

culada para el 1<sup>er</sup> periodo del 5,8%, y para el segundo del 4,3%. 1<sup>er</sup> periodo: 5 ICP 1<sup>a</sup>. Nueve pacientes reciben fibrinolisis, con fracaso del tratamiento en 2, requiriendo cateterismo urgente. Dos pacientes no recibieron fibrinolisis por SCACEST evolucionado. Analizada la FEVI, se obtuvo una media de 50,35%, que resultaba en una clase funcional media de 1,62 (mediana de 2). 2<sup>o</sup> periodo: 19 ICP 1<sup>a</sup>. En los 4 pacientes restantes se realizó fibrinolisis requiriendo un cateterismo urgente por fracaso de la misma. Analizada la FEVI de los pacientes, se obtuvo una media de 54,65%, que resultaba en una clase funcional media de 1,3 (mediana de 1).

**Conclusiones:** Los periodos temporales y grupos son comparables. No hemos encontrado diferencias en la mortalidad entre una estrategia terapéutica y otra. Si se encontraron diferencias en la FEVI tras el tratamiento precoz, con una mejoría en la clase funcional a favor del periodo con ICP primaria.

## 627. NUESTROS RESULTADOS EN POSTOPERATORIO DE WHIPPEL

Abansés Moreno P, Arche Banzo MJ, Edroso Jarne P, Ocabo Buil P, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Herrero García S, Mayordomo García C, Zalba Etayo B e Isern de Val I

Hospital clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar los factores relacionados con complicaciones médico-quirúrgicas tras intervención de Whipple durante su estancia en UCI.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI tras Whipple, de enero 2015 a noviembre 2019. N = 93. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el programa SPSS 21.

**Resultados:** Edad media: 67,34 ± 9,1 años, 57 eran varones (61,3%). El 72,6% tenían un IMC ≥ 25. Sin embargo, se observó desnutrición en un 79,3% de los casos. El 51,6% eran hipertensos, 23,7% diabéticos, 46,2% dislipémicos. 36 pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente y a 47 se les implantó previamente prótesis biliar. Se observaron 28 casos de sepsis; desarrollando en un 21,5% fallo multiorgánico. El aparato respiratorio fue el principal afectado (41,9%), junto con un alto porcentaje de insuficiencia renal (29,6%). De las complicaciones quirúrgicas, 35 de los pacientes (37,6%) desarrolló infección intraabdominal. Otras fueron la fístula pancreática 30%, infección de la herida quirúrgica 25,8%, absceso intrabdominal 22,6%. Un tiempo quirúrgico superior a 6 horas se relacionó con un aumento de complicaciones médicas (p 0,036). Se encontraron diferencias significativas entre de los casos reintervenidos (29%) con ambos tipos de complicaciones (p 0,000). En los pacientes con balance hídrico positivo las primeras 12h, se dieron mayor número complicaciones quirúrgicas (p 0,058). El análisis estadístico no halla diferencias respecto al estado prequirúrgico del paciente, a excepción de un mayor riesgo de infección intrabdominal en los pacientes diabéticos (p 0,031), en los desnutridos (p 0,057) y en aquellos con manipulación previa tanto quirúrgica como endoscópica (p 0,046 y p 0,065). Así mismo, se encontró relación entre los pacientes diabéticos y los casos de sepsis (p 0,054). Según la estirpe tumoral las complicaciones quirúrgicas fueron más frecuentes (p 0,018).

**Conclusiones:** Las intervenciones quirúrgicas previas, reintervenciones y la colocación de prótesis biliar son factores que influyen en el desarrollo de infección intraabdominal en el posoperatorio inmediato. El balance hídrico positivo condiciona un mayor número de complicaciones quirúrgicas. Los pacientes diabéticos y/o desnutridos presentan mayor riesgo de infección intrabdominal. El ampuloma y el tumor intraductal mucinoso son los que más se complican.

## 628. SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO DE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA

Abansés Moreno P, Arche Banzo MJ, Edroso Jarne P, Ocabo Buil P, Lozano Gómez H, Matute Guerrero A, Herrero García S, Mayordomo García C, Zalba Etayo B y Montes Aranguren M

Hospital Clínico Lozano Blesa en Zaragoza.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad a corto plazo de todos los pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica en nuestro centro.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de 93 pacientes ingresados en nuestra

unidad tras duodenopancreatectomía cefálica. Se realizó contraste de hipótesis según sean variables cuantitativas o categóricas y según el patrón de normalidad, mediante los test  $\chi^2$  de Pearson, t de Student y U de Mann Whitney utilizando el programa SPSS-21.

