 17% fumadores, 16% dislipemia y 15% DM. El tipo de tumor más frecuente fue el pulmonar 28% ($N = 40$), seguido de los digestivos: colorrectal 18% ($N = 25$) y esofagogástrico en el 13% ($N = 19$). Del global de la muestra el tratamiento administrado: Cirugía: 46%, quimioterapia 91% (en el momento de la consulta, 61%), radioterapia 19%, inmunoterapia 9% y solo un caso presentado se encontraba en tratamiento paliativo. El 14% se encontraban en remisión total. La causa de ingreso y por ello motivo de consulta fue en la mayoría de los casos por I. respiratoria 14% ($N = 21$), toxicidad por quimioterapia 14% ($N = 18$), infección pulmonar 8% ($N = 11$), sepsis 10% ($N = 14$) y neutropenia febril 8% ($N = 11$). En el Comité se consensuó candidato a UCI: desestimados 24% ($N = 33$), candidatos a medidas no invasivas 29% ($N = 40$) y candidatos a medidas invasivas 48% ($N = 67$). Del total de pacientes comentados ingresaron en UCI 7 pacientes.

Conclusiones: Los avances en el tratamiento de los pacientes oncológicos han provocado un cambio de rumbo en las Unidades de Medicina Intensiva, considerando su ingreso según el pronóstico de los mismos y las patologías que presenten. Claramente nuestros pacientes se han beneficiado de este comité ya que nos ha permitido conocer de antemano la situación de dichos pacientes y tomar una decisión de forma consensuada con el equipo de UCI y los profesionales de oncología que conocen con exactitud el pronóstico y la supervivencia.

454. DE LA FATIGA PANDÉMICA AL DESASOSIEGO MORAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS TRAS SEIS OLAS DE LA COVID-19

Mamolar Herrera N

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Analizar el nivel de desasosiego moral (DM) que presentan los profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de un hospital terciario, tras las seis olas de pandemia vívidas por la COVID-19. Comparar la percepción que tienen del clima ético laboral los médicos y la enfermería participantes. Evaluar si tras aplicar las medidas necesarias, se modificarían los resultados obtenidos.

Métodos: Estudio observacional sobre los sanitarios implicados en la atención de pacientes críticos en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Para cuantificar el nivel de DM, se ha aplicado la versión española de la Medida del Desasosiego Moral para Profesionales Sanitarios (*Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals*, MMD-HP). Puntúa la frecuencia y el nivel de estrés que implican cada uno de los 27 ítems. Se obtiene una puntuación final entre 0-432, de tal forma que valores más altos, indican mayor nivel de DM. Para evaluar el clima ético, se ha aplicado a los médicos y enfermeros participantes, la

versión española reducida del cuestionario de Clima Ético en el Hospital (*Hospital Ethical Climate Survey-short version*, HECS). Consta de 14 ítems, la puntuación final oscila entre 14-70, y en este caso, valores más altos indican un clima ético más positivo.

Resultados: Participaron un total de 74 profesionales (médicos, enfermeros, auxiliares y celadores). La puntuación final conjunta del MMD-HP fue superior al punto medio de corte (270/432), lo que indica un nivel relevante de desasosiego en el equipo. La situación más frecuente y la que más DM provoca ha sido “observar un deterioro en la calidad de la atención del paciente debido a la falta de continuidad del personal”, seguida de “continuar proporcionando un tratamiento agresivo a un paciente con muchas probabilidades de morir, cuando nadie toma la decisión de retirarlo”. Un 54% de los encuestados consideró abandonar su puesto de trabajo en algún momento y a cierre de este documento, un 28% aún se lo cuestiona. En cuanto al clima ético, los médicos obtuvieron mayor puntuación en el HECS (53/70), lo que indica que perciben un mejor clima laboral que el personal de enfermería (43/70).

Conclusiones: El desasosiego moral está presente en los sanitarios de nuestro país tras las seis olas de pandemia sufridas por la COVID-19, y esto puede repercutir negativamente en la calidad asistencial que reciben los pacientes. Podría plantearse la posibilidad de contar con la ayuda de un psicólogo en la unidad, aplicar nuevamente estos cuestionarios y valorar, si tras su intervención, existe mejoría en los resultados obtenidos al inicio.

455. EVOLUCIÓN POSTERIOR Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA COMENTADOS EN EL COMITÉ DE ONCOLOGÍA Y UCI

Aranda Martínez C^a, Amat Serna T^a, Gordillo Resina MM^b y Rivera Fernández R^a

^aComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ^bHospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar los pacientes oncológicos presentados en el Comité de Oncología y UCI de nuestro hospital que han precisado ingreso en UCI y supervivencia en el seguimiento.

Métodos: Pacientes con patología oncológica ingresados en el Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén desde el año 2019 hasta 2021, presentados en el Comité Oncología- UCI. Se han recogido datos demográficos, causa de ingreso, evolución en UCI, supervivencia al año y a los dos años de seguimiento. Hemos realizado un análisis descriptivo con SPSS.

Resultados: Un total de 140 pacientes presentados, 61% varones ($N = 85$) y una mediana de edad de 62 años (20-79). En el Comité se consensuó candidato a UCI: desestimados 24% ($N = 33$), candidatos a medidas no invasivas 29% ($N = 40$) y candidatos a medidas invasivas 48% ($N = 67$). En el ingreso inicial y valoración en comité, ingresan en UCI 7 pacientes comentados (6 de ellos eran candidatos a medidas invasivas): Tipo de tumor: 3 pacientes pancreáticos, 3 tumores digestivos y 1 pulmonar. Tratamiento administrado: quirúrgico 4/7, quimioterapia 7/7 (4 activos en el momento de la consulta), radioterapia 2/7 y uno de ellos en remisión. Causas de ingreso en UCI: 3 por I. respiratoria, 2 tras intervención quirúrgica, un paciente por shock séptico y 1 por alteraciones metabólicas. Medidas intensivas aplicadas: IOT 5/7 pacientes (1 paciente traqueotomía), ONAF 2/7 pacientes, TRRC 1/7 pacientes, vasopresores 5/7. Todos presentaron complicaciones infecciosas siendo por gérmenes Gram-lo más frecuente. En 3 pacientes se realizó LTSV tras objetivar progresión de la enfermedad oncológica, de los 4 restantes falleció uno de ellos. En el seguimiento: supervivencia al año: el 62% ($N = 85$) siguen vivos (79 candidatos a medidas invasivas, 55 a soporte total). A los dos años: 75 pacientes han precisado reingreso en el hospital (54%). 3 pacientes ingresan en UCI: dos ingresos programados postquirúrgicos que sobreviven y una paciente ingresa por shock séptico por colangitis que finalmente fallece. Supervivencia: 41 pacientes (29%), 29 pacientes eran candidatos a soporte total.

Conclusiones: La mejoría del pronóstico de los pacientes oncológicos y los avances en el tratamiento hace que algunos de ellos sean subsidiarios de ingreso en UCI, la creación de Comités de Oncología y UCI permiten seleccionar pacientes que si obtienen un beneficio al ingreso en UCI. Nuestros resultados son escasos, ya que la N de pacientes ingresados es pequeña, si podemos concluir que solo 2/31 pacientes desestimados siguen vivos a los dos años de seguimiento.

456. IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE LA CRISIS DEL COVID-19 EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HGUCR

Vicente Fernández MI, **Bueno González AM**, García del Castillo Muñoz S, Peral Santos A, Sánchez García R, Segovia L, Muñoz Moreno F, Ambrós Checa A y Molina Domínguez, E

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Analizar los resultados del proyecto de apoyo psicológico a pacientes y familiares desarrollado en la unidad de cuidados intensivos, en el marco de las necesidades emocionales generadas por la crisis de la COVID-19. Conocer los factores asociados a una intervención psicológica prolongada y establecer las necesidades de derivación a un servicio de salud mental.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo que analiza los datos locales del proyecto de intervención psicológica que se oferta a todos los pacientes y/o familiares de los ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del HGUCR desde 07/2020 a 12/2021. Se realiza un estudio comparativo de los factores relacionados con periodos de seguimiento más prolongados y con la necesidad de derivación a salud mental (SM). Análisis estadístico con software STATA 13.0.

Resultados: Se analizan a 143 pacientes y/o familias, con un total de 539 intervenciones. 352 intervenciones a familiares, 120 intervenciones mixtas a familiares y pacientes y 66 intervenciones a pacientes. El 55,11% (297) de las intervenciones fueron telefónicas. La edad media de los pacientes incluidos en el programa fue de 57,7 años (\pm 16,7 DE) y la estancia media en UCI de 32,7 días (\pm 32,8 DE). En relación a la patología que motivó el ingreso 69 pacientes (48,2%) fueron COVID y 74 pacientes (51,7%) no COVID. La estratificación de los diagnósticos al ingreso, se desglosó en: 97 (67,8%) patología médica donde se incluyen a pacientes COVID, 19 pacientes (13,2%) politraumatizados, 13 (9,09%) neurocríticos y 9 (6,29%) con patología cardíaca. La mortalidad en UCI fue del 23,08% (33). No hubo diferencias en mortalidad en pacientes COVID y no COVID (17 vs. 16; p 0,183). El periodo de seguimiento medio fue de 48 días (\pm 67 DE), con una media de 3,7 (\pm 3,6 DE) intervenciones por caso, con un mínimo de 1 intervención y un máximo de 26 intervenciones por caso. A 83 pacientes (58%) se les realizó un seguimiento pos-UCI y 12 (8,5%) pacientes/familias precisaron derivación a los servicios de salud mental. En el estudio comparativo de los grupos en función de si precisaron o no derivación a SM y o seguimiento pos-UCI, se observaron diferencias significativas en el mayor número de intervenciones y en el tipo de patología al ingreso.

Conclusiones: La integración de los psicólogos en las UCI es una necesidad, como ha puesto en evidencia la grave crisis sanitaria derivada del COVID-19. La necesidad de tiempos de intervención psicológica prolongados en determinados pacientes y la escasa necesidad de derivación a servicios de salud mental así lo indican.

457. JERARQUÍA DE NECESIDADES HUMANAS EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INGRESADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA

Molina Domínguez E^a, Díaz Álvarez JM^b y Bueno González AM^a

^aHospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ^bUNED. Departamento de Filosofía Moral y Política, Madrid.

Objetivos: La pirámide de Maslow es una teoría psicológica que aborda la jerarquía de las necesidades humanas. Su aplicación en el paciente crítico no está estudiada. El estudio tiene como objetivo el estudio de las necesidades jerarquizadas según la propuesta de Maslow.

Métodos: Estudio prospectivo de 50 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Intensiva por síndrome coronario agudo. Se analiza: motivo de ingreso, edad, necesidades fisiológicas (hemodinámica, respiratoria, homeostasis del medio interno entre otras), necesidades de seguridad física (cuidados por complicaciones, afiliación (afectividad), reconocimiento y autorrealización (aceptación de la situación y valores superiores como las creencias). Se utiliza la historia clínica, entrevista, exploración y nivel neurológico con la escala de coma de Glasgow.

Resultados: Del total de pacientes estudiados, 32 pacientes fueron varones y 18 mujeres. La edad de los pacientes fueron 61 \pm 5 años, el motivo de ingreso fue síndrome coronario agudo no complicado. Todos los pacientes estaban estables hemodinámicamente (sin precisar de fármacos vasoactivos u otros tratamientos de soporte), la escala de Glasgow fue de 15 puntos y sin focalidad neurológica, no hubo fallos de órganos recogidos por la escala SOFA. Del total de pacientes, en el 100%

se garantizó las necesidades básicas fisiológicas durante el ingreso hospitalario, la seguridad ante posibles eventos fueron vigilados, la afectividad fue cubierto por las visitas de su familiares y mínimamente por sus conocidos y amigos, todos los pacientes presentaron bajo autoestima ante la situación aguda de ingreso y las necesidad de autorrealización (creencias) fueron cubiertas durante el episodio de ingreso.

Conclusiones: En el paciente crítico ingresado en el SMI: 1. La jerarquía de necesidades humanas se mantiene según el esquema propuesto de Maslow, aunque presenta modificaciones en relación a la situación clínica concreta. 2. La necesidad de afecto y autorrealización queda limitada a necesidades relacionadas con la situación aguda de la enfermedad. 3. Las necesidades básicas fisiológicas y seguridad estuvieron perfectamente cubiertas durante el ingreso hospitalario. 4. La afectividad por amigos o conocidos fueron las necesidades menos cubiertas.

Traumatismos

Moderadores: Juan Antonio Llopart Pou y Arturo Zabalegui Pérez

458. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD PRECOZ ASOCIADA A ENFERMEDAD TRAUMÁTICA GRAVE

Fernández Rodríguez A, Barquin Rego C, Cuenca Fito E, Ceña Carazo J, del Moral de Diego A, Campos Fernández S, Feo González M, Ballesteros MA y Miñambres E

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Analizar la mortalidad precoz hospitalaria de los pacientes con enfermedad traumática grave.

Métodos: Estudio analítico unicéntrico y retrospectivo de los pacientes con enfermedad traumática grave ingresados en Medicina Intensiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Período: 2015 a 2020. La variable dependiente fue la mortalidad precoz, considerándose ésta la acontecida en las primeras 48 horas de ingreso en UCI. Se realizó análisis estratificado en función de la edad y de la presencia de shock hemorrágico. Las variables categóricas se muestran como valor absoluto y porcentaje (%) y las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión acorde a la normalidad de las mismas. Se usó la prueba t-Student o prueba U de Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas. Las variables categóricas fueron evaluadas con la prueba de χ^2 o el test exacto de Fisher.

Resultados: La mortalidad en el periodo evaluado fue 11,9% (97/815). De ellos, 28 (28,9%) fallecieron en las primeras 48 horas. Tenían 60,3 años (DE 22,8) y el 28% estaban anticoagulados. La precipitación (28,6%) destacó como el principal mecanismo del traumatismo. A su llegada a UCI, se objetivó ECG de 3 (IQR 3-7) y lactato sérico 43 (IQR 21-81). El 89% presentaba TCE y el 42,9% tenían lesiones esqueléticas. La mediana de tiempo desde ingreso hasta el *exitus* fue de 5 horas (IQR 14-32). Los pacientes añosos (> 65 años) se caracterizaron de modo significativo, por recibir anticoagulación (53,3 vs. 9; 0,002) y haber sufrido caída accidental (46,7 vs. 0; p : 0,01) como mecanismo del trauma. El shock hemorrágico fue la principal causa del *exitus* [12 casos (42,9%)]. Estos pacientes con shock hemorrágico presentaron determinaciones iniciales de lactato sérico significativamente superiores y el tiempo transcurrido hasta el óbito resultó menor (5 horas (IQR 3-9,5) vs. 30 horas (IQR 14-47)). Además presentaron traumatismo pélvico (50 vs. 12,5%; p : 0,04) y/o esquelético (66,7 vs. 25%; p : 0,027) como principales lesiones.

Conclusiones: La mortalidad precoz en la serie estudiada fue elevada. El shock hemorrágico fue la principal causa de mortalidad precoz. Las caídas en personas de edad avanzada y bajo tratamiento anticoagulante son un grupo vulnerable. El abordaje global y transversal en las fases iniciales resulta crucial para mejorar los resultados funcionales.

459. ANTICOAGULACIÓN PREVIA EN MAYORES DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA: IMPACTO Y RESULTADOS

Márquez Doblas M, Morales Varas GD, Sánchez Casado M, Morán Gallego FJ, Marina Martínez LC y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Definir el impacto en los resultados del tratamiento anticoagulante previo en los mayores de 65 años con enfermedad traumática crítica.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de los pacientes ingresados durante el periodo comprendido entre enero del 2020 y octubre del 2021 en la unidad de trauma y neurocríticos de un Hospital de tercer nivel. Se incluyeron variables demográficas, del tipo y gravedad del trauma, y de resultados de la cohorte de pacientes mayores de 65 años con y sin tratamiento anticoagulante previo. Las variables continuas se describen en medias y desviaciones estándar (DS) o medianas y rango intercuartílicos (RIQ) y se compararon con el test U de Mann Whitney o t de Student (según la normalidad); las variables categóricas se expresan en recuento y porcentaje y se contrastan con el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher (según la normalidad). Se utilizó un

nivel de significancia del 5% (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA version 13[®] (StataCorp LLC).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo un total de 248 ingresos con enfermedad traumática; de los cuales 67 (27%) eran mayores de 65 años. El 19% (13/67) de los pacientes mayores de 65 años recibían anticoagulación frente al 2% de los menores de 65 años, $p < 0,001$. La mayoría eran hombres, 62% entre los anticoagulados y 74% en los no anticoagulados, $p = 0,368$. Los anticoagulados tuvieron más necesidad de VMI (67 vs. 42%, $p = 0,04$) con similar duración de la misma. Destaca el mayor antecedente de cardiopatía entre los no anticoagulados (62 vs. 24%, $p = 0,009$). El motivo y mecanismo del trauma fue similar. No hubo

Características	No anticoagulados n=	Anticoagulados n=	p=
Edad, media (DS) años	74,25±6,17	75,76±6,72	,439
Hombres, %	40 (74)	8 (62)	,368
HTA, %	36 (67)	11 (85)	,204
Diabetes Mellitus, %	10 (19)	4 (31)	,329
Cardiopatía, %	13 (24)	8 (62)	,009
Neuropatía, %	2 (4)	2 (15)	,111
Nefropatía, %	3 (6)	1 (8)	,770
Hepatitis, %	3 (6)	0	,385
Obesidad, %	5 (9)	2 (15)	,517
Anticoagulación previa, %	15 (28)	0	,031
TCE (AIS >3), %	20 (37)	7 (54)	,273
Trauma torácico (AIS >3), %	3 (6)	3 (25)	,139
Trauma abdominal (AIS >3), %	3 (6)	0	,531
Trauma raquídeo (AIS >3), %	1 (2)	0	,717
Trauma maxilo facial (AIS >3), %	1 (2)	1 (8)	,465
Trauma ortopédico (AIS >3), %	2 (4)	2 (17)	,243
Hemoderivados y hemocomponentes en las primeras 24 h, (SI) %	10 (19)	5 (39)	,121
Hemátiles	10 (19)	3 (23)	,709
PFC	5 (9)	2 (15)	,517
Plaquetas	6 (11)	1 (8)	,718
Fibrinógeno	4 (7)	2 (15)	,366
CCP	1 (2)	3 (23)	,001
GCS al ingreso, media (DS) ptos	11,36±4,36	10,69±4,15	,621
ISS, media (DS) ptos	17,60±12,6	24,23±12,17	,093
RTS, media (DS) ptos	6,13±2,11	6,41±1,59	,663
TRISS, media (DS) ptos	29,41±33,04	31,51±32,96	,839
VMI, %	26 (48)	9 (69)	,172
Días de VMI, media (DS)	6,19±11,76	3,70±6,07	,622
Neuromonitorización, %	9 (17)	1 (8)	,415
GCS al alta, media (DS) ptos	12,33±4,12	12,08±4,52	,857
Estancia en UCI, media (DS) días	7,33±11,87	5,23±8,24	,549
Mortalidad, %	8 (15)	4 (31)	,370

DS: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; TCE: traumatismo craneoencefálico; AIS: escala de lesiones abreviada; PFC: plasma fresco congelado; CCP: complejo protrombínico; GCS: escala de Glasgow; ISS: Injury Severity Score; RTS: Revised Trauma Score; TRIS: Trauma Injury Severity Score; VMI: ventilación mecánica invasiva.

diferencias en relación a la gravedad del trauma, sin embargo hubo un mayor requerimiento de concentrado de complejo protrombínico (23 vs. 2%, $p = 0,001$). No hubo diferencias tanto en el GCS al alta como en la estancia y mortalidad en UCI.

Conclusiones: El tratamiento anticoagulante es bastante prevalente en la población mayor de 65 años. A pesar de las implicaciones fisiopatológicas del tratamiento anticoagulante, en nuestra cohorte no hubo diferencias en cuanto a mortalidad, estancias y resultados funcionales. Los pacientes anticoagulados recibieron con mayor frecuencia terapia con CCP.

461. CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

Rodríguez Martínez ZR, Hernández Piard M y León Sosa R

Clinica Remei, Barcelona.

Objetivos: Determinar la caracterización de pacientes con trauma craneoencefálico grave y criterios para craneotomía descompresiva. Correlacionar su evolución según escalas pronóstico.

