

(5 pacientes). La exploración se inició por ventana subxifoidea en todos los casos, dentro de un protocolo FEEL en 3 casos, e-FAST en 2 y de un protocolo RUSH en 2 casos. En 4 ocasiones se pudo abordar el plano 4 cámaras. El ritmo con el que se decidió iniciar la exploración ecográfica fue un ritmo no desfibrilable (asistolia y AESP) en todos los casos excepto en uno con FV. Se diagnosticaron 3 casos de TEP, 3 derrames pericárdicos, 1 neumotórax y 2 *shock* distributivos. Con estos hallazgos se realizaron 2 protocolos de fibrinolisis en TEP, 2 drenajes pericárdicos con apoyo ecográfico y 1 tubo de tórax. El cese de la reanimación por falta de respuesta se acompañó previamente de datos ecocardiográficos de mal pronóstico: autocontraste en las cámaras y ausencia de contractilidad. No se describieron eventos adversos en relación con la práctica de la técnica.

Conclusiones: La ecografía clínica es una técnica útil y segura en el manejo de paciente en PCR. En la mayoría de los casos aporta datos importantes para el diagnóstico y supuso una ayuda en el tratamiento de las causas de PCR. Los protocolos de actuación pueden optimizar la técnica sistematizando la exploración. La detección de patrones predictivos de no recuperación de circulación espontánea, independientemente del ritmo y las maniobras, puede ayudar en la toma de decisiones.

Pósteres pantalla

Síndrome coronario agudo 1

Moderador: Luis Martín Villén

090. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON SCACEST ATENDIDOS ENTRE 2020 Y 2021 EN EL HOSPITAL DEL BIERZO

Abad R, Prieto JL, Vara Martínez ML, Barraza García GA, Ortiz del Olmo D, Álvarez Martínez B, de Celis Álvarez A, Patallo Diéguez D, Otero Alvarín E y Dávila Macías FR

Hospital El Bierzo, León.

Objetivos: Analizar cuántos pacientes recibieron trombólisis farmacológica y las contraindicaciones para dicho tratamiento, la epidemiología y la presentación clínica de los pacientes con IAMCEST. Contabilizar los pacientes que cumplieron criterios de reperusión con fibrinolisis y los que precisaron angioplastia de rescate. Analizar los resultados clínicos de dichos pacientes y complicaciones asociadas al tratamiento fibrinolítico.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se eligieron los pacientes de atendidos por SCACEST por nuestra Unidad en los años 2020 y 2021. Variables recogidas: edad y sexo de los pacientes, presentación clínica; si recibieron o no tratamiento fibrinolítico y si presentaban contraindicaciones para dicho tratamiento; tipo de estudio hemodinámico realizado (ICP primaria, de rescate o diferida); FEVI posinfarto, complicaciones secundarias a fibrinolisis y número de *exitus*.

Resultados: Número de pacientes: 64. Tratamiento recibido: fibrinolisis en un 53,1% de los casos. 46,8% no fibrinolisis. Contraindicaciones para la fibrinolisis (en 28 casos 43,7%): ACO 3,1%. IQ 3,1%. Taponamiento cardíaco 1,5%. IQ+NACO 1,5%. Tiempo 14%. HTA 3,1%. TCE 1,6%. Traslado en < 120 min 1,6%. Elevación no persistente 1,6%. Otras causas 1,6%. LET 4,7%. Criterios de reperusión (fibrinolizados): Sí 64,7%. No: 35,3. Fibrinolisis/ICP. Rescate 32,3%. Diferida 64,7%. No realizada 2,9%. Sin fibrinolisis/ICP. Diferida 10%. Primaria 66,6%. No realizada 13,3. Presentación clínica: 7,7% insuficiencia cardíaca. 12,3% inestabilidad hemodinámica. 4,7% arritmias. 3,1% PCR. Resultados de los pacientes: complicaciones hemorrágicas: 5,4% de los pacientes lisados. FEVI: fibrinolizados: FEVI conservada 61,7%. Disfunción leve: 2,9%. Disfunción moderada: 23,5%. Disfunción grave: 11,7%. Sin fibrinolisis: FEVI conservada: 33%. Disfunción leve: 13,3%. Disfunción moderada: 23,3%. Disfunción grave: 13,3%. *Exitus*: 5% de los que recibieron fibrinolisis y 13% de los que no la recibieron.

Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes presentaban contraindicación para la fibrinolisis, siendo el tiempo de evolución la más frecuente. El 64,7% de los pacientes lisados cumplió criterios de reperusión y a todos ellos se les realizó ICP de forma diferida. Los resultados

clínicos son aparentemente mejores en los pacientes que recibieron fibrinolisis.