**Resultados:** El 61,3% de los pacientes fueron hombres y el 38,7% mujeres, siendo mayores de 65 años el 61,3% de ellos. La estancia media fue de 14,24 ± 33,59 días. 11 pacientes (11,8%) fallecieron en UCI, el resto de los pacientes fueron dados de alta de nuestro servicio y todos ellos a domicilio. Del total de la muestra, el 65,6% de los pacientes presentaron complicaciones de tipo quirúrgico, siendo la más frecuente la infección intraabdominal hallada en 34 pacientes (36,6%) cuya mortalidad fue superior de forma significativa (p 0,047). La fístula pancreática fue la segunda complicación más frecuente, 28 casos (30,3%) sin afectar a la supervivencia. Sin embargo, aunque la fístula biliar e intestinal fueron menos frecuentes sí que aumentaron el riesgo de mortalidad por 3,6 y 6,1 respectivamente (p 0,052 y p 0,007). Un 30,1% de los pacientes desarrolló sepsis con un riesgo de exitus 5 veces mayor que aquellos que no lo desarrollaron (p 0,001). El 21,6% presentó fallo multiorgánico (p 0,000). También se encontraron diferencias significativas con la descompensación cardiaca (p 0,045) y la insuficiencia renal (p 0,000). No hallamos relación entre la mortalidad y la técnica quirúrgica, el tiempo quirúrgico, el sangrado intraoperatorio. Tampoco con la etiología tumoral, el estado nutricional previo ni otras comorbilidades asociadas.

**Conclusiones:** La complicación más frecuente en nuestro medio es la infección intraabdominal. Ante la aparición de fístulas biliar y/o intestinal peores se observaron peores resultados de supervivencia en comparación con otras complicaciones quirúrgicas. El estado nutricional previo no aumentó el riesgo de fallecimiento en la DPC.

## Pósteres pantalla

### Donación/Trasplantes

#### 122. INTOXICACIÓN POR METANOL Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

Estébanez Montiel MB<sup>(a)</sup>, López M<sup>(b)</sup>, de la Calle Reviriego B<sup>(c)</sup>, Martín Villén L<sup>(d)</sup>, Ballesteros MA<sup>(e)</sup>, Galán Torres JB<sup>(f)</sup>, Ruiz Esteban P<sup>(g)</sup>, Adalia Bartolomé R<sup>(h)</sup>, Daga Ruiz D<sup>(i)</sup> y Mahillo Durán B<sup>(j)</sup>. Grupo de Investigación: Proyecto DRNE Organización Nacional de Trasplantes

<sup>(a)</sup>Hospital Universitario La Paz en Madrid. <sup>(b)</sup>Hospital Universitario Cruces en Barakaldo. <sup>(c)</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón en Madrid. <sup>(d)</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla. <sup>(e)</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander. <sup>(f)</sup>Hospital Universitario La Fe en Valencia. <sup>(g)</sup>Hospital Regional Universitario en Málaga. <sup>(h)</sup>Hospital Clínico en Barcelona. <sup>(i)</sup>Hospital Virgen de la Victoria en Málaga. <sup>(j)</sup>Organización Nacional de Trasplantes en Madrid.

**Objetivos:** Investigar el perfil epidemiológico de los donantes fallecidos por intoxicación por metanol, la validez de los órganos para trasplante y conocer el resultados de los trasplantes realizados a partir de ellos.

**Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo que analiza los datos de todos los donantes fallecidos intoxicados por metanol, recogidos prospectivamente en el Registro Integrado de Donación y Trasplante de la Organización Nacional de Trasplantes (CORE), durante el periodo 2013-2016, con datos de seguimiento de los receptores proporcionados por la aplicación específica para el seguimiento de los receptores de donantes de riesgo no estándar (DRNE).