Métodos: Estudio observacional prospectivo descriptivo en periodo mayo 2019-mayo 2021 en Unidad Cuidados Intensivos de Hospital Universitario Faustino Pérez Matanzas. Cuba Universo: pacientes con trauma craneoencefálico grave admitidos en UCI con criterios para craneotomía descompresiva según protocolos establecidos y se les aplicaron las escalas clínicas y tomográficas definidas para este estudio ($n = 29$). Criterios de exclusión: pacientes fallecidos durante el proceder quirúrgico. Se confecciona base de datos en sistema SPSS versión 20 para Windows 10. Se confeccionan tablas simples y de doble entrada que permitieron describir grado de asociación y significación estadística mediante chi cuadrado, prefijando 5% como significación. El análisis bivariado se complementó con análisis descriptivo, tomando modelo logístico binario de regresión. Se tomaron en cuenta y respetaron principios bioéticos para la investigación, aprobada en Consejo Científico.

Resultados: Las edades predominantes estuvieron en los mayores de 60 años (89,7%). Se distribuyen según escalas clínicas: Glasgow (inicio/72 h) observándose mejoras en cada rango a 72 h, sin embargo con el FOUR se evidencia significación estadística como predictor de gravedad y mortalidad; en rango menos de 8 puntos al inicio fallecen 83,3% y 100% a las 72 h. Con escalas tomográficas, el comportamiento según Marshall se obtuvieron resultados esperados, grado VI 100% mortalidad, grado IV 54,5%. Al aplicar escala Rotterdam con 3 puntos estuvieron 51,7% inicio, con mejoría a las 72 h. Analizando ambas escalas tomográficas en relación a la decisión para craneotomía descompresiva se observó que se optó por Marshall al 81,8%, sin embargo si se hubiese valorado por Rotterdam se hubiesen incluido 15 pacientes más. Predominaron los pacientes que aún con criterios no se les realizó craneotomía descompresiva, aportando una mayor mortalidad (66,7%).

Conclusiones: El universo de pacientes a los que se les realizó craneotomía descompresiva no siempre estuvo respaldado con criterios basados en escalas pronóstico. Entre las escalas clínicas resultó la FOUR mejor predictiva y entre las escalas tomográficas la Rotterdam aportó igualmente mejores criterios inclusivos para definir sobre técnica quirúrgica. Se evidencia que basado en criterios adecuados los pacientes se benefician con la craneotomía descompresiva temprana.

462. FACTORES ASOCIADOS AL FRACASO RENAL EN PACIENTES CON RABDOMIÓLISIS DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Vilanova Corsellas J, Rubio Ruiz J, Servia Goixart L, Montserrat Ortiz N, Badia Castello M, Jiménez Jiménez G, Caballero López J, Pujol Freire A, Morales Hernández D y Trujillano Cabello J

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Los pacientes que han sufrido un politraumatismo grave presentan un riesgo elevado de rabdomiólisis y pueden desarrollar un fracaso renal (FR). El objetivo es encontrar factores asociados al desarrollo de FR en pacientes con rabdomiólisis de origen traumático ingresados en UCI.

Métodos: Estudio prospectivo observacional pacientes traumáticos graves ingresados en la UCI de hospital de segundo nivel (enero 2015-diciembre 2021) según registro RETRAUCI. Se define rabdomiólisis creatinínica $CK > 1000$ u/l y FR según criterios RIFLE. Variables recogidas dentro del proyecto RETRAUCI y añadidas las cifras urea, creatinina y CK al ingreso, 1, 2 y 3 día de estancia. Estadística diferencial entre presencia o no de FR según test de chi-cuadrado o de Mann-Whitney. Análisis

de correlación mediante coeficiente de correlación de Spearman. Modelo multivariable de árbol de clasificación tipo CART (Classification and Regression Tree) para factores de FR evaluado mediante análisis ROC.

Resultados: De los 424 pacientes ingresados en UCI, 82 (19,33%) desarrollaron rabdomiólisis y 1 paciente se excluyó por falta de datos. De los 81 pacientes evaluados presentaron FR 53 (65,4%). Los pacientes con FR eran más mayores (medianas de edad de 51 (35-45) vs. 44 (25-54) $p = 0,032$); mayor nivel de gravedad ISS (29 (25-41) vs. 25 (17-34) $p = 0,045$); más fracaso hemodinámico (58,5 vs. 35,7% $p = 0,043$), y estancia (7 (3-14) vs. 3 (2-7) $p = 0,017$). No encontramos diferencias en mortalidad (15,1 vs. 3,6% $p = 0,117$), mecanismo lesional, sexo, indicación quirúrgica, alteración anatómica o presentación de fracaso respiratorio o coagulopatía. Si pico de CK se produce al ingreso (81,8% FR), el 1 día (43,2% FR), el 2 día (81,0% de FR) y el 3 día (91,7% FR). La escala RIFLE no se correlaciona con los niveles de CK (0,007 $p = 0,950$), si con la edad (0,298 $p = 0,007$). La edad se correlaciona con los niveles de creatinina (0,320 $p = 0,004$), urea (0,376 $p = 0,001$) y CK (-0,227 $p = 0,042$). El modelo CART selecciona como primera variable el día de pico de CK, punto de corte de edad en 30,5 años diferencia entre una probabilidad de FR del 10,0% al 55,6%. Si el pico no es el primer día, es el valor mín de CK el que delimita una probabilidad de FR entre el 50,0 y el 89,5%. El modelo obtiene un área bajo la curva ROC de 0,80 (0,70-0,90).

Conclusiones: Los niveles CK máx no se asociaron con una mayor probabilidad de presentar FR. El día de mayor pico de CK influye. En los pacientes que hacen el pico de CK el primer día de ingreso en UCI es la edad la que condicionará el fracaso renal. Si el pico se obtiene al ingreso o en los días 2 o 3, es el nivel de CK mín el que influye como factor de presentar FR.

463. FACTORES DE RIESGO DE RABDOMIÓLISIS EN PACIENTES TRAUMÁTICOS INGRESADOS EN UCI

Rubio Ruiz J, Jiménez Jiménez G, Servia Goixart L, Vilanova Corsellas J, Badia Castello M, Montserrat Ortiz N, Caballero López J, Pujol Freire AE, Morales Hernández DA y Trujillano Cabello J

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Objetivos: Analizar los factores que intervienen en el desarrollo de rabdomiólisis en los pacientes traumáticos graves tras su ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes traumáticos graves ingresados en la UCI (enero 2015-diciembre 2021) según registro RETRAUCI. Se define rabdomiólisis con creatinínica (CK) > 1.000 u/l. Se analizan variables demográficas, mecanismo lesional, intervención quirúrgica urgente (< 24 h), gravedad (ISS, RTS), región anatómica (MAIS ≥ 3) lesionada y repercusión orgánica: hemodinámica (HDM), respiratoria (RESP), coagulopatía (COAG) y fracaso renal (IRA) según RIFLE. Estancia UCI y mortalidad hospitalaria a 28 días. Análisis mediante test de chi cuadrado o Mann Whitney, y modelo de regresión logística binaria múltiple para determinar los factores asociados a presentar rabdomiólisis (cálculo de OR e IC95%). Valoración del modelo mediante curva ROC.

Resultados: De los 424 pacientes ingresados en UCI, 82 (19,33%) desarrollaron rabdomiólisis. Se trata de pacientes jóvenes [47 (34-62) vs. 53 (39-68)]; $p = 0,048$, ingresados por un mecanismo de alta energía: coche (39 vs. 25,1%), otro vehículo (7,3 vs. 2,9%) y precipitación (26,8 vs. 12,6%). Mayor gravedad ISS [25 (18-34) vs. 17 (13-25); $p < 0,001$]. Las regiones anatómicas más afectadas fueron abdomen (32,9 vs. 13,7%; $p < 0,001$), extremidades inferiores (51,2 vs. 9,4%; $p < 0,001$) y extremidades superiores (4,9 vs. 0,6%; $p = 0,003$) que requirieron intervención quirúrgica urgente (45,1 vs. 12,9%; $p < 0,001$). Se asocia a fracaso orgánico HDM (52,4 vs. 18,4%; $p < 0,001$), RESP (18,3 vs. 7,6%; $p = 0,003$), COAG (37,8 vs. 11,4%; $p < 0,001$) e IRA (65,9 vs. 19,6%; $p < 0,001$). Los pacientes con rabdomiólisis tienen una mayor estancia mediana [6 (3-12) vs. 3 (2-6); $p = 0,003$] sin una mayor mortalidad (12,2 vs. 10,8%; $p = 0,721$). Los factores asociados a rabdomiólisis fueron: ISS [OR = 1,039 (1,008-1,071); $p = 0,013$], fracaso HDM [OR = 2,13 (1,116-4,064); $p = 0,022$], con mecanismo de alta energía [OR = 8,028 (1,848-34,871); $p = 0,005$], cirugía urgente [OR = 3,590 (1,913-6,737); $p < 0,001$] y lesión de las extremidades inferiores [OR = 4,488 (2,397-8,402); $p < 0,001$]. Área bajo la curva ROC de 0,86 (0,81-0,90).

Conclusiones: Cerca del 20% de los pacientes traumáticos graves desarrollan rabdomiólisis. Los factores que se asocian a su desarrollo son la gravedad anatómica de las lesiones, producida por un mecanismo de alta energía, asociada a inestabilidad hemodinámica e intervención quirúrgica urgente por lesiones de las extremidades inferiores.

464. IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIAGREGANTE EN EL PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS CON ENFERMEDAD TRAUMÁTICA CRÍTICA

Márquez Doblas M, Morales Varas GD, Sánchez Casado M, Morán Gallego FJ, Marina Doblas LC, Sánchez Carretero MJ, Alonso Ciria E, Buj Vicente M, Calle Flores A y País Sánchez-Malingre V

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

Objetivos: Analizar el impacto y los resultados de la ingesta de antiagregación plaquetaria en los pacientes mayores de 65 años ingresados en UCI con enfermedad traumática crítica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI por enfermedad traumática entre enero del 2020 y octubre

del 2021 en un Hospital Universitario de referencia regional para enfermedad traumática grave y neurocríticos. Se revisaron variables demográficas, de gravedad y resultados de toda la cohorte de pacientes mayores de 65 años con y sin tratamiento antiagregante previo. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de χ^2 ; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon mediante t de Student. Se utilizó un nivel de significancia del 5% (bilateral). El análisis se realizó utilizando STATA version 13[®] (StataCorp LCC).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo un total de 248 ingresos con enfermedad traumática; de los cuales 67 (27%) eran mayores de 65 años. El 22,3% (15/67) de los pacientes mayores de 65 años recibían antiagregación plaquetaria frente al 3,3% de los menores de 65 años,

Características	No antiagregados n=62 (78%)	Antiagregados n=16 (22%)	p=
Edad, media (DE) años	74,69±6,01	74,06±7,24	,736
Hombres, %	36 (58)	12 (80)	,415
HTA, %	35 (57)	12 (80)	,244
Diabetes Mellitus, %	8 (15)	6 (40)	,039
Cardiopatía, %	13 (25)	8 (53)	,037
Neumopatía, %	2 (4)	2 (13)	,172
Nefropatía, %	3 (5)	1 (7)	,897
Hepatopatía, %	1 (2)	2 (13)	,060
Obesidad, %	4 (8)	3 (20)	,170
Anticoagulación previa, %	13 (25)	0	,031
TCE (AIS >3), %	19 (36)	8 (53)	,520
Trauma torácico (AIS >3), %	5 (10)	1 (7)	,423
Trauma abdominal (AIS >3), %	3 (6)	0	,363
Trauma raquídeo (AIS >3), %	1 (2)	0	,363
Trauma maxilofacial (AIS >3), %	2 (4)	0	,618
Trauma ortopédico (AIS >3), %	4 (8)	0	,528
Hemoderivados y hemocomponentes en las primeras 24 h, (SI) %	13 (25)	2 (13)	,340
Hemátiles	11 (21)	2 (13)	,500
PPC	7 (14)	0	,133
Plaquetas	7 (14)	0	,133
Fibrinógeno	6 (12)	0	,168
CCP	5 (10)	0	,459
GCS al ingreso, media (DE) ptos	11,35±4,23	10,79±4,69	,669
ISS, media (DE) ptos	19,22±13,89	17,87±7,79	,721
RTS, media (DE) ptos	6,17±2,09	6,26±1,78	,871
TRISS, media (DE) ptos	31,12±34,68	26,84±26,52	,591
VMI, %	26 (50)	9 (60)	,495
Días de VMI, media (DE)	5,90±11,89	5,08±6,96	,822
Neuromonitorización, %	5 (10)	5 (33)	,023
GCS al alta, media (DE) ptos	12,84±3,64	10,29±5,35	,042
Estancia en UCI, media (DE) días	7,00±11,54	6,66±10,48	,920
Mortalidad, %	7 (14)	5 (33)	,190

DS: desviación estándar; HTA: hipertensión arterial; TCE: traumatismo craneoencefálico; AIS: escala de lesiones abreviada; PPC: plasma fresco congelado; CCP: complejo protrombínico; GCS: escala de Glasgow; ISS: Injury Severity Score; RTS: Revised Trauma Score; TRIS: Trauma Injury Severity Score; VMI: ventilación mecánica invasiva.

$p < 0,001$. La mayoría eran hombres, 80% entre los antiagregados y 69,2% en los no antiagregados, $p = 0,415$. Los antecedentes de diabetes mellitus (40 vs. 15%, $p = 0,03$) y cardiopatía (53 vs. 25%, $p = 0,03$) eran más prevalentes entre los antiagregados; No hubo diferencias significativas entre el tipo de trauma. Los índices de gravedad (ISS, GCS, RTS) fueron similares. Al alta de UCI, los antiagregados presentaban un peor GCS (10 vs. 13 pts, $p = 0,04$) y una mayor mortalidad (33 vs. 14%, $p = 0,048$).

Conclusiones: Los pacientes mayores de 65 años representan una proporción importante de los pacientes con enfermedad traumática que ingresan en UCI. La comorbilidad y la antiagregación previa es frecuente en este grupo de edad. Los pacientes mayores de 65 años antiagregados tienen una mayor frecuencia de lesiones graves con un nivel similar de daño (ISS) y con mecanismos de lesión de menor energía, lo que puede condicionar una mayor mortalidad.

465. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LA EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO DE TERCER NIVEL

Fernández Hervás H, Barea Mendoza J, García Fuentes C y Chico Fernández M
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir la influencia de la incidencia de coronavirus sobre la epidemiología de la enfermedad traumática grave tras el estado de alarma.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye a los pacientes con enfermedad traumática que ingresan en la UCI de trauma y emergencias del hospital 12 de Octubre de Madrid, así como los datos de casos declarados de infección por SARS-CoV-2 a nivel estatal recogidos por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica durante el periodo comprendido entre el 10 de mayo de 2020 y el 29 de enero de 2021. Análisis de correlación cruzada entre los ingresos de pacientes con enfermedad traumática grave y los casos declarados de infección por SARS-CoV-2 semanalmente. Analizamos la posible asociación entre la incidencia de SARS-CoV-2 y los diferentes motivos de lesión. Para ello realizamos un análisis univariante de los motivos del trauma comparando las incidencias de los diferentes motivos de trauma entre las semanas de mayor y de menor incidencia, usando la mediana de casos declarados semanalmente para el periodo como punto de corte.

Resultados: Se incluyó a 663 pacientes con enfermedad traumática en un periodo de 90 semanas (tabla 1). El análisis de correlación cruzada mostró relación inversa significativa ($p < 0,05$) entre los ingresos y los casos declarados de SARS-CoV-2 para lag 0 y 1 (coeficientes r de Pearson -0,226 y -0,225 respectivamente). El resultado del análisis univariante se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Características demográficas.

	Total n = 663
Edad*	43,8 (17,7)
Hombres	78,6%
ISS*	17,9 (12,4)
Tráfico	33,2%
Agresión	15,8%
Deportivo	12,1%
Laboral	11,6%
Caída accidental	11,3%
Autolisis	10,1%
Otros	3,77%
Desconocido	2,11%

Tabla 2. Análisis univariante de los motivos de trauma según la incidencia de SARS-CoV-2

Incidencia semanal	Alta n = 45	Baja n = 45	p-valor
Ingresos	6 [5;8]	8 [6;1]	0,02
Incidencia semanal	Alta n = 45	Baja n = 45	p-valor
Tráfico	2 [1;3]	3 [2;3]	0,01
Agresión	1 [0;2]	1 [0;2]	0,85
Deportivo	1 [0;1]	1 [0;2]	0,22
Laboral	1 [0;1]	1 [0;1]	0,5
Caída	1 [0;1]	1 [0;1]	0,42
Autolisis	1 [0;1]	1 [0;1]	0,44
Otros	0 [0;0]	0 [0;1]	0,91
Desconocido	0 [0;0]	0 [0;0]	0,25

Conclusiones: Se observa correlación inversa leve pero significativa entre los casos notificados de infección por SARS-CoV-2 y los ingresos con enfermedad traumática en nuestro centro durante el periodo estudiado, estando motivada por una disminución de los ingresos relacionados con accidentes de tráfico.

466. LESIONADOS MEDULARES EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Jiménez Alfonso AF^a, Sanlés González I^b, Baena Caparrós J^a, Acuña Vargas M^a, Rey Pérez A^a, Vallés Angulo S^a, Araoz Illanes R^a, Monforte Alemany R^a, Domínguez Censano L^a y Baguena Martínez M^a

^aHospital Universitari de Traumatologia Vall d'Hebron, Barcelona. ^bHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con lesión medular en una Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con lesión medular en una UCI especializada del Hospital Vall d'Hebron, desde el 1-01-2019 a 31-12-2020.

Resultados: Se analizaron un total de 95 pacientes. Edad media de 53,5 [16-85] años. El 75% eran hombres. Estancia media de 6 [0-61] días. Según el tipo de accidente las caídas desde propia altura constituyeron más de un tercio, seguido de accidentes de tráfico y actividades deportivas. Los pacientes que sufrieron caída desde propia altura eran más longevos, mientras que los que sufrieron accidentes por inmersión más jóvenes ($p < 0,001$). La estancia media fue superior en pacientes ingresados por intento autolítico y accidentes de tráfico ($p < 0,001$) (tabla). La lesión de la medula espinal cervical fue la más afectada (69,5%). En cuanto al tipo de lesión más de la mitad de los casos fueron incompletas. Corticoterapia en 39 pacientes: 34 lesiones medulares incompletas ($p < 0,001$). Intervenciones quirúrgicas 85%: 37% en < 48 horas. Requirieron reintubación 5 pacientes, todos lesionados medulares completos: 4 cervicales y 1 dorsal ($p < 0,05$). Traqueostomía percutánea en 14 pacientes. 9/14 en < 7 días. 7/14 lesionados medulares cervicales ($p = 0,09$). Fallecieron 10 pacientes, edad media 77,8 años vs. pacientes no fallecidos 50,5 años ($p < 0,001$). 6/10 fallecidos por caída desde propia altura (tabla).

Tabla 1. Características según el tipo de accidente.

TIPO DE ACCIDENTE	N	EDAD MEDIA (años)	ESTANCIA MEDIA (días)	EXITUS
CAIDA CASUAL PROPIA ALTURA	31	65.2	5.3	6
ACCIDENTE DE TRAFICO	21	43.8	16.2	1
CAIDA EN DEPORTE	17	50.4	7.4	0
CAIDA DE ALTURA	13	53.1	7.4	2
AUTOLISIS	5	39.0	17.0	0
INMERSION	3	37.3	3.7	0
CAIDA ESCALERA	3	59.0	5.3	1
APLASTAMIENTO MAQUINARIA	2	56.5	5.5	0

Conclusiones: Debido al envejecimiento son más frecuentes las lesiones medulares secundarias a caídas desde propia altura, mientras que la población joven sufren más lesiones secundarias a actividades deportivas. Las estancias medias se ven prolongadas en pacientes que presentan traumatismos más graves, como accidentes de tráfico e intentos autolíticos. La mayor incidencia de lesión medular cervical se debe a la vulnerabilidad por exposición que presenta el cuello en comparación con la columna dorsal y lumbar. Los pacientes con lesión medular cervical completa presentan mayor insuficiencia respiratoria probablemente secundaria a disfunción diafragmática y mal manejo de secreciones, por ende, presentan un mayor número de reintubaciones y traqueostomías tempranas. La mortalidad se ve incrementada por la longevidad de los pacientes.