091. DIFERENCIAS SEGÚN RANGO DE EDAD ENTRE LOS PACIENTES JÓVENES CON INFARTO DE MIOCARDIO

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

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar dentro de la población de pacientes jóvenes con IAM, si existen diferencias según el rango de edad en cuanto a sus características y evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que ingresan por IAM en el HUVA (Murcia) desde 2018 a 2020. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), datos derivados del IAM, complicaciones presentadas y evolución. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según su rango de edad (muy joven: menor o igual a 35 años y joven: 35-45 años) y se realizó un estudio comparativo utilizando el programa estadístico SPSS.

Resultados: Un total de 64 pacientes menores de 45 años ingresaron con IAM durante el periodo de estudio, de ellos 18 pacientes (28,1%) fueron muy jóvenes y el resto estuvieron en el grupo de los jóvenes. Los FRCV al ingreso fueron similares en ambos grupos, a excepción del consumo de tóxicos que fue mayor en el grupo muy joven de forma estadísticamente significativa. EL 94,4% del grupo muy joven presentó un SCACEST, mientras que en el grupo de los jóvenes este porcentaje fue del 73,9% (p = 0,06). El vaso responsable fue mayoritariamente la DA, afectada en el 66,7% en muy jóvenes frente al 56,8% en jóvenes (p = 0,4). Ninguno de los pacientes muy jóvenes tuvo enfermedad multivaso, mientras que el 37,8% de los jóvenes sí que tuvo más de un vaso afectado (p = 0,002). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la troponina inicial o pico, triglicéridos, colesterol y hemoglobina glicosilada, pero sí se encontró diferencia significativa en cuanto a la glucemia al ingreso que fue mayor en el grupo de pacientes jóvenes (p = 0,03). No se encontraron diferencias en el porcentaje de pacientes con FEVI deprimida al alta que fue del 14,2% en muy jóvenes y de 30,4% en jóvenes (p = 0,4). La tasa de cualquier complicación durante el ingreso en UCI fue muy baja en ambos grupos sin encontrar diferencias entre ellos (5,9 vs. 10,5%, p = 0,17). Tampoco hubo diferencias en la mortalidad, falleciendo solo un paciente en el grupo joven.

Conclusiones: No hemos observado grandes diferencias al estudiar los pacientes jóvenes con IAM comparándolos según el rango de edad. Destacamos sin embargo que los menores de 35 años tienen mayor consumo de tóxicos, menor enfermedad multivaso y menor glucemia al ingreso. No existen diferencias en las complicaciones presentadas, incluida mortalidad.

092. PACIENTES CON ASISTENCIA VENTRICULAR MECÁNICA EN EL H.U.S.C. DURANTE 2021

Fernández Morales P, Poyatos Aguilera ME, Jiménez Gutiérrez JM, Cruces Moreno MT, Peláez Vélez J y Martínez Cabezas A

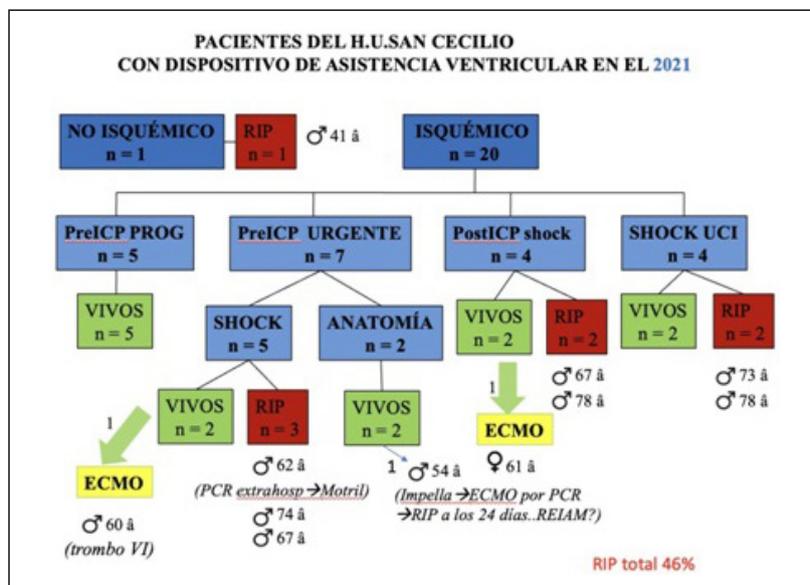
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados en nuestra UCI que han precisado de asistencia ventricular mecánica con dispositivo Impella CP y estudiar datos de supervivencia.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Los datos se han recogido de todos los pacientes ingresados en nuestra UCI que han necesitado asistencia ventricular mecánica durante el año 2021. Se recogen variables demográficas (edad y sexo), motivo y momento de la implantación, y supervivencia a los 30 días.