**Resultados:** Durante el periodo de estudio hubo un total de 24 donantes intoxicados por metanol. Todos fueron donantes utilizados. Hubo 12 donantes varones (50%) y doce mujeres. La mediana de edad fue de 46,5 años (P25: 39-P75: 52 años). La mayoría (23 donantes, 95,83%) fueron donantes en muerte encefálica y solo un paciente (pac.) fue donante en asistolia tipo IIa. En total fueron donados los siguientes órganos: 46 riñones, 16 hígados, 14 corazones, 18 pulmones, 1 páncreas, de los que se realizaron 77 trasplantes: 41 renales, 11 hepáticos, 13 cardíacos, 11 pulmonares y 1 páncreas-riñón. Se dispone del seguimiento del 90% de ellos (69 pacientes) a los tres meses del trasplante. El 88% de los pacientes (61 pacientes) continuaba vivo con injerto funcionante a los tres meses de seguimiento. De los 8 pacientes fallecidos durante el segui-

miento (1 renal, 1 pulmonar, 3 hepáticos, 3 cardíacos), dos pacientes fallecieron con injerto funcionando, dos fallecieron con función del injerto desconocida y cuatro fallecieron con injerto no funcionando. Salvo en un caso de trasplante cardíaco, en el que se planteó que el fallecimiento pudo tener como causa posible la intoxicación por metanol del donante, el resto de casos no se consideraron relacionados con la intoxicación por metanol.

**Conclusiones:** Dado que la muestra es reducida y son donantes complejos, es conveniente una evaluación rigurosa e individualizada del donante y de todos los órganos hasta disponer de una mayor casuística y una experiencia consolidada con ellos.

#### 124. INICIO Y SITUACIÓN DEL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA (MAASTRICHT III) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Martínez García P, Marcelo Zamorano MB, Álvarez González JI, Obad B, Iglesias Moreno MV y García López JL

*Hospital Universitario de Badajoz en Badajoz.*

**Objetivos:** Descripción del perfil epidemiológico, el tipo de técnicas de preservación y extracción que se han utilizado en los primeros donantes en situación de asistolia controlada del Hospital Universitario de Badajoz (HUB), durante el periodo de tres años; además de analizar el impacto en el número de donaciones de dicho programa.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la serie de pacientes, utilizando SPSS 15,0, en el periodo de octubre de 2016 a noviembre de 2019 de donación en asistolia controlada en nuestro centro.

**Resultados:** Durante el periodo descrito se han registrado un total de 20 pacientes donantes en asistolia controlada, de un total de 67 donantes en el mismo periodo. La mayoría son varones (70%), con una edad media de 59 años ( $\pm 9,6$  años). Dentro de los factores de riesgo cardiovascular, 4 de ellos presentaban hipertensión arterial, 2 diabetes mellitus y 3 hipercolesterolemia. La causa de la muerte fue en primer lugar la encefalopatía anóxica (40%), seguido del accidente cerebrovascular hemorrágico (35%) y del isquémico (25%). De los protocolos registrados, 13 se realizaron con la técnica de extracción superrápida (SR) y 7 mediante la técnica de perfusión abdominal normotérmica con ECMO (PAN-ECMO). En la técnica SR el tiempo medio de isquemia caliente total fue de 17,3 min ( $\pm 5,2$  min), el tiempo medio de isquemia caliente funcional fue de 10,6 min ( $\pm 4,7$  min), mientras que el tiempo medio de PAN-ECMO fue de 146,1 min ( $\pm 101$  min). Los órganos trasplantados obtenidos fueron 27 riñones y 7 hígados. Se pudieron obtener también tejidos en 12 de los donantes.

**Conclusiones:** A pesar de las dificultades iniciales asociadas a un programa de este tipo, la donación en asistolia controlada ya proporciona un número considerable de donantes, constituyendo un 29% de nuestros donantes, siendo previsible que esta cifra aumente en los próximos años. La técnica empleada en la mayoría de los pacientes fue la superrápida, aunque la técnica de PAN-ECMO se está asentando progresivamente.

#### 126. PROYECTO DE DONACIÓN TIPO III DE MAASTRICHT PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES EN CÁCERES

García Góngora B, Labrador Romero L, Barón Barrera I, Delgado Palacios C, Peña Naranjo JA, Casares Vivas M, Márquez Sánchez MA, Montáns Araujo M y Gallego Curto E

*Hospital Universitario de Cáceres en Cáceres.*

**Introducción:** Actualmente la actividad de donación es insuficiente para suplir las necesidades de trasplante de órganos en nuestra población. En este contexto de escasez permanente de órganos, buscar una alternativa a la donación por muerte encefálica es necesaria, por ello la donación en asistolia puede constituir un recurso adicional de órganos viables para trasplante. En el año 2014 se inicia en Cáceres un programa de donación en asistolia tipo II y tipo III de Maastricht, incluyéndose cada vez más pacientes. Por ello, se crea un proyecto para pacientes con enfermedades neuromusculares ofreciéndoles la posibilidad de donar sus órganos en el momento del fallecimiento.