467. LESIONES ASOCIADAS AL CINTURÓN DE SEGURIDAD, ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ASOCIACIÓN CON SITUACIÓN HEMODINÁMICA Y NECESIDAD DE CIRUGÍA

Chicote Carasa Y, Quilez Trasobares N, García Fuentes C, Barea Mendoza JA y Chico Fernández M

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: La evidencia respalda el uso del cinturón con la disminución de la morbimortalidad en los accidentes de tráfico, sin embargo el

uso de los sistemas de restricción se ha relacionado con otro grupo de lesiones que debemos conocer (síndrome del cinturón) y sospechar en caso de detectar el signo del cinturón. El objetivo primario es el estudio descriptivo de las lesiones por cinturón; como objetivos secundarios describir su asociación con el perfil de ingreso, así como hallazgos y tratamientos realizados.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo en una UCI de trauma desde 2007 a 2021, con criterios de inclusión (> 16 años, necesidad de ingreso en UCI por situación clínica y lesión por cinturón en pared abdominal o cutánea y lesión abdominal, mesentérica o víscera hueca, incluidas dentro del espectro del síndrome). Las variables cuantitativas se presentan como media (\pm DE) o mediana (RIC), y las variables cualitativas como medida de proporción (porcentaje). Así mismo, se realiza comparación de medias independientes con t de Student o con la U de Mann-Whitney con el paquete estadístico SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, 59% hombres y 41% mujeres con una edad media de 43 \pm 18 años, presentando trauma grave con una mediana de ISS de 24 (RIQ 13-33). La biomecánica del accidente demostraba una predominancia de choque frontal o contra objeto fijo (70%). El síndrome se presentó en forma de: lesión de víscera hueca (64%), lesión mesentérica (79%), lesión en pared abdominal (42%), lesión vertebral (21%) y lesión torácica (70%, en forma de trauma costal o lesión pulmonar). El 49,4% se presentaron inestables hemodinámicamente al ingreso, precisando el 60,2% cirugía en las primeras 24h, encontrando en el 51,8% hemoperitoneo y en el 27,7% perforación en el tubo digestivo. Se definieron dos patrones: el 49,4% de los pacientes se presentaron con inestabilidad, con tiempos más cortos a la cirugía (media 3,3 \pm 2,6 h) hallando hemoperitoneo más frecuentemente ($p = 0,002$, IC 5,2-20,5) y un segundo patrón de estabilidad (50,6%) con tiempos más largos a la cirugía (media 10,4 \pm 10,3 h) y una tendencia no significativa a mayor lesión de víscera hueca (27%).

Conclusiones: El síndrome del cinturón engloba una serie de lesiones con una importante morbimortalidad. La mayoría de los casos son tras una colisión frontal, la mitad de ellos presentaron algún grado de inestabilidad, precisando la mayoría de cirugía en las primeras horas y destacando el hemoperitoneo y la perforación como dos de los hallazgos más frecuentes.

Infección/Antibióticos 10

Moderadores: Francisco Álvarez Lerma y Pedro Rascado Sedes

468. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DEMOGRÁFICO DEL PACIENTE INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) Y ANÁLISIS DE VARIABLES DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

Mucientes Peinador E, Vázquez Suero A, Mamolar Herrera N, Artola Blanco M, Pérez Gutiérrez JE, Curieses Andrés CM, Bustamante Munguira E, Citores González R, Khandji Aslan HG y Alonso Fernández JI

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Analizar el perfil demográfico en las etapas de la pandemia. Estudiar posibles factores asociados al pronóstico para optimizar la atención sanitaria y resultados. Describir las variables implicadas en cada periodo y las posibles causas diferenciales.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la evolución de la pandemia por periodos coincidentes con una aproximación temporal de las seis olas descritas epidemiológicamente a nivel comunitario. En un hospital terciario de 800 camas en el que la UCI tuvo que ampliarse, se estudia el perfil demográfico, estancia media en planta y UCI, gravedad (APACHE II) y resultados analizando las variables en cada periodo.

Resultados: 326 ingresos en UCI desde marzo de 2020 a enero de 2021. Se divide el estudio en 6 periodos. En todos, hay un mayor ingreso de varones. La edad media es similar en ambos sexos, registrándose un descenso significativo en el cuarto periodo. El tiempo hasta el ingreso en UCI se incrementa en el cuarto, descendiendo significativamente en el sexto. Asimismo, los *exitus* descienden a un 6% con un 88% de altas en el cuarto periodo con respecto al resto. La estancia media en UCI desciende progresivamente. La gravedad desciende en el cuarto y quinto periodo (fig. 1).

Figura 1 Póster 468

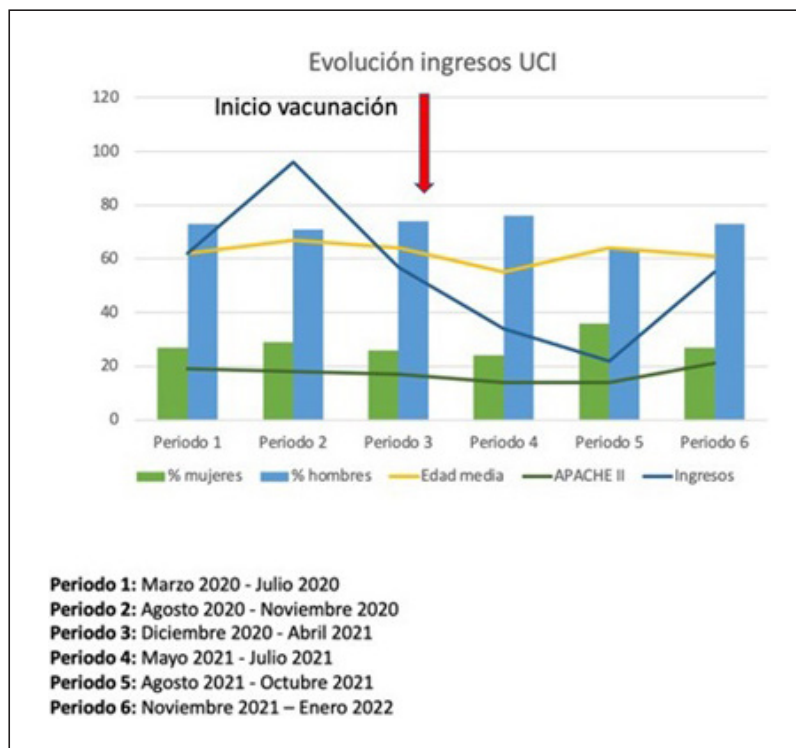
		Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Periodo 4	Periodo 5	Periodo 6
Sexo	F	27%	29%	26%	24%	36%	27%
	M	73%	71%	74%	76%	64%	73%
Edad (\bar{x}) (σ)	F	67.65 (σ 14.17)	66.64 (σ 14.58)	66.46 (σ 9.18)	55.38 (σ 15.96)	66.38 (σ 16.02)	63 (σ 11.25)
	M	59.87 (σ 15.39)	66.57 (σ 11.58)	60.88 (σ 12.98)	54.86 (σ 14.33)	65.85 (σ 12.51)	60.15 (σ 13)
Estancia media en planta (días)		3.84	3.93	3.59	4.58	3.09	2.4
Estancia media en UCI (días)		17.82 σ 19.92	32.22 σ 38.74	29.31 σ 36.14	20.64 σ 30.39	13.45 σ 14.40	9.33 σ 11.52
Resultado	E	32%	25%	31%	6%	36%	
	T	5%	6%	2%	6%	9%	
	A	63%	69%	67%	88%	55%	
APACHE II (\bar{x})		19.21 σ 8.67	17.56 σ 6.76	17 σ 8.12	13.75 σ 5.86	13.81 σ 6.69	20.76 σ 11.23
Nº ingresos UCI		62	96	57	34	22	55

Periodo 1: Marzo 2020 - Julio 2020
Periodo 2: Agosto 2020 - Noviembre 2020
Periodo 3: Diciembre 2020 - Abril 2021
Periodo 4: Mayo 2021 - Julio 2021
Periodo 5: Agosto 2021 - Octubre 2021
Periodo 6: Noviembre 2021 – Enero 2022

Total pacientes COVID positivo en UCI: 326
E: éxitus T: traslados A: altas

Periodo 6 incompleto y no definitivo. Se desconoce a fecha de 26 de Enero la totalidad de resultados

Figura 2 Póster 468



Conclusiones: El perfil del paciente en la cuarta ola con una edad media menor de los ingresados en UCI, coincidente con un inicio de la vacunación de los mayores durante la tercera, refleja el resultado de esta actuación. Durante este periodo, la estancia media en planta hasta el ingreso en UCI se incrementa transmitiendo, por tanto, una menor gravedad (APACHE II). La sexta ola, en la que la transmisión es mayor pero con un cambio de variante dominante a nivel comunitario, se caracteriza por una edad media inferior al resto de olas pero sin llegar a la del cuarto periodo, con una estancia media inferior en planta pero también inferior en UCI. Quizá estos últimos resultados, sean reflejo de una mayor experiencia y mejor manejo del paciente, ya que la gravedad del paciente se mantiene similar a las previas (fig. 2).

469. EXPERIENCIA EN LA UCI DE UN HOSPITAL MONOGRÁFICO COVID-19

Jiménez Sánchez M, Rufo Tejeiro O, Adriaensens Pérez M, Gallego Texeira I y Amaya Villar R

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en UCI de un hospital monográfico COVID-19, y la morbimortalidad asociada.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por neumonía COVID en una UCI de un hospital monográfico COVID-19 desde su apertura el 1 de febrero 2021 hasta el 31 de diciembre de 2021. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, estado de vacunación, factores de riesgo cardiovascular, soporte respiratorio, ventilación mecánica invasiva (VM), días de estancia y mortalidad en UCI. Las variables cuantitativas se analizaron mediante medias \pm desviaciones estándar y las cualitativas mediante porcentaje (%). Análisis estadístico mediante programa SPSS 18.

Resultados: Doscientos tres pacientes ingresaron en UCI por neumonía grave por SARS-CoV-2. La edad fue 57 ± 12 años, hombres (74%). El 84% fueron no vacunados, 13% tuvieron vacunación completa y un 3% vacunación incompleta. En los antecedentes predominaron la hipertensión arterial (45%), obesidad (43%) diabetes mellitus (23%) y dislipemia (29%). El 15% fueron inmunodeprimidos. Todos los pacientes recibieron tratamiento con dexametasona, el 68% y 13% de los pacientes recibieron una dosis o dos dosis de tocilizumab, respectivamente. El 15% de los pacientes precisaron terapia de alto flujo nasal, con una media de 2 ± 2 días. El 85%

fueron intubados, con 19 ± 17 días de VM. El 84% precisaron maniobra de pronó. 56 pacientes (27,5%) requirieron traqueostomía percutánea. Tres pacientes recibieron soporte con membrana de oxigenación extracorpórea venovenosa. Durante su evolución desarrollaron las siguientes complicaciones: neumonía asociada a VM precoz (21%) y tardía (54%), polineuropatía del paciente crítico (36%), trombosis (11%), hemorragia (10%) e infecciones por gérmenes multirresistentes (10%). Precisaron terapia de reemplazo renal el 13%. La estancia en UCI fue de 21 ± 18 días. La mortalidad fue del 24,6%, por hipoxemia refractaria (49%), fracaso multiorgánico (45%), y un 6% por tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones: El hospital monográfico COVID-19 se abrió como hospital de referencia para la atención de pacientes COVID-19 de la provincia, contribuyendo a mantener la atención no covid en el resto de centros de la provincia. Los pacientes ingresados en la UCI de este hospital monográfico COVID-19 fueron predominantemente varones, hipertensos, obesos y no vacunados. Han presentado una elevada morbimortalidad aunque menor a la media nacional, que pone de manifiesto el valor de estos hospitales monográficos.

470. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE UN HOSPITAL COMARCAL

Alonso Iglesias Á, Álvarez Macías A, Salgado Villén M, Torcuato Barrera RA, Cózar Benjumea M y Úbeda Iglesias A

Complejo Hospitalario Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad en los pacientes ingresados por infección COVID-19 desde el inicio de la pandemia hasta diciembre de 2021.

Métodos: Análisis de una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 15 camas entre 2019 y 2021. Se registraron variables demográficas, comorbilidad, factores de riesgo, escalas de gravedad, días de estancia en UCI y hospitalaria, antibioterapia recibida, determinaciones analíticas, aislamientos microbiológicos, parámetros ventilatorios y mortalidad. Análisis estadístico: variables numéricas (media y desviación típica o mediana y RIQ) y categóricas (frecuencias y porcentajes). Comparaciones: pacientes con infección COVID-19 vs. pacientes con otras patologías. Test χ^2 (porcentajes) y test de Student (medias) o Wilcoxon-test (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes. Fallecidos (n = 98). Hombres (78,6 vs. 52,3%, p < 0,001), edad (65,77 [± 11,29] vs. 57,18 [± 14,27], p < 0,001), SAPS II (29,5 [13] vs. 23 [13], p < 0,001), APACHE II (12 [6] vs. 8 [5,25], p < 0,001), estancia en UCI (14 [15] vs. 8,5 [13,5], p < 0,05), CVC (94,9 vs. 56,8, p < 0,001), VM (90,8 vs. 38,6%, p < 0,001), días VM (10 [15] vs. 0 [10,75], p < 0,001), SU (100 vs. 86,4%, p < 0,001), días SU (13 [14,5] vs. 10 [15], p < 0,001). Modo VM inicial (p = 0,001): VMNI (64,5 vs. 44,4%), ONAF (3,2 vs. 25%), VM-VCRP (29 vs. 22,2%). Modo VM 24 h (p < 0,001): VMNI (50,5 vs. 38,9%), ONAF a las 24 horas (2,1 vs. 25%), VMI-VCRP (44,3 vs. 30,6%). FiO2 24 h (0,9 [0,25] vs. 0,75 [0,37], p < 0,001) y SatO2 24 h (95 [5] vs. 97 [3,5], p < 0,001). Lesión renal aguda (29,6 vs. 2,3%, p < 0,001). Uso de TDE (25,5 vs. 2,3%, p < 0,001). Al ingreso: LDH (563 [291,25] vs. 464 [151], p < 0,001), PCR (123,95 [115] vs. 71,45 [104,47], p = 0,011), PCT (0,17 [0,37] vs. 0,09 [0,11], p = 0,008), Tnl (11,25 [67,37] vs. 0 [0] p < 0,001). A las 48 horas: LDH (608 [318] vs. 398,5 [173,25], p < 0,001), PCR (104,55 [142,57] vs. 49,25 [57,35], p = 0,002), PCT (0,21 [0,52] vs. 0,05 [0,11], p < 0,001), dímero-D (2.289 [6.921] vs. 984 [2.169,5], p = 0,001), Tnl (14,25 [62,07] vs. 0 [6,6], p = 0,012). Infección intra-UCI (p = 0,003): NAVM (10,2 vs. 4,5%), BRC (12,2 vs. 4,5%). Regresión logística: hombre (OR 9,17 [IC95%,

2,53-39,21], p = 0,001), edad (OR 1,07 [IC95%, 1,01-1,13], p = 0,018), VM (OR 55,02 [IC95%, 12,25-396,24], p < 0,001), PCT 48 horas (OR 3,85 [IC95%, 1,43-15,31], p = 0,017).

Conclusiones: El sexo masculino, la edad, la ventilación mecánica y la PCT a las 48 horas de ingreso se asociaron de manera independiente a mayor mortalidad en pacientes con infección COVID-19 que ingresan en UCI.

471. FACTORES INFECCIOSOS ASOCIADOS A MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL PACIENTE COVID-19 GRAVE INGRESADO EN UCI

Ruiz de Santaquiteria Torres V, Arriero Fernández N, Estrella Alonso A, Eguileor Marín Z, Copa Morales JP, Albaya Moreno A, Castiñeiras Amor B, Fernández Tobar R, Pérez de Madrid S y Silva Obregón JA

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Objetivos: Las coinfecciones bacterianas, virales o fúngicas (habitualmente citomegalovirus (CMV) y *Aspergillus* spp.) juegan un papel importante en el aumento de morbilidad en la Unidad de Cuidados

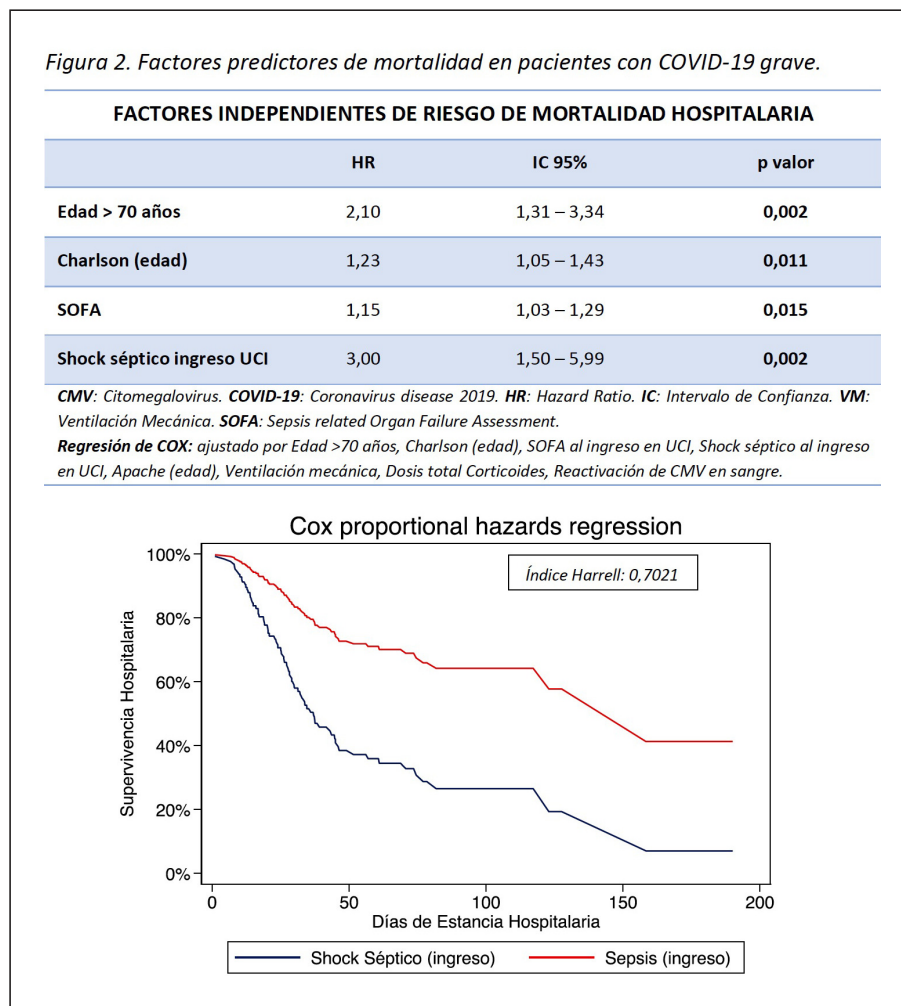
Figura 1 Póster 471

Figura 1. Parámetros sociodemográficos, basales, evolución clínica, coinfecciones y estancia en UCI de los pacientes.