Resultados: En total tenemos 21 pacientes con asistencia ventricular mecánica con Impella CP. Solo 1 de ellos, la necesitó por causa no isquémica y falleció por causa no relacionada con el *shock* cardiogénico. De los 20 pacientes de causa isquémica, 5 lo precisaron de forma programada en la coronariografía por presentar anatomía coronaria compleja y en ellos la supervivencia a los 30 días es del 100%. A 7 pacientes se le colocó el Impella antes de la revascularización en ellos la supervivencia es del 57%. A 4 pacientes se le implantó en las primeras 24h tras la revascularización y en ellos la supervivencia es del 50%. A 4 pacientes se

Figura Póster 092



les implantó después de las primeras 24h, y en ellos la supervivencia es del 50%. La mortalidad total (valorada a los 30 días) es del 46%.

Conclusiones: Analizando los datos de nuestros pacientes sería interesante establecer unos criterios claros para tomar decisiones a la hora de implantar el asistencia, así como decidir cuándo retirarlo o cuándo escalar a otro dispositivo, como por ejemplo, ECMO-VA.

093. VALOR PRONÓSTICO DE LAS VARIABLES HEMODINÁMICAS MEDIDAS MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA EN LA MORTALIDAD TRAS UN INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)

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

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar la influencia de la situación hemodinámica al ingreso, medida mediante ecocardiografía, sobre la mortalidad tras un infarto agudo de miocardio.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes que ingresan por IAM en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo cardiovascular, datos derivados del IAM, complicaciones presentadas y su evolución. A todos se les realizó una ecocardiografía al ingreso determinando fracción de eyección (FE) biventricular así como variables hemodinámicas. Los datos fueron analizados y comparados entre sí utilizando el programa estadístico Stata.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 228 pacientes con IAM. De estos, el 24,9% fueron mujeres, la edad media fue $63,4 \pm 12,5$ años, 38,2% diabéticos, 63,5% hipertensos y 52,2% dislipémicos. La FEVI media fue $49 \pm 13\%$ y del FEVD $49,2 \pm 4,4\%$. Hubo un 4,8% de pacientes que presentaron shock cardiogénico, e insuficiencia cardiaca un 13,6%. La mortalidad global fue de 6,2% durante el ingreso. Los pacientes que fallecieron con respecto a los que no, tuvieron una menor FEVI ($28,5 \pm 6,7$ vs. $51,1 \pm 12,6\%$, $p < 0,001$) y del VD ($37,1 \pm 14,9$ vs. $49,6 \pm 2,6\%$, $p < 0,001$). La mortalidad fue mayor en el grupo de FEVI deprimida (22,2%) y menor en el grupo de ligeramente reducida (2,9%) y normal (0,8%) ($p < 0,001$). Los pacientes que fallecieron presentaron valores más elevados en la relación E/é ($21,2 \pm 12,5$ vs. $10,8 \pm 5,2$, $p < 0,001$). Según el patrón de llenado transmitral se observó una mortalidad del 0% en el patrón normal, 2,3% en alteración de la relajación, 0% en pseudo-normal y 21,1% en restrictivo, $p < 0,001$. Finalmente, los pacientes que fallecieron presentaron mayor dilatación de VCI ($27 \pm 3,4$ vs. $16,3 \pm 2,8$, $p < 0,001$).

Conclusiones: Aquellos pacientes que fallecen por un IAM, presentan con mayor frecuencia al ingreso en la ecocardiografía, peor FE biventricular así como variables hemodinámicas que traducen aumento de presiones telediastólicas del ventrículo izquierdo.

094. VUELTA A UNA NUEVA NORMALIDAD. ANÁLISIS DE LA EPIDEMIOLOGÍA Y TIEMPOS DE REPERFUSIÓN DEL SCACEST, EN PERIODO PANDÉMICO (2020-2021), EN NUESTRO HOSPITAL Y NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Rueda Molina C, Nieto González M, Estecha Foncea MA, Castillo Caballero JM, Vallejo Baez A y Nuevo Ortega P

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Analizar y comparar los datos epidemiológicos y retrasos, durante los años 2020 y 2021, en los pacientes con diagnóstico de SCACEST, ingresados en nuestra unidad de Medicina Intensiva del Hospital Virgen de la Victoria (HVV) de Málaga. Y los resultados recogidos en Andalucía.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a los pacientes recogidos en el registro ARIAM con el diagnóstico de SCACEST, en 2020 y 2021.