**Métodos:** Se analizan los datos del programa de donación tipo III de Maastricht para pacientes con enfermedades neuromusculares en Cáce-

res desde su inicio en el año 2017 hasta el 2019 que comprende una muestra de 5 pacientes. Se estudian datos epidemiológicos como edad, sexo, y días de ingreso en UCI. Se incluye tiempo de circulación normotérmica, así como el número de órganos extraídos y número trasplantados.

**Resultados:** La media de edad de donantes fue 51,6 años ( $\pm 17,8$ ), siendo varones el 80%. Todos los pacientes han ingresado en UCI por insuficiencia respiratoria como consecuencia de la evolución natural de su enfermedad; la estancia media de ingreso en UCI fue de 2,5 días ( $\pm 0,86$ ). De los cinco pacientes del programa, dos de ellos habían expresado en vida su voluntad de ser donante de órganos. El tiempo medio de circulación normotérmica (ECMO) fue de 208,5 min ( $\pm 36,1$ ). Se extrajeron un total de 8 riñones y 4 hígados; todos los riñones han sido trasplantados y se han podido implantar 2 hígados (50%).

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad neuromuscular fallecen por la evolución de su patología. Este programa tiene el fin de dar a estas personas la posibilidad de donar sus órganos en el momento de su fallecimiento. Es un programa multidisciplinar con un método homologado a nivel bioético y legal en España que requiere la participación e integración de varios servicios tanto intra como extrahospitalarios. La puesta en marcha de este proyecto supuso un reto para los profesionales implicados, ya que actualmente no existen unidades específicas de patología neuromuscular en el Hospital de Cáceres. A través de la captación de este tipo de pacientes, se ha logrado un incremento medio anual del 20% en donaciones tipo III de Maastricht, ayudando a suplir las necesidades de órganos en España.

#### 621. LA INFLUENCIA DEL GRADO DE ESCOLARIDAD LA ESCUELA Y EL PARENTESCO EN LA AUTORIZACIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

López Toribio JL<sup>(a)</sup>, Klug D<sup>(a)</sup>, Losekann Vargas L<sup>(a)</sup>, Radke Bittencourt R<sup>(b)</sup> y Pereira Jotz P<sup>(c)</sup>. *Grupo de investigación:* GEPE Grupo de Ensino e Pesquisa-GHC

<sup>(a)</sup>Hospital Nossa Sra Conceição en Porto-Alegre, Brasil. <sup>(b)</sup>Escola de Ciências da Pontificia Universidade Católica do R en Porto-Alegre, Brasil. <sup>(c)</sup>Grupo ensino E Pesquisa GHC en Porto Alegre, Brasil.

**Objetivos:** En Brasil, la donación de tejidos, órganos de personas fallecidas para trasplantes u otros fines terapéuticos depende exclusivamente de la autorización del cónyuge o familiar mayor de edad que obedece la línea de sucesión, directa o colateral es decir, la autorización es realizada por un familiar. Este estudio tuvo como objetivo analizar la influencia de la escolarización y el parentesco en la decisión familiar de donar córneas para trasplantes.

**Métodos:** Investigación aplicada en el contexto del área de salud e involucra una de las etapas de la donación de órganos, que es el momento de la entrevista para la autorización de la familia en caso de identificación de un posible donante. Estudio cuantitativo, con diseño transversal y retrospectivo. El análisis documental, la muestra consistió en 291 formularios de entrevistas realizadas con familiares de posibles donantes entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se incluyó la totalidad de las entrevistas realizadas en el periodo mencionado.

**Resultados:** Con respecto a los datos de los miembros de la familia recopilados en el formulario de entrevista, llama la atención el hecho de que el 58,8% de los encuestados son mujeres, el 53,8% son menores de 41 años. En la muestra estudiada, Los niveles de educación se distribuyen de la siguiente disposición: 49,2% nivel primario; 33,7% nivel secundario; 17,1% Nivel superior. También se identificó que el 53,3% de los entrevistados tenían un grado de parentesco descendente. Los miembros de la familia con parentesco descendente tienen 2,07 veces más probabilidades (1,73-2,41; IC95%) de ser entrevistados en comparación con sus cónyuges. En el análisis, el 60,8% de los miembros de la familia, 177 en relación con 291 personas, deciden a favor de la donación.