Variable	Total (N = 246)	Muerto (n=74)	Vivo (n=172)	OR (IC 95%)	p
PARÁMETROS BASALES AL INGRESO					
Edad	65.4 (56,6 – 72,2)	71,2 (63,1 – 75,5)	62,1 (53,2 – 69,7)	1,08 (1,05 – 1,12)	< 0,001
Ancianos (> 70 años)	81 (32,9)	41 (55,4)	40 (23,3)	4,1 (2,30 – 7,32)	< 0,001
Sexo Masculino	174 (70,7)	52 (70,3)	122 (70,9)	0,97 (0,53 – 1,76)	ns
IMC	28,2 (25,4 – 31,2)	27,7 (24,8 – 29,4)	28,5 (25,7 – 32,7)	0,93 (0,88 – 0,99)	0,021
Charlson (edad)	0 (0 – 1)	1 (0 – 2)	0 (0 – 1)	1,58 (1,24 – 2,02)	< 0,001
Diabetes	77 (31,3)	30 (40,5)	47 (27,3)	1,81 (1,02 – 3,21)	0,042
EPOC	11 (4,47)	5 (6,8)	6 (3,5)	2,0 (0,59 – 6,79)	ns
Inmunosupresión	21 (8,54)	10 (13,5)	11 (6,4)	2,29 (0,93 – 5,65)	ns
Onco/hematológico	24 (9,76)	11 (14,9)	13 (7,6)	2,14 (0,91 – 5,02)	ns
Anticoagulado	12 (4,88)	5 (6,8)	7 (4,1)	1,71 (0,52 – 5,57)	ns
GRAVEDAD AL INGRESO					
Apache II (edad)	12 (10 – 15)	14 (11 – 17)	12 (10 – 14)	1,13 (1,06 – 1,20)	< 0,001
SOFA	6 (4 – 8)	7 (6 – 9)	5 (3 – 7)	1,44 (1,26 – 1,64)	< 0,001
EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UCI					
VM	213 (86,6)	73 (98,7)	140 (81,4)	16,69 (2,23 – 124,6)	0,006
Shock séptico ingreso	18 (7,3)	15 (20,3)	3 (1,74)	14,32 (4,00 – 51,23)	< 0,001
Shock séptico UCI	16 (17,2)	8 (26,7)	8 (12,7)	2,5 (0,84 – 7,49)	ns
Corticoides	227 (92,3)	71 (96,0)	156 (90,7)	2,43 (0,69 – 8,60)	ns
Días con corticoides	10,3 (7,7 – 21,1)	13,3 (9,1 – 24)	9,8 (7,0 – 17,7)	1,02 (1,00 – 1,04)	0,027
Dosis total corticoides (mg)	850 (600 – 1520)	1200 (750 – 2300)	800 (550 – 1310)	1,00 (1,00 – 1,00)	0,001
CMVr	37 (15,04)	17 (23,0)	20 (11,6)	2,27 (1,11 – 4,63)	0,025
CAPA	15 (6,1)	8 (10,8)	7 (4,1)	2,86 (0,99 – 8,20)	ns
CMV EN BAL	16 (7,05)	8 (11,8)	8 (5,0)	2,52 (0,90 – 7,01)	ns
Colonización Candida	126 (51,2)	39 (52,7)	87 (50,6)	1,09 (0,63 – 1,88)	ns
Candidemia	4 (1,6)	0 (0,0)	4 (2,3)	-	-
Bacteriemia	25 (10,2)	9 (12,2)	16 (9,3)	1,35 (0,57 – 3,21)	ns
Colonización Resistente	33 (13,4)	12 (16,2)	21 (12,2)	1,39 (0,65 – 3,00)	ns
Otras Infecciones	60 (24,4)	16 (21,6)	44 (25,6)	0,80 (0,42 – 1,54)	ns
Días con antibiótico	10,8 (6,63 – 21,13)	13,1 (8,8 – 21,2)	9,4 (5,5 – 21,1)	1,01 (0,99 – 1,03)	ns
ESTANCIA					
Días desde IS a UCI	10 (7 – 13)	10,5 (7 – 13)	10 (7 – 14)	0,99 (0,95 – 1,03)	ns
Estancia en UCI	14,8 (9,25 – 30,83)	17,3 (11,0 – 28,2)	13,7 (8,9 – 32,5)	1,00 (0,99 – 1,01)	ns
Estancia en Hospital	29,9 (18,8 – 52,3)	25,6 (14,8 – 37,1)	31,6 (19,6 – 62,2)	0,98 (0,98 – 1,00)	0,003

OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confianza. IMC: Índice de Masa Corporal. CFS: Clinical Frailty Scale. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. SOFA: Sepsis related Organ Failure Assessment. VM: Ventilación Mecánica. CMVr: reactivación por Citomegalovirus. CAPA: Aspergillosis Pulmonar Asociada a COVID-19. BAL: Lavado BroncoAlveolar. IS: Inicio de Síntomas. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Figura 2 Póster 471



Intensivos (UCI). En el COVID-19 grave, el tratamiento inmunosupresor con corticoides podría suponer el aumento del riesgo de estas infecciones, lo que podría tener un impacto importante en la morbimortalidad de nuestros pacientes. Nuestro objetivo es evaluar factores relacionados con la infección como posibles predictores de mortalidad en pacientes con COVID-19 grave.

Métodos: Estudio prospectivo (febrero-2020 a diciembre-2021) en pacientes ingresados por COVID-19 grave en UCI. Se evaluaron datos sociodemográficos, comorbilidad, gravedad, ventilación mecánica, empleo de corticoides, factores infecciosos y estancia en UCI. Categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes; cuantitativas como mediana y rango intercuartílico. Análisis univariante mediante regresión logística para variables categóricas y continuas. Análisis multivariante mediante regresión de Cox para evaluar los factores asociados a mortalidad hospitalaria. Se calcularon odds ratio, hazard ratio e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Fueron evaluados un total de 246 pacientes que ingresaron en UCI por COVID-19 grave. Mortalidad hospitalaria del 30% (74). Los fallecidos fueron mayores y con más comorbilidades, además de estar más graves al ingreso en UCI, precisar más VM y recibir más corticoterapia. En relación a los aspectos infecciosos evaluados, solo la reactivación por CMV (CMVr) y el shock séptico al ingreso en UCI se relacionan con la mortalidad en el análisis univariante, aunque únicamente la presencia de shock séptico al ingreso en UCI se mostró como factor independiente de mortalidad hospitalaria tras ajustar por el resto de variables (Índice Harrell: 0,7021) (fig. 2).

Conclusiones: Al igual que en otras series, no encontramos asociación entre CMVr y mortalidad hospitalaria. El shock séptico al ingreso en UCI es un factor de riesgo independiente de muerte hospitalaria en pacientes con COVID-19 grave que ingresan en UCI.

472. FRAGILIDAD COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A 90 DÍAS EN PACIENTES CON NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2

Estrella-Alonso A, Ruiz de Santaquiteria-Torres V, Copa-Morales JP, Arriero-Fernández N, Eguileor-Marin Z y Silva-Obregón A

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Introducción: La fragilidad es una condición que conlleva un peor pronóstico ante una enfermedad aguda crítica. Diferentes series han mostrado que pacientes con patologías previas tienen peor pronóstico ante infección por SARS-CoV-2.

Objetivos: Analizar la mortalidad a los 90 días de los pacientes ingresados en UCI por neumonía SARS-CoV-2 evaluando el impacto de la presencia de fragilidad.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes ingresados en UCI por COVID-19 grave entre febrero/2020-diciembre/2021. Excluidos: pacientes COVID sin neumonía, traslados de otros centros, estancia < 24 horas y reingresos. Fragilidad evaluada con "Clinical Frailty Scale" (CFS; Fragilidad CFS \geq 5). Se evaluaron datos sociodemográficos, comorbilidad, gravedad, intensidad de tratamiento, estancia y mortalidad. Categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes; cuantitativas como mediana y rango intercuartílico. Análisis univariante mediante regresión logística para variables categóricas y continuas. Análisis multivariante mediante el modelo de riesgo proporcional (regresión de Cox) para evaluar la mortalidad a 90 días. Se calcularon las odds ratio, hazard ratio e intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Se incluyeron 320 infectados por SARS-CoV-2, 242 con neumonía grave, 11 pacientes frágiles (4,5%). Mortalidad a 90 del 30,6% (74/242). El análisis univariante muestra que los pacientes mayores, frágiles, diabéticos, con más comorbilidades, así como aquellos que tar-

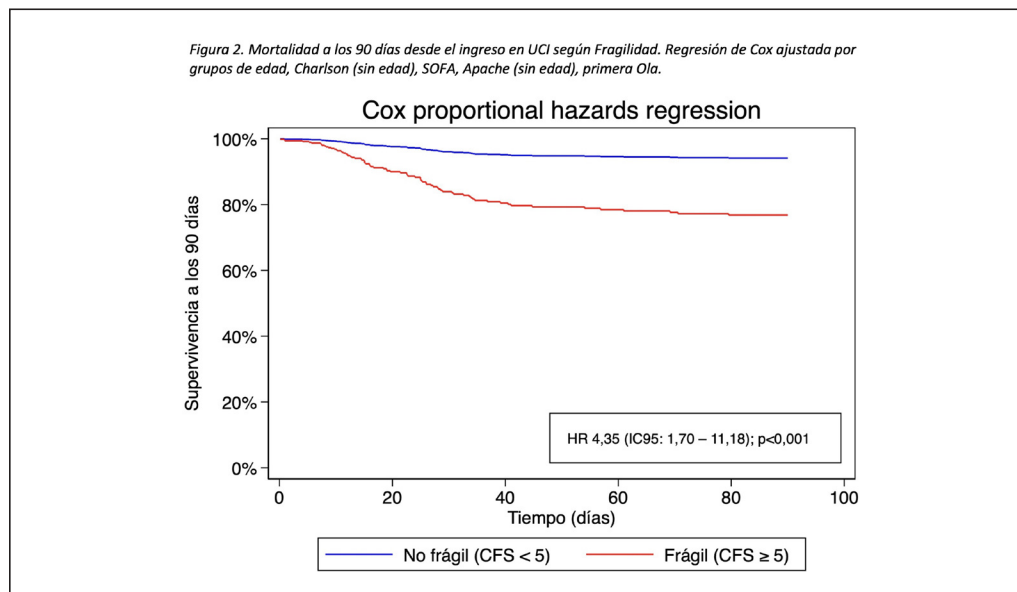
Figura 1 Póster 472

Figura 1. Parámetros sociodemográficos, basales evolución clínica estancia y mortalidad de los pacientes

Variable	Total (N = 242)	Fallecido 90 días (n=74)	Vivo 90 días (n=168)	OR (IC 95%)	p valor
SOCIODEMOGRÁFICOS					
Edad	65,4 (56,7 – 72,3)	71,2 (62,9 – 75,7)	63,3 (53,5 – 69,7)	1,07 (1,04 – 1,11)	< 0,001
Grupo Edad					
< 70 años	162 (66,7)	33 (44,6)	129 (76,8)	1	
> 70 años	80 (33,3)	41 (55,4)	39 (23,2)	4,11 (2,30 – 7,35)	< 0,001
Sexo					
Femenino	72 (29,8)	25 (33,8)	47 (28,0)	1	
Masculino	170 (70,2)	49 (66,2)	121 (72,0)	0,78 (0,43 – 1,40)	ns
IMC	28,2 (25,4 – 31,2)	27,7 (24,7 – 30,1)	28,4 (25,7 – 32,6)	0,95 (0,90 – 1,00)	ns
Primera OLA	64 (26,5)	32 (43,2)	32 (19,1)	3,23 (1,78 – 5,90)	<0,001
COMORBILIDAD					
Fragilidad					
CFS < 5	236 (97,5)	69 (93,2)	167 (99,4)	1	
CFS ≥ 5	6 (2,5)	5 (6,8)	1 (0,6)	12,1 (1,39 – 105,49)	0,024
Charlson	2,5 (2 – 4)	3 (3 – 5)	2 (1 – 3)	1,66 (1,37 – 2,02)	< 0001
Charlson (edad)	0 (0 – 1)	1 (0 – 2)	0 (0 – 1)	1,55 (1,21 – 1,98)	0,001
Diabetes	75 (31,0)	30 (40,5)	45 (26,8)	1,86 (1,04 – 3,31)	0,034
Hipertensión	110 (45,5)	40 (54,1)	70 (41,7)	1,64 (0,95 – 2,86)	ns
EPOC	11 (4,6)	5 (6,8)	6 (3,6)	1,96 (0,58 – 6,63)	ns
I Renal crónica	12 (4,96)	6 (8,1)	6 (3,6)	2,38 (0,74 – 7,65)	ns
Inmunosupresión	20 (8,3)	9 (12,2)	11 (6,6)	1,98 (0,78 – 5,00)	ns
Onco/hematológico	24 (9,9)	11 (14,9)	13 (7,7)	2,08 (0,89 – 4,89)	ns
Anticoagulado	12 (5,0)	6 (8,1)	6 (3,6)	2,38 (0,74 – 7,7)	ns
GRAVEDAD AL INGRESO EN UCI					
Apache II	16 (13 – 19)	18 (15 – 22)	15 (13 – 18)	1,15 (1,08 – 1,22)	< 0,001
Apache II (edad)	12 (10 – 15)	14 (11 – 17)	12 (10 – 14)	1,12 (1,05 – 1,19)	< 0,001
SOFA	6 (4 – 8)	7 (6 – 9)	6 (3 – 7)	1,41 (1,23 – 1,60)	< 0,001
ESTANCIA HOSPITALARIA Y EN UCI					
Días desde IS a UCI	10 (7 – 13)	10 (6 – 13)	10 (7 – 14)	0,99 (0,95 – 1,03)	ns
Estancia PreUCI	2,5 (1,2 – 5,0)	3,1 (1,2 – 7,7)	2,4 (1,1 – 4,4)	1,13 (1,05 – 1,21)	0,001
Estancia en UCI	15,0 (9,5 – 31,5)	16,0 (10,2 – 28,0)	14,0 (9,2 – 33,9)	0,99 (0,98 – 1,00)	ns

IMC: Índice de masa corporal; CFS: Clinical Frailty Scale; OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confianza. IMC: índice de Masa Corporal. CFS: Clinical Frailty Scale. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation. SOFA: Sepsis related Organ Failure Assessment. IS: Inicio de Síntomas. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

Figura 2 Póster 472



daron más en ingresar en UCI y que tenían una mayor gravedad al ingreso en UCI fallecieron significativamente más a los 90 días (fig. 1). El análisis multivariante (fig. 2), tras ajustar por diferentes variables, muestra que la fragilidad (CFS ≥ 5) se mantiene como un predictor independiente de mortalidad a 90 días.

Conclusiones: En nuestra serie, la fragilidad evaluada mediante el CFS (≥ 5), es un predictor independiente de mortalidad a 90 días. A lo hora de decidir el ingreso, debemos incluir su evaluación de manera rutinaria en aquellos pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2.

473. IMPACTO DE COINFECCIÓN BACTERIANA EN PACIENTES QUE INGRESAN EN UCI CON SARS-CoV-2

Eiras Abalde F, Blanco Chapela J, González Álvarez I, Larrañaga Sigwald L, Suárez Fernández DE, Sancho Muriel D, Tizón Varela AI, Vilaboy Alvíte EM, de La Torre Fernández MJ y Vidal Cortés P

Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Determinar el impacto de la coinfección bacteriana en el pronóstico de los pacientes que ingresan en UCI con neumonía por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo. Analizamos los pacientes ingresados 03/20-11/21. Definimos coinfección bacteriana como PCT $> 0,5$ o cultivos positivos al ingreso. Comparamos variables demográficas, clínicas, microbiológicas, scores de gravedad tratamiento recibido y pronóstico. Las variables cualitativas se muestran como n, %, las cuantitativas como mediana y p25-75. Utilizamos χ^2 para comparar variables cualitativas, U de Mann-Whitney para comparar medianas y regresión logística para calcular la relación con la mortalidad.

Resultados: n = 185 pacientes, coinfección al ingreso 65 (35,3%). Mediana de edad de pacientes sin coinfección (NC) vs. coinfección (C) es 67 (56-74) vs. 67 (57-73) años. No diferencias NC vs. C en comorbilidades (HTA 52,9 vs. 60% p 0,35; DM 26,2 vs. 17,6% p 0,17; inmunosupresión 8,4 vs. 12,3% p 0,39). Pauta completa de vacunación 12,6 vs. 1,5% p 0,01. APACHE II 10 (8-14) vs. 13 (10-19) p $< 0,01$. SOFA 4 (3-5) vs. 5,5 (4-7,75) p $< 0,01$. Pico de PCT primeros 3 días 0,10 (0,05-0,2) vs. 1 (0,3-2,3) p $< 0,01$. Necesidad de ventilación mecánica 81,5 vs. 93,8% p 0,02; pronóstico 63 vs. 78,5% p 0,03 y antibioterapia 93,3 vs. 100% p 0,03. Días desde inicio síntomas a ingreso hospitalario 7 (5-9) vs. 6 (3-8) p $< 0,01$. Días ingreso preUCI 1 (0-4) vs. 1 (0-3,5) p 0,38. Días desde inicio síntomas a ingreso UCI 9 (7-12) vs. 8 (5,5-11) p $< 0,01$. Estancia hospitalaria 33 (18-53) vs. 32 (20-50) p 0,83. Estancia UCI 19 (10-30) vs. 22 (13-33,5) p 0,29. Días ventilación mecánica 15 (5-26) vs. 19 (7,5-27,5) p 0,08. Bacterias más frecuentes: *P. aeruginosa* 6,8%; *E. coli* 6,8%; *H. influenzae* 5,1%; *M. pneumoniae* 5,1%; *S. pneumoniae* 5,1%; SAMR 5,1%. Mortalidad en UCI 10,1 vs. 29,2%. Mortalidad en hospital 15,1 vs. 32,3% p 0,00. Mortalidad hospitalaria OR 2,67 (1,3-5,51) p $< 0,01$. Mortalidad en UCI OR 3,68 (1,65-8,20) p $< 0,01$.

Conclusiones: No hay diferencias entre coinfectados y no coinfectados en cuanto a comorbilidad, pero sí en cuanto a gravedad y necesidad e intensidad de soporte respiratorio. La coinfección multiplica el riesgo de muerte hospitalaria por 2,67 y en UCI por 3,68.

474. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN EL CONSUMO DE RECURSOS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

Gimeno Costa JR^a, Álvarez Lerma F^b, Gracia Arnillas MP^b, Nuvials Casals FX^c, Mas Bilbao N^d, Lobo Palanco J^e y Catalán González M^f

^aHospital Universitario La Fe, Valencia, ^bHospital del Mar, Barcelona, ^cHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, ^dHospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya, ^eComplejo Hospitalario de Navarra, Navarra, ^fHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir las diferencias en el consumo de recursos de los pacientes ingresados en UCI durante los periodos de vigilancia del registro ENVIN en los años 2020 y 2021 con respecto al año 2019 (pre-pandémico).

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido todos los pacientes introducidos en el registro ENVIN entre el 15 de septiembre y 31 de diciembre del año 2020 y entre el 1 de abril y 30 de junio del 2021. Se han incluido variables relacionadas con uso de dispositivos invasores, tratamientos sustitutivos de órganos, cirugía previa o urgente, consumo de antimicrobianos y estancia en UCI. Se comparan con los datos de los pacientes incluidos en el periodo ENVIN del año 2019.

Resultados: En los dos periodos de la pandemia analizados se han incluido 14.489 y 20.169 pacientes procedentes de 137 y 189 UCI respectivamente. En la tabla se incluyen variables analizadas de forma comparativa con las del año 2019 (prepandemia).

Conclusiones: Importante incremento de la estancia media en UCI en los años de la pandemia con incremento del uso de dispositivos invasores (excepto las derivaciones ventriculares externas), empleo de antibióticos en UCI y ECMO. Ha descendido el empleo de cirugía tanto la previa al ingreso como la urgente durante la estancia en UCI.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2021/48603/001.

475. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INVASORES EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI. INFORME ENVIN 2020-21

Gracia Arnillas M^a, Nuvials Casals X^o, Gimeno Costa R^c, Mas Bilbao N^d, Lobo Palanco J^e, Catalán González M^f y Álvarez Lerma F^a

^aHospital del Mar, Barcelona. ^bHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ^cHospital Universitario La Fe, Valencia. ^dHospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ^eComplejo Hospitalario de Navarra, Navarra. ^fHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Describir tasas y etiologías de las infecciones relacionadas con dispositivos invasores (IDRI) en pacientes ingresados en UCI durante los periodos del registro ENVIN en los años 2020 y 2021.

Métodos: Estudio incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico de pacientes introducidos en el registro ENVIN ingresados en UCI más de 24 horas entre el 15/09 y 31/12 del 2020 y entre el 1/04 y 30/06 del 2021. Se han controlado neumonías relacionadas con ventilación

Tabla Póster 474

Año	2019	2020	2021
UCI, n°	230	137	180
Pacientes, n°	28,620	14,489	20,169
Días estancia UCI	202,216	184,685	203,707
Estancia UCI, días, media (DE)	7,07 (9,29)	12,75 (16,46)	10,11 (13,4)
Dispositivos invasores, n° (%)			
Catéter venoso central	17,982 (62,8)	10,530 (72,3)	14,032 (69,6)
Ventilación mecánica	11,500 (40,2)	7,468 (51,5)	9,793 (48,6)
Sonda urinaria	21,870 (76,4)	11,870 (81,9)	16,071 (79,7)
Derivación ventricular externa	414 (1,5)	190 (1,3)	294 (1,5)
Tratamientos sustitutivos, n° (%)			
Depuración extrarrenal	1,536 (5,4)	816 (5,6)	1,098 (5,4)
Nutrición parenteral	1,844 (6,4)	931 (6,4)	1,348 (6,7)
ECMO	90 (0,31)	167 (1,2)	147 (0,73)
Consumo de antimicrobianos, n° (%)			
Antibióticos previos UCI	5,868 (20,5)	3,967 (27,4)	4,183 (20,7)
Antibióticos en UCI	18,195 (63,6)	9,923 (68,5)	13,455 (66,7)
Cirugía			
Cirugía previa UCI	9,209 (32,2)	3,663 (25,3)	5,577 (27,7)
Cirugía urgente en UCI	2,693 (9,4)	1,095 (7,6)	1,732 (8,6)

mecánica (N-VM), bacteriemias primarias relacionadas con catéter venoso central (BP-CVC) e infecciones del tracto urinario relacionadas con sonda uretral (ITU-SU) siguiendo las definiciones disponibles en el manual del registro ENVIN. Se calculó la densidad de incidencia (DI) de cada infección en relación a los días del factor de riesgo asociado con cada una de ellas y se expresó como “episodios por 1.000 días del factor de riesgo” y se comparan con las DI y etiologías del periodo ENVIN del año 2019.

Resultados: En los dos periodos de la pandemia analizados se han incluido 14.489 y 20.169 pacientes procedentes de 137 y 189 UCI respectivamente. En la tabla se incluyen las tasas globales de IRDI y las DI de las infecciones controladas de forma comparativa con las del año 2019 (prepandemia). La etiología de las N-VM se ha mantenido sin cambios en los tres periodos comparados predominando *P. aeruginosa*, *S. aureus* MS y *K. pneumoniae*. La etiología de la ITU-SU se ha modificado durante la pandemia ocupando el primer lugar *E. faecalis*, seguido de *E. coli*. En BP-CVC, *S. epidermidis* se ha mantenido en primer lugar en los tres periodos.

	2019	2020	2021
UCI, n°	230	137	180
Pac, n°	28.620	14.489	20.169
Días estancia UCI	202.216	184.685	203.707
IRDI/100 pac	1.361 (4,76)	2.510 (17,32)	2.896 (14,36)
IRDI/1000 días estancia UCI	1.361 (6,73)	2.510 (15,98)	2.896 (14,22)
DI N-VM, episod/1000 d VM	500/92.458	1.088 /94.395	1.354/119.544
	5,41	11,53	11,33
ITU-SU, episod/ 1000 d SU	484/169.651	638/134.362	819/175.188
	2,85	4,75	4,67
BP-CVC, episod/1000 d CVC	377/150.845	784/126.087	723/163.511
	2,50	6,22	4,42
BS, episodios/1000 d UCI	306/202.620	442/184.685	402/203.707
	1,51	2,39	1,97

Conclusiones: Incremento de la DI de cada una de las IRDI controlada en los años de pandemia por COVID-19. Cambios en la etiología de las ITU-SU y BP-CVC con incremento de aislamiento de flora endógena en la que predominan los cocos gram positivos.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2021/48603/001.

476. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LAS TASAS DE BMR IDENTIFICADAS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS EN UCI. INFORME ENVIN 2020-21

Lobo Palanco J^a, Álvarez Lerma F^b, Catalán M^c, Mas N^d, Nubials FX^e, Gimeno R^f, Gracia MP^g y Escriba A^h

^aComplejo Hospitalario de Navarra, Navarra. ^bHospital del Mar, Barcelona. ^cHospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ^dHospital Galdakao-Usansolo, Vizcaya. ^eHospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ^fHospital Universitario La Fe, Valencia. ^gHospital de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos: Describir la evolución de las tasas de bacterias multirresistentes (BMR) de los pacientes ingresados en UCI durante los periodos de vigilancia del registro ENVIN en los años 2020 y 2021, diferenciando las presentes al ingreso y las adquiridas durante la estancia en UCI.

Métodos: Estudio de incidencia, prospectivo, observacional, multicéntrico en el que se han incluido los pacientes introducidos en el registro ENVIN entre el 15 de septiembre y 31 de diciembre del año 2020 y entre el 1 de abril y 30 de junio del año 2021. Se han identificados como BMR las incluidas en el manual del registro ENVIN. Las BMR se ha clasificado como presentes al ingreso en UCI cuando fueron aisladas en muestras clínicas o de vigilancia obtenidas en las primeras 48 horas de ingreso

en UCI y como adquiridas en UCI cuando fueron aisladas en muestras obtenidas a partir de las 48 horas de ingreso en UCI o en las siguientes 48 horas a su traslado a otra unidad. Para expresar su frecuencia se ha utilizado como tasa el número de BMR identificadas por 100 pacientes ingresados en UCI. Se comparan con las de los pacientes incluidos en el periodo ENVIN del año 2019.

Resultados: En los dos periodos de la pandemia analizados se han incluido 14.489 y 20.169 pacientes procedentes de 137 y 189 UCI respectivamente. En la tabla 1 se incluyen las tasas globales de las BMR y de cada una de ellas de forma comparativa con las del año 2019 (pre-pandemia).

	2019	2020	2021
UCI, n°	230	137	180
Pacientes, n°	28.620	14.489	20.169
BMR, n° (Previas/Durante)	2.503 (1.604/899)	1.692 (672/1.020)	2.008 (999/1.009)
Tasa BMR (n°/100 pacientes UCI)	8,75	11,68	9,96
Tasa global BMR previas a UCI	5,60	4,64	4,95
Tasa global BMR durante estancia UCI	3,15	7,04	5,00
Tasa de cada BMR durante estancia UCI			
Acinetobacter R-imipenem	0,10	0,26	0,08
Enterobacteria -BLEE	1,18	2,49	1,63
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	0,60	1,30	1,14
BGN carbapenemasa	0,35	1,33	0,90
BGN multirresistente	0,50	0,94	0,60
SARM	0,38	0,62	0,56
ERV	0,03	0,11	0,09

Conclusiones: Menor identificación aislamiento de BMR en los años de pandemia, con un importante aumento de BMR adquiridas durante el ingreso en UCI. Predominio de aislamiento de BMR durante la estancia en UCI en los años de pandemia con tendencia a disminuir en 2021.

Financiado por: AEMyPS (Ministerio de Sanidad). Expediente n°: 2021/48603/001.

477. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

Seises García J, Vejo Gutiérrez J, Yébenes Calvo R, Nanwani Nanwani K, Arellano Serrano MS, Asensio Martín MJ y Rodríguez Aguirregabiria M

Complejo Universitario la Paz, Madrid.

Objetivos: Evaluar los principales cambios epidemiológicos e impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV).

Métodos: Análisis comparativo descriptivo de los datos recogidos en el registro ENVIN-HELICS. Primer periodo: 01-06-2018 hasta 31-12-2019; segundo: 01-01-2020 hasta 30-06-2021.

Resultados: En el primer periodo ingresaron 1.154 pacientes. Solo el 1,47% desarrollaría una NAV. Las infecciones nosocomiales fueron causadas en el 75,4% por microorganismos gram-negativos, en el 19,81% por gram-positivos y en el 5% por hongos. En NAV, el microorganismo más frecuentemente aislado fue *S. aureus* (41,17%) con resistencia a metilina del 28,5%. Le seguirían *K. pneumoniae* (23,5%) y *P. aeruginosa* (17,65%). En el segundo periodo se incluirían 696 pacientes; 309 (44,3%) con COVID-19. Un primer impacto de la pandemia se observa en la etiología de la infección nosocomial destacando un incremento de las infecciones por gram-positivos que ascienden hasta el 34,95% de los aislamientos. La infección fúngica se duplicó. En global, *P. aeruginosa* se aísla en el 19,2% de los episodios, seguido de *K. pneumoniae* (11,57%), *E. faecalis* (9,84%) y *S. aureus* (8,46%) siendo resistentes a metilina solo el 7,5%. Y por último, el incremento de la incidencia en la NAV y el cambio en su etiología. El 16,6% de los pacientes desarrollaría al menos una NAV. El 93,1% de las NAV se diagnosticarían en pacientes con COVID-19. *P. aeruginosa* pasa a ser el primer microorganismo (32,26%), seguido de *K. pneumoniae* (15,48%) y *S. aureus* en (11,61%) con resistencia a metilina solo en el 11%. La resistencia en *P. aeruginosa* a ceftazidima, piperacilina-tazobactam, levofloxacino e imipenem fue del 47%, 50%, 45,8% y 70%, respectivamente. Se diagnosticaron 6 NAV causadas por *P. aeruginosa* resistente a las nuevas cefalosporinas con inhibidor de β -lactamasas. El 68% de los aislamientos de *K. pneumo-*

Figura Póster 477

Tabla 1. Características de la población de estudio.

	2018-2019	2020-2021
Pacientes	1154	696
Edad	56,23 (DE: 18,5)	57,7 (DE: 15,8)
Estancias	9243	13.343
Médicos	70,8%	86%
Traumatológicos	20,5%	7,7%
Estancia media	8,85 (DE 12,55) días	19,26 (DE: 24,5) días
Estancia \geq 30 días	6,2%	21%
APACHE II	16,06 (DE 8,8)	14,99 (DE 7,84)
Ventilación mecánica	53,21%	67,67%
Ratio VM	0,6	0,79
DI NAVM	3,06 /1000 días	13,7/1000 días
Antibióticos	71,6 %	81%
TDR	5,55%	9,34%
ECMO	0,35%	2,87%
Multiresistentes (colonizados + infectados)	12,13%	25,14%
Mortalidad global	22,5%	32,78%

niae fueron BLEE y en el 40% carbapenemasas OXA-48 (el 41% presentaban mecanismo de resistencia combinado BLEE y OXA-48).

Conclusiones: Durante la pandemia se incrementó la tasa de NAVM. Se observó un cambio en la ecología local con ascenso de infecciones causadas por gram-negativos multiresistentes. Solo el 11% de las cepas de *S. aureus* fueron resistentes a meticilina.

SDRA/Lesión aguda pulmonar 5

Moderadores: *María del Mar Fernández Fernández y Óscar Peñuelas Rodríguez*

478. UTILIDAD DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN EL MANEJO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONIA SARS-CoV-2

González Londoño J^a, López Alabert M^a, Morales Pedrosa JM^a, Baró Serra A^a, Lladó Vilar M^a, Castañeda Galeano JP^a y Sirvent J^b

^aHospital Santa Caterina, Girona, ^bHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Analizar los resultados de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a neumonía SARS-CoV-2 ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con necesidad de soporte ventilatorio y comparar los resultados de los pacientes tratados con ventilación mecánica invasiva (VM) y no invasiva (VMNI).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que compara los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente con diagnóstico de neumonía SARS-CoV-2, entre el 1 de agosto de 2020 y el 31 de mayo de 2021, que recibieron soporte ventilatorio. Se dividieron los pacientes en 3 grupos: (G1) VM al ingreso o en < 24 horas (G2) tratamiento únicamente con VMNI y (G3) fracaso de la VMNI tras un periodo > 24 horas y necesidad de VM. Se compararon las características demográficas y clínicas de los 3 grupos. Se ajustaron los resultados mediante modelización para controlar el efecto de las variables de confusión. Se excluyeron del estudio pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico al ingreso.

Resultados: Se incluyeron un total de 183 pacientes (n G1: 41, G2: 104 y G3: 38), 28,4% eran hombres, con edad media de 61,5 \pm 12,1 años, APACHE II de 11,6 \pm 5,8 y Barthel de 96,8 \pm 7,15. Como comorbilidades

destacaban obesidad en el 46,4% (IMC: 30,3 \pm 5,5), HTA en el 51,9%, DM en el 23% y patología respiratoria en el 19,3% de los pacientes. Al ingreso, 13,6% de los pacientes presentaban SDRA leve, 71% moderado y 15,3% grave. En referencia a los días de VMI, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el G1 (19,6 \pm 19,3 días) y el G3 (17,3 \pm 14,9 días) con una p = 0,138. De los 142 pacientes tratados con VMNI (G2, G3), la proporción de fracaso de la VMNI con posterior necesidad de VM fue del 26,7%.

Conclusiones: En nuestra serie no se encontraron diferencias significativas en los días de VM entre los pacientes tratados con VM en las primeras 24 horas de ingreso y los pacientes con fracaso de la VMNI y posterior necesidad de VM. La proporción de fallo de la VMNI fue del 26,7%. Según nuestros resultados, una prueba inicial de VMNI no supone diferencias en los días de VMI, en cambio evita un porcentaje considerable de intubaciones y por consiguiente sus complicaciones.

479. UTILIDAD DEL ECCO2R COMO TERAPIA DE RESCATE EN LA NEUMONÍA POR COVID-19

Vásquez Suero A

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Objetivos: Valorar la eficacia de la terapia ECCO2R en un hospital de tercer nivel. Analizar la posible asociación entre el inicio precoz de la terapia y la mortalidad. Objetivar la respuesta al tratamiento en función de los niveles de PCO₂.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluye 10 pacientes ingresados en UCI con neumonía por COVID-19 y síndrome de distrés respiratorio agudo. Se recogieron variables demográficas, clínicas y parámetros ventilatorios y gasométricos durante la terapia, así como, momento de inicio y tiempo total de terapia. Para valorar la eficacia del tratamiento, se analizaron los valores de PCO₂ iniciales comparados a las 48 y 72 horas tras iniciada la terapia. Las variables cuantitativas se analizaron mediante t de Student pareados.

Resultados: La mediana de edades entre los 10 pacientes analizados es de 68 años (51-73). En cuanto a las características, el 10% de pacientes eran mujeres, el 90% hombres. Según niveles de PCO₂ previo al inicio de la terapia la media era de 78 mmHg, y que tras el iniciada la terapia es de 51 mmHg. También se consideró según el tiempo de evolución la terapia precoz, aquella iniciada las primeras 48 horas tras iniciada la hipercapnia

refractaria. Se objetivó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la mortalidad asociada al uso del ECCO2R, t ($n = 7 > 48$ horas (100%) vs. $n = 3 < 48$ (0%), IC 0,04. Del total 3 pacientes con terapia precoz para una mortalidad de 0 casos, el caso contrario cuando la terapia se inicia después de las primeras 48 horas con mortalidad del 100%.

	Total (IQR)	Exitus	Vivos	Valor p
Pacientes (edades)	10 (51-73)	7 (58-72)	3 (51-73)	0,05
PCO2 pre	78 (69-93)	76 (69-93)	79 (70-90)	0,04
PCO2 post	51 (40-59)	50 (40-59)	47 (40-58)	0,04
PAO2/FiO2	145 (88-190)	142 (88-160)	167 (130-190)	0,05
Inicio < 48 horas	3 (30%)	0	3 (100%)	
Inicio > 48 horas	7 (70%)	7 (100%)	0	
FRA	9 (90%)	6 (73%)	3 (27%)	

Conclusiones: El inicio precoz de la terapia ECCO2R en las primeras 48 horas se asocia a una baja mortalidad, siempre que se reúnen los criterios de inicio de esta terapia, favoreciendo el uso de ventilación mecánica más protectora. La reducción de los niveles de PCO2 con la terapia es considerable en el total de casos de nuestra serie independientemente de la mortalidad global.

Financiado por: Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

480. UTILIDAD DEL ÓXIDO NÍTRICO INHALADO (iNO) EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO GRAVE (SDRA) EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA (VMI)

Ruiz Izquierdo J, Da Costa Llácer L, Vendrell Torra E, Cos Badia E, Esquirol Puig X y Garro Martínez P

Hospital General de Granollers, Barcelona.

Objetivos: Analizar a los pacientes con SDRA grave (definido por PaFi < 100) que recibieron terapia con iNO después de no mejora en VMI protectora y corticoterapia sistémica, bloqueo neuromuscular (BNM), sesiones de prono ni ocasionalmente alguna maniobra de reclutamiento (MR). Se observa el impacto respiratorio, hemodinámico y pronóstico, así como la detección de las complicaciones presentadas durante su uso.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y unicéntrico, realizado en una UCI polivalente de un hospital comarcal. Se incluyeron todos los pacientes ingresados por SDRA grave definido por PaFi < 100/LIS Murray Score promedio (2,55) desde marzo de 2020 hasta septiembre de 2021.

Resultados: Muestra de 28 pacientes (edad media 64,02 años y 68% hombres) con ingreso en UCI por fallo único orgánico respiratorio (65%) debido a SDRA tipo COVID (80,6%). Previo a la VMI se intentó HFNC y VMNI al 60,71%. El iNO se inició a los 9,1 días de VMI y tras 2,3 sesiones de prono (dosis media 10 ppm + 6,2 días duración). PaFi pre iNO media fue de 99,6, y post iNO de 196. En un 45% se realizó terapia sinérgica con PRONO, pero solo en 3 casos con MR. En 2 pacientes se indicó ECMO y solo un paciente se derivó a hospital de 3^{er} nivel para su aplicación. Durante el tratamiento con iNO se indicó TRRC a 3 y Removal CO2 a 2 pacientes. Los días totales de VMI fueron de 38,16 días y la traqueostomía se realizó en el 64,28% (18 pacientes). La mortalidad en UCI fue del 21,42% (6 pacientes) siendo la 1^a causa de *exitus* o LET la hipoxemia respiratoria grave refractaria; en el 24% (6 pacientes) no se pudo hacer destete del iNO.

Conclusiones: La indicación de iNO fue tardía y demasiado prolongada en comparación con protocolos validados de iNO. Se objetivan beneficios del uso de iNO respecto a una mejora de la oxigenación (> PaFi y < FiO2) así como de la mecánica pulmonar (< Drive Pressure y > Compliance). Podría ser una alternativa terapéutica segura en casos que quedan fuera de la indicación de ECMO; con pocas complicaciones infecciosas o hemorrágicas, sin acúmulo relevante de sus metabolitos (meta-Hb/lactacidemia). Se observa una mejora en las cifras de creatinina durante su uso, probablemente derivado del efecto vasodilatador sistémico tardío. No se objetiva beneficio en la reducción de días de VMI/UCI ni mortalidad.

482. UTILIDAD DEL PRONO EN LOS PACIENTES CON ECMO VV

Navarro Rodríguez J, **Mendoza Prieto M**, Reina Martínez FJ, Quirós Aguirre C, Palomo López N y Martín Villén L

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Analizar el impacto de la maniobra de prono en los pacientes con insuficiencia respiratoria y necesidad de soporte con ECMO VV en términos de supervivencia e incidencia de complicaciones.

Tabla Póster 482			
Variables; n (%)	Prono en ECMO (n = 11)	No prono en ECMO (n = 17)	p
Varón	6 (54)	13 (76)	0,2
Edad; mediana (RI)	41 (26; 56)	54 (47; 61)	0,1
HTA	2 (18)	9 (52)	0,06
DM	1 (9)	3 (17)	0,5
IMC > 30	3 (27)	5 (29)	0,9
SOFA mediana (RI)	9 (8; 11)	9 (7; 11)	0,4
Prono PreECMO	2 (1; 3)	1 (0; 2)	0,03
VM preECMO	4 (1; 5)	4 (2,5; 7)	0,3
Resp Score	3 (1; 5)	2 (-2; 3)	0,1
Preset Score	6 (4; 7)	6 (7; 8)	0,09
Variables PreECMO mediana (RI)			
PAFI	85 (71; 106)	80 (57; 90)	0,3
pCO2	70 (43; 90)	58 (46; 82)	0,9
PEEP	15 (13; 19)	12 (10; 13)	0,03
PPlat	29 (26; 41)	30 (28; 37)	0,9
Variables tras ECMO mediana (RI)			
PAFI a las 24 horas	120 (102; 139)	109 (95; 121)	0,2
pCO2 a las 24 horas	46 (42; 49)	44 (35; 52)	0,6
Complicaciones; n (%)			
Sangrado	2 (18)	6 (35)	0,3
Trombosis sistema	2 (18)	0 (0)	0,06
Bacteriemia	7 (63)	6 (35)	0,1
NAVM	9 (81)	9 (52)	0,1
Decanulación	1 (9)	0 (0)	0,2
Fracaso renal	4 (36)	9 (52)	0,3
Desenlace mediana (RI)			
Días de UCI	40 (21; 67)	30 (20; 45)	0,001
Días hospital	58 (38; 81)	38 (32; 88)	0,7
Días ECMO VV	12 (9; 31)	10 (6; 14)	0,006
Exitus	3 (27)	13 (76)	0,01

Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con necesidad de ECMO VV de la serie histórica atendidos en la UCI de un hospital de tercer nivel. Para ello se recogieron variables demográficas, antecedentes, indicación y características de soporte con ECMO VV y parámetros ventilatorios, así como la necesidad de maniobra de pronó en ECMO, evolución, complicaciones y desenlace. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias; las cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Para el contraste de hipótesis se aplicó el test χ^2 en variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas.

Resultados: Se implantó soporte con ECMO VV en un total de 28 pacientes desde el año 2017 hasta diciembre de 2021. De ellos, 12 (42,9%) fueron por neumonía por SARS-CoV-2, 4 (14,3%) fueron por neumonía bacteriana y 4 (14,3%) por gripe A, 2 (7,1%) por hemorragia alveolar y 6 (21,4%) por otros motivos.

Conclusiones: La supervivencia de los pacientes sometidos a maniobra de pronó con ECMO VV ha sido significativamente mayor respecto al grupo que no ha recibido pronó sin aumentar de forma significativa las complicaciones asociadas.

483. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA INFECCIÓN POR COVID DEL PACIENTE CRÍTICO

Montes Aranguren M, Isern de Val I, Arche Banzo MJ, Abansés Moreno P, Mayordomo García C, Herrero García S, Castrillo Guiral S, Antón Juarros S, Mercado H y Zalba Etayo B

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Analizar si el tratamiento farmacológico dirigido contra la infección por SARS-CoV-2 administrado en nuestros pacientes críticos tiene alguna influencia sobre la mortalidad y/o la estancia en estos pacientes en UCI.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por SARS-CoV-2 en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre el 1 de marzo de 2020 y el 1 de marzo de 2021. Análisis estadístico con SPSS 25.0.