**Conclusiones:** El estudio concluyó que en la entrevista, el grado de escolaridad del familiar y el parentesco influyen en la decisión de donar. Existe una asociación entre la decisión de donación y el nivel educativo del encuestado, con una decisión positiva para un mayor tiempo de escolaridad. Los miembros de la familia con nivel de educación superior tienen más probabilidades de decidir a favor de la donación. Esta distribución y organización permitió a la Coordinación Intrahospital de Trasplante reorganizarse y buscar mejores resultados en las entrevistas, en un país que el número de negativas familiares llega al 43% de promedio.

Figura 1 Póster 621

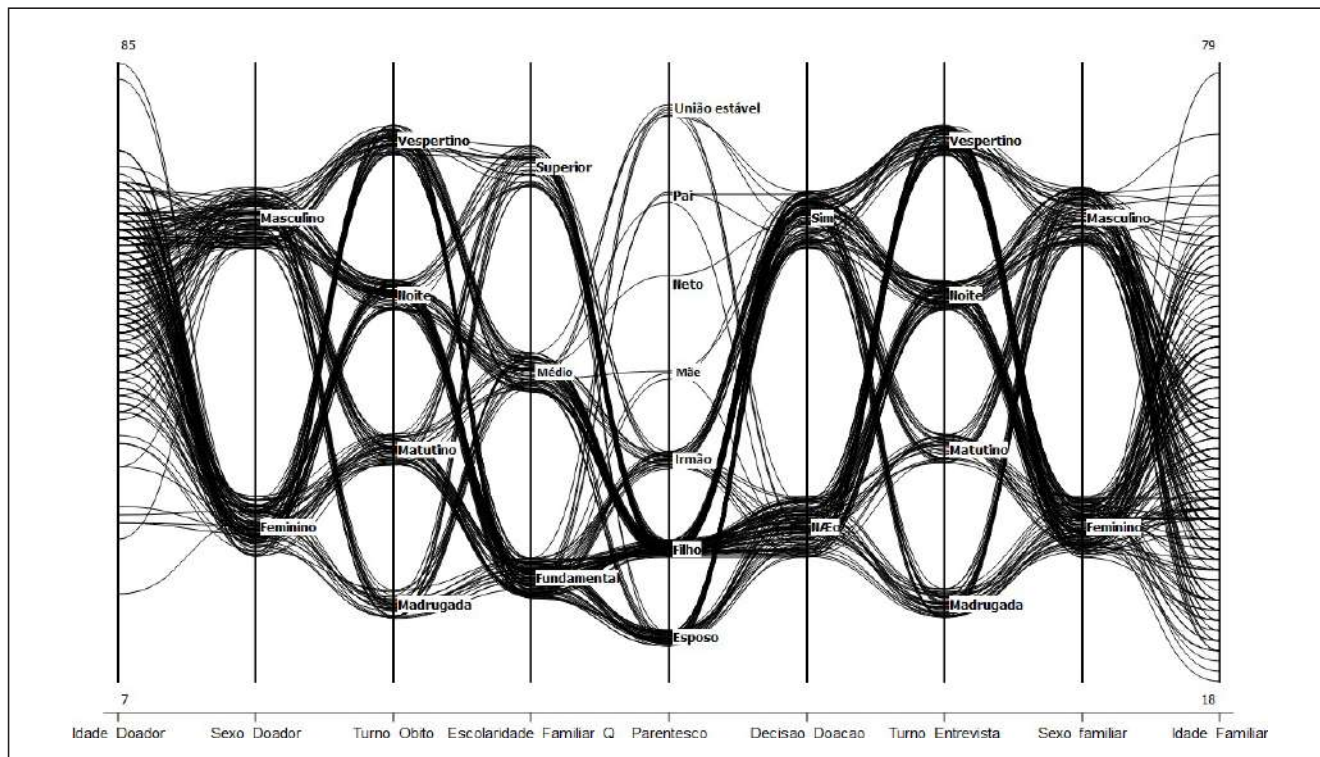
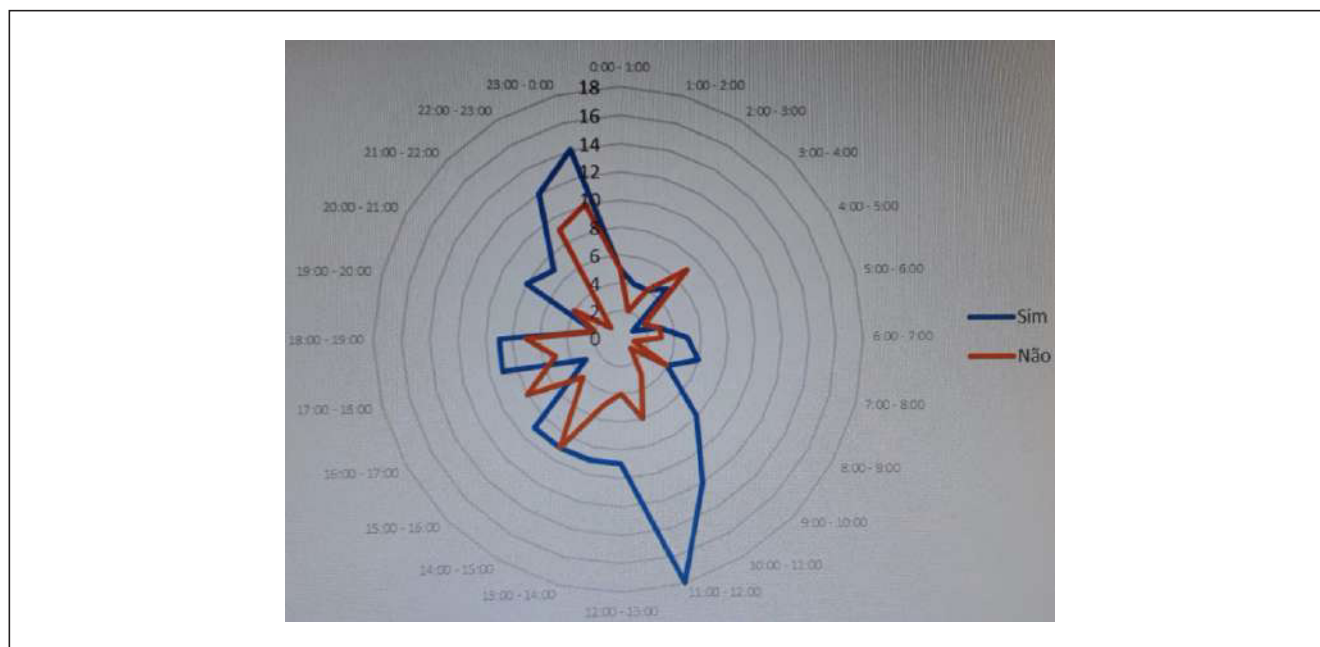