Resultados: Se registraron un total de 291 pacientes. La estancia media fue de 21,92 días y la mortalidad del 47,1% con 137 fallecimientos. El tratamiento farmacológico que se administró en UCI seguía en cada momento el protocolo hospitalario vigente que se actualizaba periódicamente en función de la evidencia científica disponible. Así, 17 pacientes recibieron Interferón (5,8%), 82 pacientes lopinavir/ritonavir (28,2%), 81 Hidroxicloroquina (27,8%), 119 remdesivir (40,9%) y 133 plasma hiperinmune (45,7%). La terapia corticoidea se administró a un total de 267 pacientes (91,8%) y 78 pacientes (26,8%) recibieron tocili-

zumab. Se realizó un estudio comparativo entre el tratamiento farmacológico recibido y la supervivencia, sin hallar asociación entre ningún tratamiento médico administrado y la mortalidad. Para estudiar la influencia del tratamiento farmacológico en la estancia en UCI, se dividió a los pacientes en dos grupos según la estancia fuera mayor (estancia prolongada) o menor o igual (estancia no prolongada) a 19 días. Se escogieron los 19 días como punto de corte ya que representaba la mediana de días de ingreso de nuestra cohorte de pacientes. Posteriormente se realizó un estudio comparativo entre ambos grupos en el que no se evidenció relación entre el tratamiento farmacológico administrado y la duración de la estancia.

Conclusiones: Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado variar la mortalidad del paciente crítico COVID. Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado reducir la estancia en UCI en el paciente crítico COVID.

484. VALIDACIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS COVID

Millán B, Quevedo I, Iglesias M y Vidaur L

Hospital Donostia-Donostia Ospitalea, Guipúzcoa.

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es revisar la evidencia disponible e identificar los modelos de predicción de mortalidad en pacientes críticos COVID para realizar la validación externa de dichos modelos de predicción en nuestra población de pacientes críticos, tanto al ingreso como a las 48 horas de ingreso en UCI.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de los modelos de predicción de mortalidad en pacientes críticos publicados desde el inicio de la pandemia. De los modelos identificados, se pudieron validar externamente dos: El CSS ⁽¹⁾ score y el PRE ⁽²⁾ score. El modelo CSS incluye 5 variables (2 demográficas y 3 analíticas) y el PRE 3 variables (todas analíticas) (tabla).

Resultados: La capacidad predictiva de cada uno de los modelos viene reflejada en la tabla, así como el rendimiento predictivo proporcionado por los autores de cada estudio, tanto para la derivación como para la validación.

Conclusiones: El modelo que mejor predice la mortalidad en nuestra población de pacientes críticos ingresados por COVID-19 es el modelo CSS score a las 48 horas tras el ingreso en UCI. Hasta ahora los modelos predictivos se han basado en datos de pacientes al ingreso, sin embargo, creemos relevante considerar los predictores de los modelos teniendo en cuenta el tiempo de evolución de los pacientes. Pensamos que estos resultados pueden ayudar a establecer modelos de predicción dinámicos que nos permitan identificar los pacientes con peor evolución sobre los que tengamos que actuar de forma más intensiva.

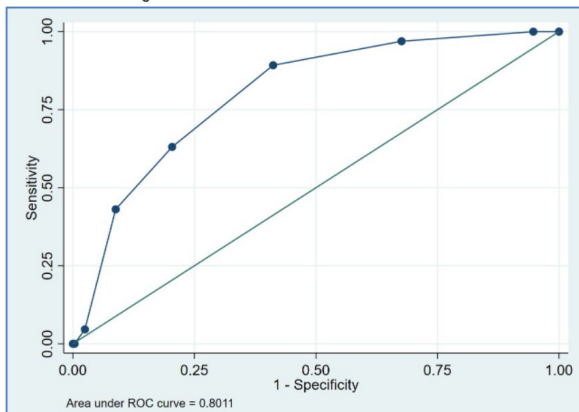
Figura 1 Póster 484

Tabla 1.- Resumen de las RPC validadas externamente en el HUD con datos de pacientes del Hospital Universitario Donostia durante el período (16/3/2020 -).

Score/Variables	n (ingreso)	AUC (IC95%)	n (48 h)	AUC (IC95%)	n (D)	AUC (IC95%)	n (V)	AUC (IC95%)
BUN								
Dímero D								
PRE Linfocitos (%)	549	0.67 (0.63-0.71)	429	0.73 (0.69-0.77)	336	0.99 (0.98-1)	-	-
CSS Edad. Enfermedad coronaria. linfocitos (%). Procalcitonina. Dímero D	419	0.72 (0.68-0.77)	349	0.80 (0.76-0.84)	113	0.92 (0.87-0.97)	339	0.94 (0.90-0.97)

n (D); n° de individuos empleados para la derivación de la regla; n(V): n° de individuos empleados para la validación de la regla; n=n° de individuos empleados en la validación de la regla con los datos del HUD.

Figura 1: Área bajo la curva (AUC) de la validación externa del CSS score a las 48h tras el ingreso en UCI.



Área bajo la curva (AUC) de la validación externa del CSS score a las 48h tras el ingreso en UCI.

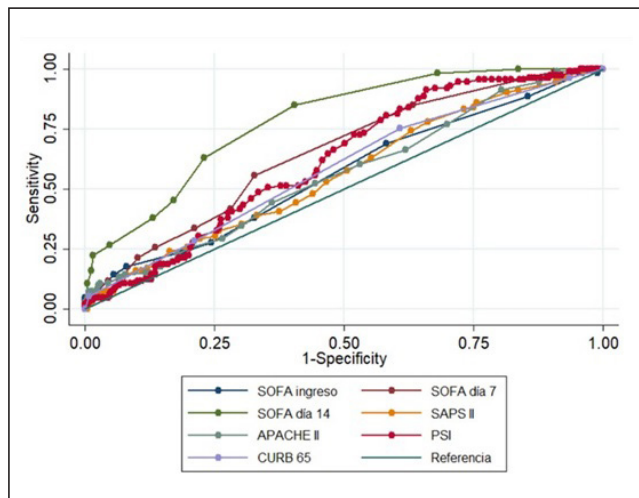
485. VALOR PRONÓSTICO DE LAS ESCALAS DE GRAVEDAD HABITUALES DE UCI EN LOS PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA AL SARS-CoV-2

Buj Vicente M, Morales Varas G, Pedrosa Guerrero A, Rodríguez Villamizar P, Calle Flores Á, Pais Sánchez-Malingre V, Alonso Ciria E, Gómez Cano I, Guerra J y Sánchez Carretero MJ

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

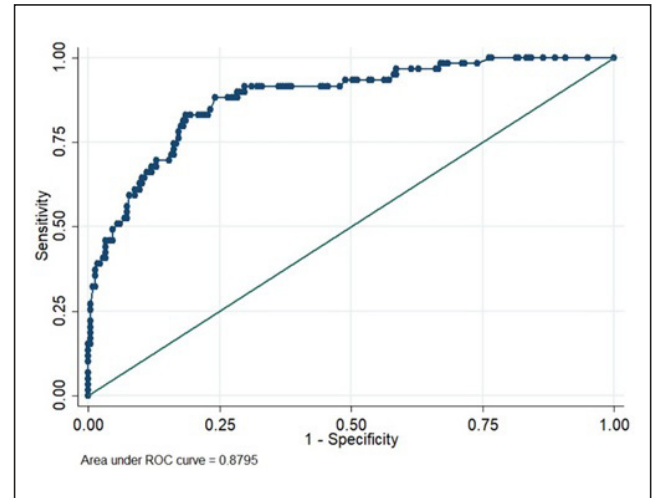
Objetivos: Analizar el valor pronóstico de las escalas habituales de gravedad del paciente crítico, en los pacientes ingresados por insuficiencia respiratoria secundaria a infección por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes ingresados en UCI por COVID-19, entre marzo de 2020 y septiembre de 2021. Se revisan las variables demográficas, evolutivas y de gravedad. Se utilizó un nivel de significancia del 5% (bilateral). Además se analizó la sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y negativo de las escalas de gravedad y se comparó mediante el área bajo la curva (AUC) la rentabilidad pronóstica de mortalidad al alta de UCI. El análisis se realizó utilizando STATA versión 13® (StataCorp LCC).



Resultados: Hubo un total de 631 ingresos con una prueba de reacción de polimerasa (PCR) positiva para SARS-CoV-2, 573 (90,8%) ingresaron por insuficiencia respiratoria. La mortalidad en UCI de la cohorte fue del 31% (178). La mediana de edad fue de 63 (53-69) años y en su mayoría fueron del sexo masculino (66%). Las escalas habituales del paciente crítico presentaron mal rendimiento pronóstico, siendo el SOFA al día 14 la que mejor discriminación presentaba (S: 37%; E: 87%; VPP:

54%; VPN 77%) área ROC: 0,78; IC95%: 0,74-0,83. En el modelo multivariante la edad (OR: 1,08; IC95%: 1,02-1,14), el índice de Charlson (OR: 1,55; IC95%: 1,20-2,02), el SOFA respiratorio (OR: 1,33; IC95%: 1,06-1,68), la NAVM (OR: 4,19; IC95%: 1,80-9,73) y la aspergilosis pulmonar (OR: 6,02; IC95%: 2,22-16,27) fueron factores independientes asociados a la mortalidad. Este modelo presentaba (S: 52%; E: 93%; VPP: 67%; VPN 87%) un área ROC: 0,88.



Conclusiones: El valor pronóstico de las escalas de gravedad habituales del paciente crítico es escaso en la insuficiencia respiratoria relacionada al COVID-19, destacando con valor discriminatorio el SOFA al día 14. Un modelo multivariante que incluya la edad, Charlson, SOFA respiratorio, NAVM, aspergilosis pulmonar tiene una mejor capacidad predictiva.

486. VMNI TRIAL EN PACIENTES CON NECESIDAD DE VM POR SDRA SECUNDARIO A SARS-CoV-2. IMPACTO EN LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y MORTALIDAD

Morales Pedrosa JM^a, Baró Serra A^a, **Lladó Vilar M^b**, López Alabert M^a, González Londoño J^a, Castañeda Galeano JP^a y Sirvent J^b

^aHospital Santa Caterina, Girona. ^bHospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: Determinar si hay diferencias en los resultados en cuanto a estancia hospitalaria y mortalidad en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) secundario a neumonía por SARS-CoV-2 que reciben ventilación mecánica invasiva (VMI) precoz versus manejo inicial con ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y posterior intubación orotraqueal (IOT).

Métodos: Estudio retrospectivo observacional que compara los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente con diagnóstico de SDRA por SARS-CoV-2, entre el 1 de agosto de 2020 y el 31 de mayo de 2021, que recibieron VMI. Se dividieron los pacientes en 2 grupos: (G1) pacientes que recibieron VMI las primeras 24 horas de tratamiento y (G2) pacientes tratados inicialmente con VMNI quienes tras un período superior a 24 horas necesitaron VMI. Se compararon las características demográficas, días de ingreso en UCI, días de ingreso hospitalario, mortalidad hospitalaria y mortalidad a los 28 días, entre ambos grupos. Se ajustaron los resultados mediante modelización para controlar el efecto de las variables de confusión.

Resultados: Se incluyeron un total de 79 pacientes (n G1 = 41 y n G2 = 38) 4, el 29,1% hombres, con edad media de 62,5 ± 10,2 años, APACHE II de 15,2 ± 5,8 y Barthel de 96,2 ± 10,9. Dentro de las comorbilidades destacaban 53,1% con obesidad (IMC: 31,3 ± 5,5), 58,2% con HTA, 24,1% con DM y 79,5% con patología respiratoria. En el ingreso, el 11,4% de los pacientes presentaban SDRA leve, 59,5% moderado y 29,1% grave. La estancia media en UCI fue de 25,4 días (G1: 26,1 ± 24,2 días, G2: 24,6 ± 18,9 días). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p = 0,261). El promedio de días de ingreso hospitalario fue de 38,6 (G1: 38,9 ± 35,5 días, G2: 38,4 ± 35,5 días). No hubo diferencias estadísticamente significativas según el

grupo de paciente ($p = 0,417$). La tasa de *exitus* fue de 27,8%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la mortalidad hospitalaria ($p = 0,972$) ni a los 28 días del ingreso ($p = 0,155$) entre los grupos.

Conclusiones: En nuestra serie no se han encontrado diferencias significativas de estancia en UCI, estancia hospitalaria o mortalidad, entre los pacientes cuyo tratamiento inicial fue la VMI y aquellos que previamente habían recibido VMNI. Según nuestros resultados, un intento inicial de VMNI con posterior fracaso, no supone una posterior peor evolución para el paciente. Serían necesarios estudios más mplios para confirmar esta hipótesis.

Donación y trasplantes

Moderadores: *Eduard Argudo Serra*
y *Alberto Sandiumenge Camps*

487. ¿EXISTEN VARIABLES ÚTILES PARA EVALUAR EL PRONÓSTICO DE LA NEUMONÍA GRAVE POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRASPLANTADOS?

Navarro Rodríguez J^a, **Mendoza Prieto M^a**, Palomo López N^a, Martín Villén L^a, Vilches Arenas A^b y Egea Guerrero JJ^a

^aHospital Virgen del Rocío, Sevilla. ^bHospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Analizar si las variables pronósticas utilizadas en población general pueden extrapolarse a población trasplantada de órganos sólidos en neumonía grave por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio observacional analítico prospectivo donde se recogieron antecedentes, características clínicas y analíticas, y evolución de todos los pacientes trasplantados de órganos sólidos con desarrollo de neumonía bilateral grave por SARS-CoV-2 que ingresaron en la UCI de un hospital de tercer nivel con programa de trasplantes. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias; las cuantitativas mediante mediana y rango intercuartílico. Para el contraste de hipótesis se aplicó el test χ^2 en variables cualitativas y U Mann Whitney para cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 26 pacientes. La mayoría, 17 (65,4%) fueron trasplantados renales, 4 (15,4%) hepáticos, 1 (3,8%) cardíaco, 3 (11,5%) pancreatorrenales y 1 (3,8%) heparorrenales. Respecto a la inmunosupresión, 17 (65,4%) pacientes estaban en tratamiento con micofenolato y tacrólimus, 5 (19,2%) con tacrólimus y 4 (15,4%) con otras pautas. Todos requirieron soporte respiratorio y 22 (84,6%) necesitaron ventilación mecánica invasiva.

Variables; n (%)	Fallecidos (n = 16)	No fallecidos (10)	p
Varón	13 (68,4)	6 (31,6)	0,2
Edad; mediana (RI)	67 (55-71)	61 (52-67)	0,12
HTA	14 (87,5)	8 (80)	0,5
DM	7 (43,8)	4 (40)	0,6
IMC > 30	8 (50)	3 (30)	0,2
AP respiratorios	3 (18,8)	1 (10)	0,3
Tabaquismo	4 (25)	1 (10)	0,3
Tiempo trasplantado (meses)	130 (6-152)	30 (21-50)	0,2
Variables, mediana (RI)	Fallecidos (n = 16)	No fallecidos (10)	p
SOFA	8 (7-9)	8 (7-11)	0,8
ROX a las 24 horas	6,2 (4,4-9,8)	4,8 (4,4-9,5)	0,7
ROX a las 48 horas	4,8 (3,9-6,1)	7,2 (5,2-14)	0,09
Diferencia ROX	-1,7 (-5,7-0,5)	0,9 (-1,2-5,4)	0,06
Máximo D-dímeros	5.340 (1.995-10.197)	2.690 (1.925-7.990)	0,5
Máximo ferritina	1.950 (1.360-2.946)	1.397 (642-1.801)	0,03
Linfocitos al ingreso	555 (247-875)	210 (115-520)	0,02
PCR	100 (72-166)	170 (56-290)	0,5
Complicaciones; n (%)			
NAVM	9 (56,2)	7 (43,4)	0,2
Bacteriemia	3 (50)	3 (50)	0,3
BRC	5 (71,4)	2 (28,6)	0,4

Conclusiones: Las variables pronósticas descritas, con la limitación del tamaño muestral, parecen ser de utilidad en el manejo clínico de nuestra población trasplantada con infección grave por SARS-CoV-2, cuyas características previas no parecen condicionar su evolución.

488. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÓRNEAS Y TEJIDOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA

Mateos Rodríguez M, Pérez Mesa E, Sánchez Calderón A, Segura González F y Daga Ruiz D

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Presentación y evaluación del programa de detección hospitalaria de donantes de córneas fallecidos en el hospital Virgen de la Victoria de la Málaga.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que contiene el periodo julio hasta diciembre de 2021, donde se incluyen todas las llamadas realizadas a la Coordinación de Trasplantes del hospital HUVV para evaluar un potencial donante de córneas/tejidos en horario de 8 a 20 horas en cualquier área de dicho centro hospitalario en pacientes menores de 80 años.

Resultados: En total se reciben un total de 66 llamadas: 8 del área de unidades de cuidados intensivos, 12 llamadas desde Urgencias y 46 llamadas del área de Hospitalización. Dentro de la planta de hospitalización el mayor número de llamadas son de Oncología médica (un total de 16), seguida de medicina interna (11) y otras áreas menos frecuentes (digestivo, neurología, paliativos y traumatología). Del total de las 66 llamadas, 36 llamadas presentan contraindicación para el protocolo de donación de tejidos (contraindicación médica, fuera de horario, problemas logísticos por falta de personal en ese momento). De las 30 entrevistas que llegaron a hacerse 12 fueron negativas familiares y los 18 casos restantes se convirtieron en donantes (9 solo córneas y 9 multitejidos).

Conclusiones: El desarrollo de un programa de detección de córneas hospitalario permite establecer un *link exitus*-donación y hacer posible que cualquier paciente fallecido en el HUVV pueda convertirse en donante, siempre que se cumplan los criterios de inclusión. Además, al disponer de un programa de detección de córneas, indirectamente permite identificar posibles donantes de otros tejidos. De esta manera, es posible mantener un número de tejidos en los bancos de tejidos de Andalucía que posibilita hacer frente a las necesidades de nuestra área, sin tener que recurrir a otras áreas, con el coste económico adicional que supone.

489. ECMO EN LA DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO DEL TRASPLANTE DE PULMÓN

López Sánchez M y Rubio López MI

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: La disfunción primaria del injerto (DPI) constituye la principal causa de morbilidad temprana en el trasplante de pulmón (TP). La oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) es utilizada como tratamiento de soporte de la DPI y como soporte intraoperatorio en el TP. El objetivo del estudio es clasificar a los pacientes con DPI tratados con ECMO según el momento de su presentación (intraoperatoria, tras soporte extracorpóreo y posoperatoria), así como la supervivencia en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo realizado entre mayo de 2009-diciembre de 2021 con pacientes (p) con DPI tratados con ECMO. Se recogieron variables demográficas, escalas pronósticas al ingreso en UCI, enfermedad subyacente, tipo de trasplante, tiempos de isquemia, politrasfusión, uso de circulación extracorpórea (CEC) o ECMO como soporte intraoperatorio, duración del soporte ECMO y supervivencia. Para definir el grado de DPI se utilizó la clasificación ISHLT del año 2017.

Resultados: Un total de 25 pacientes con DPI grado 3 fueron tratados con ECMO, el 64% hombres (16p), con una edad media de 52,1 años (rango 21-66); APACHE II medio 20 (10-27); SAPS II 32,6 (16-50). En 4p el trasplante fue unilateral (16%). Patología subyacente: EPID 24% (6p); EPOC-Enfisema 20% (5p); hipertensión pulmonar primaria 12% (3p); fibrosis quística 8% (2p); enfisema 8%; bronquiolitis obliterante 8%, y otras indicaciones (5p). La DPI se produjo intraoperatoria en 3p (12%), 1 de ellos recibió perfusión pulmonar *ex vivo* pretrasplante, colocándose ECMO VV en todos los casos. Todos fueron politrasfundidos. La DPI tuvo lugar tras el soporte intraoperatorio de CEC en 4p, con colocación de ECMO VV en el 50%. Tras el soporte intraoperatorio de ECMO VA (2 configuraciones centrales) se observó DPI en 9p, con uso de ECMO VV en el 100% de los casos. En este grupo, el 55,5% (5p) fueron politrasfundidos, con un tiempo medio de isquemia para el pulmón izquierdo de 385 minutos (320-480), de 365 minutos (240-515) para el derecho, y supervivencia del 66,6% (6p). En el periodo posoperatorio (implantación de ECMO en UCI) precisaron ECMO 9p, con politrasfusión en el 44,4% (4p), un tiempo de isquemia medio del pulmón izquierdo de 339 minutos (282-385), y de 456 minutos (275-660) para el derecho, con una super-

vivencia global del 66,6%, siendo del 88,8% en los últimos 7 años. La duración media global del soporte ECMO fue de 81,5 horas (16-204).

Conclusiones: La supervivencia de la DPI en el periodo posoperatorio del TP ha mejorado en los últimos años. Estudios futuros tendrán que demostrar el impacto del soporte intraoperatorio con ECMO VA en el desarrollo de la DPI.

490. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN ABDOMINAL NORMOTÉRMICA CON ECMO EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Zazo Sanchidrian MC, Diaz Barranco M y González Moyano AB

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Objetivos: Analizar los resultados obtenidos con el programa de donación en asistolia controlada con perfusión abdominal normotérmica con ECMO realizada en el Hospital General de Alicante desde enero de 2020 hasta diciembre de 2021.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de donación en asistolia realizados con perfusión abdominal normotérmica con ECMO en el Hospital de Alicante en los dos últimos años. Se recogieron las características demográficas y epidemiológicas, estancia en UCI, causa de la muerte y/o limitación de soporte vital, tiempos de isquemia caliente y total, órganos extraídos y órganos implantados. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: Durante el periodo de estudio analizado, se realizaron 22 donaciones en asistolia controlada, de las cuales 21 se realizan con perfusión abdominal normotérmica con ECMO y solo en 1 caso se realizó extracción rápida. La donación en asistolia controlada supuso el 25,6% del total de donaciones realizadas en nuestro hospital en este periodo. La edad media de los donantes fue de 51,6 años. 59% de los donantes fueron hombres. La causa de la muerte del donante fue: 52% ACV hemorrágico, 28% encefalopatía anóxica tras parada cardiorrespiratoria reanimada, 9,5% ACV isquémico, 4,7% traumatismo craneoencefálico grave y 4,7% otros. El 100% de las extubaciones terminales se realizó en quirófano así como la canulación de ECMO. La media del tiempo de isquemia caliente fue de 17 minutos. Se consigue la extracción de un total de 111 órganos (42 riñones, 16 hígados, 8 pulmones, 40 córneas, 4 válvulas cardíacas y 1 páncreas) de los cuales resultan válidos el 91,9% de los mismos.

Conclusiones: La donación en asistolia controlada con perfusión abdominal normotérmica con ECMO supone el 25,6% de los donantes de nuestro hospital consiguiéndose con esta técnica la validez del 91,9% de los órganos extraídos, cifras muy similares a las donaciones en muerte encefálica. Se observa una tendencia ascendente de este tipo de donación en los dos últimos años a pesar de la pandemia actual.

491. EVOLUCIÓN DE LA HEMORRAGIAS INTRACRANEALES INGRESADAS EN UCI COMO POTENCIALES DONANTES DE ORGANOS DURANTE LA PANDEMIA 2021

Jaén Franco M, Moreno Cano S y **Martín Ávila H**

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar si la HTA, la anticoagulación y/o la antiagregación y/o la presencia de SARS-CoV-2 son antecedentes que existen previos al desenlace de dicha patología. También se estudia la mortalidad en dichos pacientes. Analizando la edad media y la no exigencias de otras patologías sin son considerados la mayoría de ellos potenciales donantes de órganos.

Métodos: Estudio descriptivo durante el año 2021 de pacientes ingresados en una UCI de polivalente de 19 camas de un Hospital Universitario con hemorragia intracerebral. Se analizaron si la hemorragia fue espontánea o traumática, la evolución de dichos pacientes, *exitus* o no, y de los que fallecieron cuantos fueron donantes de órganos. Además se analizó si el paciente era hipertenso previamente y si estaba o no antiagregado y/o anticoagulado. También la existencia de SARS-CoV-2 y antecedente personal de cáncer. Los datos fueron analizados usando SPSS versión 18 para Windows.

Resultados: Ingresaron en UCI 28 pacientes con hemorragia intracranial, mujeres 53,6% y hombres 46,4%. La media de edad fue 67,86 años. 92,9% fueron espontáneas y el resto por traumatismo. De todos ellos los pacientes que tenían historia de hipertensión arterial 60,7% de los pacientes. Tratados previamente con antiagregantes plaquetarios fueron

7 pacientes y anticoagulados 3. La más frecuente fue la hemorragia intraparenquimatosa. Se trasladaron a otro hospital para neurocirugía 10,7% pacientes, de los cuales a 7,1% de ellos se le colocó DVE. Los *exitus* fueron 67,9%, es decir 18 pacientes de los cuales 9 fueron donantes de órganos. Se aprecia que solo uno de los pacientes con hemorragia intracranial tenía SARS-CoV-2 y otro cáncer de próstata no metastásico.

Conclusiones: La hemorragia intracranial espontánea fue más frecuente, siendo la HTA un antecedente presente en más de la mitad de los pacientes. La antiagregación en pacientes con SARS-CoV-2 no se considera un antecedente importante de hemorragia intracerebral, pues solo un paciente de esta muestra aunque pequeña tenía dicha infección. Los fallecidos, que son más de la mitad de la muestra, junto con la no existencia de cáncer en ellos y la edad media de 68 años, se consideran un grupo importante de posibles donantes de órganos.

492. INCREMENTO DE LA TASA DE DONACIÓN CON UN PROGRAMA DE CUIDADOS INTENSIVOS ORIENTADOS A LA DONACIÓN

Astola Hidalgo I, Quindós Fernández B, **Viñas Domínguez S**, Villalgorido García S, Salgado del Riego E, Albillos Almaraz R, Savlik T, Fernández Simón I, Villamar Carronero A y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Analizar los resultados del programa "Cuidados Intensivos Orientados a la Donación" (CIOD) en Asturias.

Métodos: Análisis de pacientes ingresados como CIOD en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), desde diciembre de 2017 hasta septiembre de 2021. Se recogieron datos demográficos, diagnósticos, estancia media, tiempo de evolución a muerte encefálica (ME), entrevista familiar y órganos extraídos/trasplantados.

Resultados: Total de 99 pacientes, 48,5% varones. Edad media 71,5 ± 2,1 años. 9% tenían registro de voluntades anticipadas. Diagnósticos: 63,6% ictus hemorrágico, 15,2% ictus isquémico, 9,1% traumatismo craneoencefálico (TCE), 7,1% hemorragia subaracnoidea, 4% anoxia y 1% otros. Estancia media 2,4 ± 0,6 días. Procedencia por hospitales: 70,7% HUCA, resto de hospitales de la comunidad 29,3%. Del total de los CIOD: 16,2% H.U. Cabueñes, 5,1% H.U. San Agustín y 8% resto de hospitales. Entrevista previa: realizada por intensivista más coordinador de trasplantes (40,9%), intensivista (39,8%), y médico de Urgencias del hospital de procedencia (18,4%). Familiar entrevistado: hijos (51%), pareja (33,7%), otros parentescos (15,3%). Evolución a ME (59,6%). Tiempo de enclavamiento: < 24 horas (45,8%), 24-48h (28,8%), 48-72h (20,3%) y > 72 h (5,1%). De los pacientes que no evolucionaron a ME, en el 12,5% se realizó una donación en asistolia controlada. En el 50,5% se extrajeron córneas y en el 28,3% otros tejidos. Con el programa se obtuvieron 60 (60,6%) donantes eficaces, promedio de 14,8 donantes anuales pmp, de los cuales 40 (66,7%) fueron donantes efectivos. Órganos extraídos: 50 hígados, 94 riñones, 6 corazones, 6 pulmones. Se implantaron 19 hígados, 46 riñones, 5 corazones y 6 pulmones.

Conclusiones: Casi dos tercios de los CIOD evolucionan a ME, de los cuales el 75% lo hace en < 48 h. Los CIOD aumentan de forma significativa el número total de donantes (ME y asistolia controlada). Es necesario mejorar la efectividad del proceso.

493. NEUMONÍA COVID-19 EN TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO (TOS) QUE REQUIEREN INGRESO EN UCI. ¿ES TAN TERRIBLE COMO PENSAMOS?

Forcelledo Espina L, **Albillos Almaraz R**, Astola I, Balboa S, Martínez J, Leoz B, Cofiño L, Villalgorido S, García Prieto E y Escudero D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Analizar la epidemiología y evolución clínica de los pacientes con TOS que requieren ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por neumonía COVID-19.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes ingresados por neumonía COVID-19 durante 2020 y 2021 en UCI de un hospital de tercer nivel. Se realiza análisis descriptivo de variables epidemiológicas y clínicas.

Resultados: Ingresaron en UCI por neumonía COVID-19 606 pacientes de los que 18 fueron TOS. 72% hombres, 28% mujeres con edad media de 63 años IC (60,4-68,1) y Apache II medio de 23,6 IC (21,8-25,5). Los TOS fueron 3 pulmonares, 2 hepáticos, 1 cardíaco, 10 renales y 2 pacientes con doble trasplante renal y cardíaco, con una media de 8,45 años IC (5,5-11,3) desde el trasplante. Presentaban disfunción de órgano previo

al ingreso en UCI el 58,3% de los renales. Recibieron vacunación completa (2-3 dosis) el 61,1%, 16,6% ingreso previo a inicio de programa de vacunación, 16,6% no vacunados y 5,5% una dosis. La mortalidad global de todos los pacientes con neumonía COVID-19 fue del 19,9% y en los TOS fue del 61,1%. Analizando por órgano trasplantado fue de 100% en pulmonar, 66,6% en cardíaco, 58,3% en renal y 0% en hepático. Todos los pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva con una media de días de 14,5 en fallecidos y 43,6 en supervivientes. Presentaron fallo renal el 94,4% siendo necesaria sustitución renal en el 41,2% de ellos (y no solo en TOS renal). La estancia media del total de los pacientes con neumonía COVID-19 fue de 20,14 días. La del grupo de TOS fallecidos fue de 13,9 días y de 50,1 días IC (23,3-76,9) en UCI y 74,7 días de estancia hospitalaria en el grupo de los pacientes que no fallecieron.

Conclusiones: Los pacientes TOS ingresados por neumonía COVID-19 presentan una mortalidad tres veces superior al resto de pacientes COVID-19. Los pacientes que no fallecen presentan estancias medias muy superiores al resto de pacientes tanto en UCI como hospitalaria, siendo 2,5 veces superior en UCI. El TOS pulmonar con neumonía COVID-19 en UCI es el TOS que presenta peor evolución.

494. SÍNDROME DE TROMBOSIS-TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR VACUNA SARS-CoV-2 (TTIV): UN NUEVO RETO PARA LOS COORDINADORES DE TRASPLANTES

Gallego Texeira I^a, Pacheco Sánchez M^a, Cuenca Apolo DX^a, Gómez González C^a, Fernández García E^b y Cid Cumplido M^a

^aHospital Virgen del Rocío, Sevilla. ^bHospital Comarcal de la Merced, Sevilla.

Objetivos: Describir el perfil de los donantes que han recibido la vacuna COVID en los últimos 30 días previos al *exitus* y han tenido un cuadro clínico compatible o dudoso con VITT. Evaluar la eficiencia y efectividad de la donación en estos casos.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los donantes de órganos y tejidos en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla desde el 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021. Analizamos la vacunación frente a la COVID, seleccionamos los vacunados en el último mes y de ellos seleccionamos los donantes que han fallecido por cuadro clínico sugerente de TTIV.

Resultados: 56 donantes, 36 (64,2%) vacunados, 7 (12,5%) vacunados en el último mes, cuadro clínico compatible con VITT 5 (8,92%), VITT confirmada (1,78%). En los casos de sospecha de VITT: donantes efectivos (80%), donantes eficaces (60%).

Conclusiones: En nuestra serie, solo se pudo confirmar un caso de TTIV que no pudo ser donante de órganos por evolución a fallo multiórgano (donante A). El resto de casos son dudosos. Aunque la incidencia de estas complicaciones es muy baja, es necesario protocolizar el manejo desde el punto de vista de la coordinación de trasplantes.

495. UTILIDAD DE LA CORONARIOGRAFÍA PARA AUMENTAR LA DONACIÓN CARDIACA

Quindós Fernández B, Astola Hidalgo I, Vañas Domínguez S, Villalgorido García S, Balboa Palomino S, Leoz Gordillo B, Sánchez Gutiérrez A, Forcelledo Espina L, Martínez Elizalde J y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Evaluar el uso de la coronariografía para validar corazones subóptimos en el proceso de la donación cardíaca.

Métodos: Análisis de donantes consideraron subóptimos por antecedentes clínicos y edad en los que se realizó un cateterismo cardíaco para ver el estado de las coronarias y poder así validar el órgano. Período de estudio: desde marzo de 2018 hasta septiembre de 2021. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enolismo, enfermedad vascular periférica y causa de la muerte, así como, datos del receptor (edad, complicaciones inmediatas, función cardíaca y supervivencia).

Resultados: Durante el tiempo de estudio se analizaron 9 donantes. La edad media fue de 61,8 ± 2,7 años. Los FRCV: 30% hipertensión arterial (HTA), 11,1% diabetes, 11,1% dislipemia, 30% fumadores, 44,4% hábito enólico, el 44,4% no presentaban ningún FRCV. Ninguno tenía enfermedad vascular periférica. Las causas de la muerte encefálica fueron: 7 pacientes ictus hemorrágico, 1 anoxia posparada cardíaca por atragantamiento y una hemorragia subaracnoidea aneurismática. Tras la realización del cateterismo, 7 corazones fueron válidos y se trasplantaron. La edad media de los receptores fue de 64,7 ± 3,8 años. Ninguno tuvo complicaciones en el postoperatorio inmediato. La ecocardiografía al mes del trasplante fue normal en todos los casos. Tres receptores (42,8%) fallecieron, uno por complicaciones hemorrágicas tras una reintervención cardíaca por insuficiencia mitral grave a los 3 años del trasplante, otro por una neumonía SARS-CoV-2 a los 2 meses postrasplante y otro a los 45 días postrasplante por sepsis respiratoria secundaria a *Pseudomonas aeruginosa* y *Candida albicans*. 3 Trasplantes se han realizado en el presente año 2021, por lo que tienen poco tiempo de evolución.

Conclusiones: La realización de coronariografía permite aumentar el pool de donantes cardíacos. En nuestro estudio, la coronariografía permitió que siete de nueve donantes (77,7%), considerados subóptimos, se aceptaran y fueran trasplantados con éxito.

Nefrología/Depuración extrarrenal

Moderadores: María Dolores Arias Verdú y Francisco Javier González de Molina Ortiz

496. ANÁLISIS PLASMÁTICO MEDIANTE PROTEÓMICA EN PACIENTES CON LESIÓN RENAL AGUDA ASOCIADA A SEPSIS

Broch Porcar MJ^a, Padrós Olmedo M^a, Carrasco de Jaureguizar MdC^a, Maya Gallegos MC^a, Congost Maestre A^b, Muñoz Díaz M^b, Valero Rustarazo ML^b, Castellanos Ortega Á^a y Sánchez del Pino MM^b

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

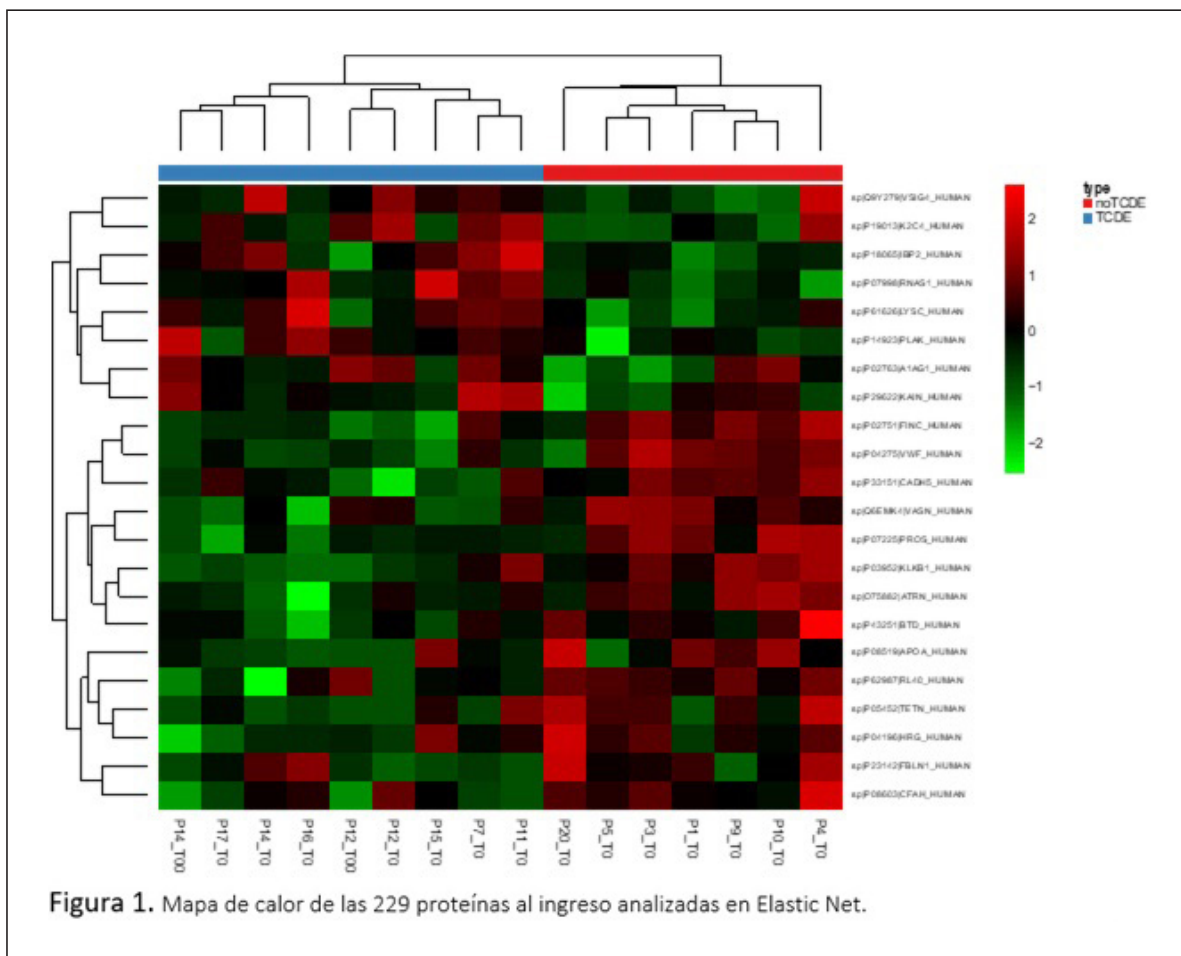
Objetivos: Identificar paneles de proteínas que sirvan como biomarcadores pronósticos en pacientes con lesión renal aguda secundaria a sepsis (s-LRA).

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 plasma para el análisis proteómico al ingreso, de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, que se procesan en el Servicio de Proteómica de la UV. El análisis estadístico se realiza con la

Tabla Póster 494

	Donante A	Donante B	Donante C	Donante D	Donante E
Tipo donación	Muerte cerebral	Muerte cerebral	Muerte cerebral	Asistolia tipo III	Muerte cerebral
Edad	36 años	42 años	51 años	57 años	64 años
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Mujer
Tiempo vacunación- <i>exitus</i>	11 días	6 días	21 días	18 días	7 días
Tipo vacuna	Janssen	Janssen	Pfizer	Pfizer	Astra-Zen
Condiciones preexistentes	No	Malformación AV	Exfumador.	Fumador.	Aneurisma clipado
Medicación previa	No	No	No	No	No
Trombosis senos venosos	Sí	Sí	Sí	No	No
Trombosis a otro nivel	Sí (Porto-mesentérica)	No	No	Trombosis arterial (Art basilar)	No
Hemorragia intracraneal	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Recuento plaquetas	< 20.000	> 150.000	> 150.000	> 150.000	140.000
D-dímero	> 120.000	5.000	31.000	20.000	-
Ac PF4	Positivo	Negativo	Negativo	Negativo	-
Donación órganos	-	Riñones, Hígado, Pulmón	Corazón, Hígado, Riñones	Hígado y riñones (no válido macro)	Hígado y riñones

Figura Póster 496



herramienta R v. 4.0.2. Las variables continuas se expresan con 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 aplicaron métodos de regresión con penalización y de reducción de dimensión a las proteínas cuantificadas y análisis bioinformáticos para conocer sus funciones.