Figura 2 Póster 621



**630. INFECCIÓN DEL LECHO QUIRÚRGICO EN EL POSOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO. CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO**

Fernández Ugidos P<sup>(a)</sup>, Gómez López R<sup>(b)</sup>, Barge Caballero E<sup>(c)</sup>, Solla Buceta M<sup>(c)</sup>, Aller Fernández AV<sup>(c)</sup>, Barge Caballero G<sup>(c)</sup>, Couto Mallón D<sup>(c)</sup>, Paniagua Martín MJ<sup>(c)</sup> y Crespo Leiro MG<sup>(c)</sup>

<sup>(a)</sup>CHUO en Ourense. <sup>(b)</sup>QuirónSalud Miguel Domínguez en Pontevedra. <sup>(c)</sup>CHUAC en A Coruña.

**Objetivos:** Describir incidencia y características de la infección del lecho quirúrgico en el posoperatorio del TC.

**Métodos:** Estudio unicéntrico observacional y retrospectivo basado en la cohorte histórica de pacientes que han recibido TC en el CHUAC, durante 25 años. Selección: pacientes que desarrollaron infección quirúrgica (IHQ) en el posoperatorio inmediato del TC. Se recogieron datos epidemiológicos y antecedentes de donante, receptor, eventos quirúrgicos, de la estancia en UCI y características de la infección. Las variables cualitativas se presentan como número absoluto de pacientes y %, las cuantitativas como media ± desviación estándar. El análisis descriptivo se ha realizado mediante test de chi cuadrado, exacto de Fisher y de Student.



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

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

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

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

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

<sup>(a)</sup>CHUO en Ourense. <sup>(b)</sup>QuirónSalud Miguel Domínguez en Pontevedra. <sup>(c)</sup>CHUAC en A Coruña.

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

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

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

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

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

## Pósteres pantalla

### Hematología/Transfusiones/Hemoderivados

#### 153. SISTEMAS IMPLANTABLES DE ACCESO VENOSO PERMANENTE

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

Hospital Virgen de la Luz en Cuenca.

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

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

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

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