Resultados: Se estudian 18 pacientes con s-LRA con una edad media de 63,9 años siendo el 77,8% varones, que se clasifican en 2 grupos: No TCDE (no precisan técnicas continuas de depuración extrarrenal: 10 pacientes) vs. TCDE (si las precisan: 8 pacientes). Las únicas diferencias significativas entre ambos grupos fue el mayor % de pacientes con VMI, mayor estancia en UCI y las puntuaciones en las escalas APACHE II; SAPS 3 y SOFA en el grupo TCDE. Se detectó un panel con 16 proteínas que clasifica a los pacientes de los grupos NoTCDE y TCDE (fig.). También se identifican dos paneles con 8 y 10 proteínas que se asocian con un riesgo elevado de adquirir infección nosocomial y con la supervivencia respectivamente.

Conclusiones: Mediante técnicas de proteómica no dirigida se identificaron en muestras biológicas de pacientes con sepsis y lesión renal aguda, paneles de proteínas que se asociaron con la necesidad de iniciar TCDE, el desarrollo de infección nosocomial y la supervivencia. Si se confirman estos hallazgos, estas proteínas podrían utilizarse como biomarcadores mejorando la precisión en aspectos diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, mejorando la práctica clínica habitual, y la seguridad de los pacientes.

497. DEPURACIÓN RENAL AUMENTADA EN PACIENTES CRÍTICOS CON COVID-19 Y SIN COVID

Tomas Irriguible T, Blasco C, Ruiz Artola V, González E, Bielsa Berrocal L, Philibert V, Manciño Contreras J, Campos Gómez A y Malumbres Serrano S
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: El aclaramiento renal aumentado (ARC) es un fenómeno con una prevalencia en torno al 30% en UCI. El objetivo principal del estudio fue comparar la prevalencia de ARC en pacientes críticos con COVID-19 con pacientes críticos sin COVID.

Métodos: Se analizó la TFG medida a partir de la recogida de orina de 24 horas. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años ingresados en UCI con COVID-19 durante la primera ola (de marzo a abril, en 2020). Y una cohorte anterior de pacientes no COVID registrados durante marzo y abril, en 2019. Criterios de exclusión: pacientes anúricos; pacientes con lavados vesicales; pacientes sin sondaje urinario y pacientes bajo terapia de reemplazo renal continua o intermitente. Análisis estadístico: Las variables cualitativas se comparan mediante la prueba t de Student o mediante la prueba U de Mann-Whitney según su distribución normal o no, respectivamente. Un error tipo 1 por debajo de 0,05 ($p < 0,05$) se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: El estudio incluyó a 82 pacientes, 35 pacientes con COVID-19 y 47 sin COVID. El análisis comparativo entre el grupo COVID-19 y el no COVID solo mostró diferencias en cuanto al género y la ventilación mecánica (VM). Encontramos un 91,4% de hombres en el grupo COVID-19 frente a 72,34% en el grupo no COVID, $p = 0,041$, y un 100% de VM en el grupo COVID-19 frente a 82,61% en el grupo no COVID, $p = 0,026$. No encontramos diferencias en el resto de variables comparando el grupo COVID-19 y no COVID: Ni en edad [59 (38-71) vs. 57 (18-83) años, $p = 0,750$]; TFG [111,80 (0,81-204,33) frente a 85,86 (3,45-284,59) ml/min/1,73 m²; creatinina en orina [54 (17-156) vs. 50 (16-150) mg/dL, $p = 0,192$]; creatinina sérica [0,78 (0,32-5,52) frente a 0,87 (0,26-4,92) mg/dL, $p = 0,775$]; enfermedad renal crónica [5 (14,29%) vs. 4 (8,51%), $p = 0,638$]; fracaso renal agudo [20 (58,82%) vs. 25 (53,19%), $p = 0,782$], ni en la mortalidad [6 (17,14%) vs. 11 (23,4%), $p = 0,677$]. El ARC fue similar en el grupo de dos grupos ($p = 0,195$): El ARC se encontró en un 39,13% en el grupo

COVID-19 y en un 25,53% en el grupo no COVID. La TFG < 90 mL/min/1,73 m² también fue similar en ambos grupos: del 36,96% en pacientes con COVID-19 y del 55,32% en el grupo sin COVID. Igualmente, la mortalidad en la UCI también fue similar en ambos grupos, del 17,14% frente al 23,4%, en el grupo COVID-19 y no COVID, respectivamente.

Conclusiones: Este estudio destaca que el aclaramiento renal aumentado es un fenómeno frecuente en pacientes con COVID-19, con una prevalencia del 39%. Semejante a otros tipos de pacientes críticos ingresados las unidades de cuidados intensivos.

498. ESTRATEGIAS DE ANTICOAGULACIÓN EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS COVID-19: HEPARINA VS. CITRATO

Yébenes Calvo R^a, Vejo Gutiérrez J^a, Seises García I^a, Soto Gómez-Cambrero J^a, Rábano Alonso J^a, Gutiérrez Melón C^a, Millán Estañ P^a, Asón Portilla M^b y Portilla Botelho MC^c

^aHospital Universitario la Paz, Madrid. ^bFundación Instituto San José, Madrid. ^cHospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Valorar si el uso de citrato en terapia de remplazo renal continua (TRRC) en pacientes COVID-19 en tratamiento con enoxaparina sistémica a dosis intermedias alarga la duración de los kits de filtración en comparación con aquellos que utilizan heparina sódica como anticoagulante regional.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en UCI y Reanimación del Hospital Universitario La Paz de Madrid con diagnóstico de neumonía bilateral COVID-19 y precisaron TRRC desde el 1 marzo de 2020 hasta el 30 de octubre de 2020. Se registraron datos demográficos, número de set por paciente, estrategia de anticoagulación y duración de cada sistema y se compararon mediante la t de Student.

Resultados: En el periodo de tiempo de análisis se recogieron un total de 41 pacientes que precisaron TRRC. La edad media de la muestra es 63,15. Un 95,1% eran hombres. En total, se utilizaron 279 set de filtración, de los cuales 177 (63,4%) se anticoagularon con heparina, 64 (22,9%) con citrato, 19 (6,8%) con epoprostenol y 19 (6,8%) sin anticoagulación. Todos los pacientes recibieron enoxaparina a dosis intermedias. Un total de 3 pacientes (7,3%) recibieron terapia con ECMO. El tiempo medio de estancia en unidad de críticos fue 35,4 días y la mortalidad fue del 82,9% de los pacientes. Dentro del subgrupo de kits de heparina la duración media fue 29,9 horas y la de citrato 26,5 horas. Cumpliendo las condiciones de aplicabilidad, se realizó un análisis de comparación de medias con t de Student obteniendo t = 0,916 y valor p = 0,361.

Conclusiones: El análisis de los datos muestra que en los pacientes críticos con COVID que ingresaron en nuestro Centro en las fechas señaladas no existen diferencias en la duración de los sistemas de hemofiltro según el anticoagulante escogido. Hay que tener en cuenta dos hechos relevantes que han podido conducir a estos resultados, que difieren de los datos obtenidos en otro perfil de pacientes: 1. Todos los pacientes se encontraban con enoxaparina subcutánea a dosis intermedias, como parte del tratamiento para COVID. 2. La excesiva carga de trabajo del personal sanitario, para una técnica más compleja, pese a que en nuestro Centro la terapia regional con citrato es de primera elección desde el año 2014.

499. HIPERACLARAMIENTO RENAL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, ¿NOS ACLARAMOS?

Seises García I, Nanwani Nanwani K, Hernández Rivas L, Quintana Díaz M, Ferreira Basanta J, Vejo Gutiérrez J, Soto Cambrero J, Rábano Alonso J, Casero H y López Fernández A

Complejo Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de hiperaclaramiento renal (CrCl > 130 mL/min/1,73 m²) en muestra de pacientes críticos. Comparar capacidad diagnóstica de diferentes escalas y técnicas, incluyendo las validadas para el hiperaclaramiento.

Métodos: Estudio transversal y unicéntrico. Incluidos todos los pacientes ingresados en un determinado día en la UCI del HULP. Analizadas variables clínicas y demográficas habituales junto con aclaramiento de 24h de creatinina, cistatina y escalas de función renal.

Resultados: 52 pacientes con edad media 61,4 ± 10,4 años, mayoría hombres (80,8%) ingresados por neumonía COVID-19 (55,8%). Otros motivos de ingreso: neurocrítico sin TCE (11,5%), TCE (7,7%), trauma sin TCE (5,8%), quemados (5,8%) y sepsis (3,8%). Mediana de puntuación SOFA: 4 (3-6) y APACHE II 10 (9-16). Estancia en UCI en el momento de analizar las variables: 13,5 días (4-20). Prevalencia de pacientes hiperaclaramadores por CrCl: 25% (n = 13). Asumiendo dicho método como gold estándar, la tabla 1 muestra la sensibilidad y especificidad de varias escalas de función renal e hiperaclaramiento. Los pacientes hiperaclaramadores presentaron cifras menores de creatinina, urea y cistatina C respectivamente (media ± desviación estándar): 0,467 ± 0,124 vs. 0,815 ± 0,487 mg/dL (p < 0,001); 37,615 ± 12,045 vs. 72,31 ± 45,417 mg/dL (p < 0,001) y 0,885 ± 0,248 vs. 1,665 ± 0,888 mg/L (p < 0,001). El resto de parámetros, incluida la mortalidad a los tres meses, no mostraron resultados relevantes.

Prueba/escala diagnóstica	n	S	E	VPP (%)	VPN (%)
Cistatina	1	0,08	1	100	75
Filler	4	0,31	1	100	76
CKD-EPI	6	0,38	0,97	83	83
MRDR-6	22	0,69	0,67	41	87
MRDR-4	31	0,92	0,51	39	95
MRDR-4 IDMS	28	0,77	0,54	36	86
Cockcroft-Gault	30	0,77	0,49	33	88
Escalas de hiperaclaramiento					
ARC > 7	5	0,15	0,92	40	77
ARCTIC > 6	37	0,92	0,36	32	93

Conclusiones: Uno de cada cuatro pacientes críticos de nuestra cohorte cumplió criterios de hiperaclaramiento renal por CrCl > 130 mL/min/1,73 m², con las posibles implicaciones terapéuticas que dicha entidad infradiagnosticada acarrea. Ninguna de las escalas o pruebas de función renal mostró una potencia suficiente para el diagnóstico, ni si quiera las escalas validadas para dicho fin. Cifras de creatinina, urea y cistatina en rangos bajos de la normalidad deben levantar las sospechas ante un posible paciente hiperaclaramador, aunque se necesitan más estudios al respecto.

500. LESIÓN RENAL AGUDA EN EL PACIENTE CON SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EN PACIENTES MANEJADOS DE FORMA CONSERVADORA VERSUS PACIENTES MANEJADOS CON TÉCNICAS DE DEPURACIÓN EXTRARENAL

Posadas Pita GJ, Pérez Torres D, Díaz Rodríguez C, Canas Pérez I, Colmenero Calleja C, Cuenca Rubio C, Sánchez Ballesteros J, Merino García PA, Sanz Hernán JJ y Enríquez Giraudo PM

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes con sepsis o shock séptico que desarrollan lesión renal aguda (LRA), definida como creatinina ≥ 1,3 mg/dL, en el grupo de manejo conservador (MC) y en el grupo de terapia de remplazo renal continuo (TRRC).

Métodos: Cohorte retrospectiva unicéntrica de pacientes ingresados en UCI por sepsis o shock séptico durante 2018 y 2019. Se registraron variables clínicas y datos demográficos. Resultados expresados como mediana (RIC) o frecuencia (%). Comparaciones mediante χ^2 o U de Mann-Whitney, según corresponda.

Resultados: Se estudian 191 pacientes, 53% varones, edad 68 (59-76) años. De ellos, 35% no desarrolló LRA, 54% desarrolló LRA que precisó MC, y 11% desarrolló LRA que precisó TRRC. Mortalidad 5% sin LRA, 13% en grupo de MC (OR mortalidad respecto a grupo sin LRA: 3, IC95% 0,8-17, p = 0,08), 48% en grupo de TRRC (OR mortalidad respecto a grupo de MC: 6,4, IC95% 2-20, p < 0,01). Se identificaron 51 pacientes (26,7%) que cumplieron criterios de hiperfiltradores, con una mortalidad del 9,8%, frente a una mortalidad del 5,7% en los 35 pacientes (18,3%) con filtrado glomerular normal, p = 0,49. Las características de los pacientes con LRA se resumen en la tabla.

Conclusiones: En nuestra serie, la LRA manejada de forma conservadora se asoció a un incremento no significativo de la mortalidad. Los pacientes que precisaron soporte con TRRC presentaron mayor gravedad, mayor necesidad de soporte vital y mayor mortalidad que los pacientes manejados de forma conservadora.

	Conservador (n = 104)	TRRC (n = 21)	p
Mortalidad, %	13	48	< 0,01
Edad, años	70 (62-78)	69 (61-73)	0,29
Sexo masculino, %	52	67	0,21
Comorbidity Polypharmacy Score	11 (7-14)	11 (5-14)	0,14
APACHE-II	22 (18-36)	29 (23-35)	< 0,01
SOFA	8 (5-10)	10 (9-12)	< 0,01
Uso noradrenalina (NA), %	82	86	0,66
Días NA	2,5 (2-5)	6 (3-12)	< 0,01
Dosis máxima NA	0,15 (0,09-0,28)	0,35 (0,24-0,7)	< 0,01
Ventilación mecánica (VM), %	30	76	< 0,01
Días VM	5 (2-8)	9 (5-12)	0,04
Desarrollo de arritmias, %	29	57	0,01
Tratamiento con bicarbonato, %	31	67	< 0,01
Tratamiento con corticoides, %	10	57	< 0,01
Tratamiento con albúmina, %	13	67	< 0,01
LTSV, %	16	38	0,02
Balance hídrico a las 96 h, litros	5,9 (2,2-8,9)	9,7 (5,7-15,6)	< 0,01
pH mínimo	7,3 (7,22-7,35)	7,2 (7,14-7,23)	< 0,01
Bicarbonato mínimo, mmol/l	18 (16-20)	(10-18)	< 0,01
Creatinina máxima, mg/dl	2 (1,6-3,1)	3,17 (1,7-3,2)	< 0,01

501. RECUPERABILIDAD DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS QUE PRECISAN TERAPIA CONTINUA REEMPLAZO RENAL (TCRR) EN EL CONTEXTO DE FRACASO RENAL AGUDO KDIGO III

López López Á y Sousa González A^a

Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Objetivos: Analizar la recuperación de la función renal a largo plazo en pacientes con fracaso renal agudo KDIGO III que precisaron TCRR. Como objetivos secundarios, conocer la supervivencia de este grupo de pacientes, la etiología más frecuente, así como la técnica de anticoagulación más comúnmente empleada en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional de carácter retrospectivo de pacientes ingresados en UCI polivalente de 30 camas (HUVU) que en el contexto de FRA KDIGO III precisaron TCRR en un período de 2 años (2019-2020). Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos, comorbilidades previas, escalas de gravedad al ingreso (APACHE II y SOFA), datos analíticos al inicio de la TCRR y al año de supervivencia, mortalidad en UCI y necesidad de HDI crónica.

Resultados: Se analizaron un total de 117 pacientes (edad media 64 años, 65% varones). Al ingreso presentaban SOFA promedio de 9 puntos y APACHE-II de 22 puntos. Un total de 49 (41,88%) eran diabéticos, 73 (62,4%) hipertensos, 32 (27,3%) eran enfermos renales crónicos, y 8 (6,8%) eran cirróticos. 70 pacientes (59,8%) fallecieron durante su ingreso en UCI, mientras que 47 sobrevivieron. Del grupo superviviente, 44 pacientes (93,6%) recuperaron diuresis y normalizaron datos de función renal al año. La creatinina promedio fue 1,14 mg/dl. Solo 3 pacientes requirieron de HDI crónica. En el 89% de los pacientes se empleó anticoagulación regional con citrato, observando una tasa muy baja de complicaciones con esta técnica. Respecto a la etiología, la más frecuente fue el shock séptico (62 pacientes, 53%), seguido del shock cardiogénico (16 pacientes, 13,67%), acidosis láctica asociada a metformina (8 pacientes, 6,83%), shock hemorrágico (6 pacientes, 5,1%). Otras causas (25 pacientes, 21,36%). Al analizar el subgrupo atribuible a acidosis láctica asociada a metformina, observamos que 7 de 8 pacientes sobrevivieron (87%). Al inicio de la TCRR presentaban pH promedio de 6,98 y K: 6,3 mEq/L. La necesidad de TCRR fue de 3,3 días y ningún paciente precisó a posteriori HD crónica.

Conclusiones: Los pacientes con fracaso renal agudo que precisan TCRR son pacientes críticos con una tasa de mortalidad elevada. Sin embargo, aquellos que se estabilizan y superan el evento agudo, en un alto porcentaje recuperan la función renal sin necesidad de hemodiálisis crónica. Por último, resaltamos los pacientes con acidosis láctica asociada a metformina. Presentan una altísima gravedad al ingreso con alteraciones metabólicas severas; en cambio, precisan pocos días de TCRR, normalizando las alteraciones metabólicas y recuperando la función renal.

502. VALIDEZ DE LA DETECCIÓN DE PROTEINURIA EN TIRA REACTIVA DE ORINA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL FRACASO RENAL AGUDO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Sánchez Morán F, Mateu Campos ML, Camañez Fortanet J, Sánchez Tomás B, Villanova Landete A y Reig Valero R

Hospital General de Castelló, Castellón.

Objetivos: Evaluar si la presencia de proteinuria por tira reactiva y el cociente microalbúmina/creatinina en orina permiten establecer el diagnóstico de fracaso renal agudo (FRA) antes que los criterios de las guías de la Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) y comparar la incidencia de FRA según ambos procedimientos.

Métodos: Diseño: estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico en pacientes críticos. Ámbito: UCI médico-quirúrgica de un hospital de tercer nivel. Pacientes y método: se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años y menores de 80 años, cuya patología de ingreso supusiera riesgo de desarrollar FRA, con una esperanza de vida y estancia en UCI superior a 72 horas y que no requirieran tratamiento de sustitución renal al ingreso ni presentar antecedentes clínicos de enfermedad renal crónica (ERC). Los pacientes ingresados por infección por SARS-CoV-2 fueron excluidos. La presencia de FRA se definió según los criterios de las guías KDIGO. Variables de interés: se analizaron variables demográficas, clínicas, de gravedad y analíticas para el seguimiento de la función renal durante el ingreso. Período de estudio: el estudio abarca un período de 13 meses, entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes en el estudio, el 66,7% hombres. La edad media fue de 67,78 años (desviación estándar 15,13). El 42,4% de los pacientes presentaron criterios de FRA según las guías KDIGO. Al tercer día, los valores de proteinuria en los pacientes con criterios de FRA fueron superiores con respecto al grupo sin criterios de FRA [79 mg/dl (45-144) vs. 43,96 ± 22 mg/dl; p < 0,05]. Un valor de proteinuria superior a 64,5 mg/dl permitió clasificar adecuadamente al 71,4% de los pacientes que presentaban FRA (AUC = 0,766; p = 0,031; IC95% 0,506-1). El cuarto día, se encontraron valores de proteinuria y el cociente microalbúmina/creatinina en orina mayores en el grupo con criterios de FRA, resultando significativos.

Conclusiones: Comparado con la presencia de criterios KDIGO, la detección de proteinuria por tira reactiva y el cociente microalbúmina/creatinina en orina no han permitido establecer el diagnóstico de FRA. Tampoco se han visto diferencias en la incidencia.

Pósteres pantalla

Cardiovascular 2

Moderador: Jorge Duerto Álvarez

503. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y/O MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO

Breval Flores A, Garrino A, Giménez B, Díez del Corral B y Villegas del Ojo J

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Estudiar la asociación entre variables clínicas, analíticas y morbimortalidad de los pacientes con shock cardiogénico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Enero-diciembre 2021. Analizamos variables demográficas, FRCV, clínicas y analíticas y su asociación con complicaciones y/o mortalidad.

Resultados: 33 pacientes, 51,5% hombres, edad media 68,9 (11,72). Mortalidad 66,7%. Complicaciones 73,3%. De los FRCV encontramos asociación con el desarrollo de complicaciones con la HTA (p < 0,017) y asociación entre mortalidad y obesidad (p < 0,049). El desarrollo de complicaciones (trastornos ritmo, derrame pericárdico, reinfarcto, complicación mecánica, trombosis *stent*, SDMO) se asociaba a mortalidad (73,3 vs. 26,7) (p < 0,010). Entre las variables clínicas: tratamiento de reperfusión (ACTP primaria 54,5/fibrinólisis 76,9%), necesidad ACTP de rescate (62 vs. 66%), ACTP primaria < 120 minutos (75 vs. 54,5%); ausencia lesiones coronarias (66,7 vs. 62,5%); tratamiento ARI (40 vs. 75%); revascularización completa (50 vs. 53,8%); y/o la necesidad VM, soporte inotrópico o vasoactivo, disfunción ventricular grave (< 20%) no encon-