Resultados: En 2020, en HVV se incluyen 240 pacientes diagnosticados de SCACEST. El 75,8% (N 182) hombres, con una edad media de 61 años. El 24,2% (N 58) mujeres, edad media de 68 años. En Andalucía se incluyen 2112 pacientes. El 76,1% (N 1608) hombres, con una edad media de 61 años. El 23,9% mujeres (N 504), edad media de 67 años. En 2021, en HVV se incluyen 256 pacientes diagnosticados de SCACEST. El 74,2% (N 190) hombres, con una edad media de 62 años. El 25,8% mujeres (N 66), edad media de 70 años. En Andalucía se incluyen 2.052 pacientes. El 76,4% (N 1.568) hombres, con una edad media de 61 años. El 23,6% mujeres (N 484), edad media de 67 años. En cuanto a los tiempos y retrasos. Desde el inicio de los síntomas (IS) a la reperfusión mediante ICP (R-ICP). En 2020, solo el 11,9% de los casos se realizó en los primeros 120 min (Andalucía 14,5%), y el 29,5% en los primeros 180 min (Andalucía 37,2%). En 2021, el 9% de los casos se realizó en los primeros 120 min (Andalucía 14,3%), y el 31,13% en los primeros 180 min (Andalucía 38,8%). Desde el primer contacto sanitario (1CS) a la R-ICP. En 2020, el 48,3% de los casos se realizó en menos de 120 min (Andalucía 46,6%). En 2021, el 53,7% en 120 min (Andalucía 48,3%). Desde la llegada a Urgencias a la R-ICP. En 2020, el 50,8% en menos de 90 min (Andalucía 51%), y el 59,5% en los primeros 120 min (Andalucía 62,7%). En 2021, el 44,25% en menos de 90 min (Andalucía 50,8%) y el 61% en 120 min (Andalucía 65,7%). En 2020, en HVV la mediana desde el IS al inflado del balón (IB) 298 min (164-582) y del 1CS al IB 117 min (88-156). En Andalucía la mediana desde el IS al inflado del balón (IB) 246 min (155-550) y del 1CS al IB 130 min (94-189). En 2021, en HVV la mediana desde el IS al inflado del balón (IB) 230 min (159-360) y del 1CS al IB 110 min (85-150). En Andalucía la mediana desde el IS al inflado del balón (IB) 195 min (135-229) y del 1CS al IB 120 min (89-157).

Conclusiones: El tiempo que depende del sistema sanitario no se ha visto influido en gran medida por la pandemia, lo cual es de admiración. El mayor retraso es el dependiente del paciente, en el último año ha vuelto a valores similares a los recogidos previos a la pandemia, ya que la situación que vivimos se ha ido normalizando en el día a día de la población.

Cardiovascular 1

Moderadora: Cristina León Moya

095. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL CLÍNICO Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO TRAS LA ACTP PRIMARIA?

Breval Flores A, Garrino A, Pérez Madueño V, Martín Ávila H y Villegas del Ojo J

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico y la evolución de los pacientes que ingresaron y/o desarrollaron shock cardiogénico (SC) en la Unidad de Medicina Intensiva de un hospital con ACTP primaria, sin Servicio de Cirugía Cardíaca.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo entre enero-diciembre 2021. Se analizaron variables demográficas, FRCV clínicas, analíticas y morbimortalidad.

Resultados: 33 pacientes, 51,5% hombres, edad media 68,97(11,72). FRCV: HTA 90%, 63,6% DM, 61,1% obesidad (IMC 30,90 ± 5,7), 51,5% dislipemia y 15,2% CIC previa. La mortalidad 66%. Estancia media 9,27 (10,37) UCI y hospitalaria 12,97(12,94) días. Causa de ingreso: SC 33,33% SCACEST 21,3%, SCASEST 9,1% PCR 9,1%; miocarditis 3%; otras etiologías 24,2%. Killip de ingreso: I 28%; II 8%; III 8% y IV 55%. Se realizó tratamiento de reperfusión al 72,7% (fibrinolisis 54,2%, ACTP rescate 40%) De los que se sometieron a ACTP 1ra, 42,1% estaban en < 120 min y hasta un 11% ausencia de lesiones coronarias. En los pacientes que ingresaban por SCASEST se realizó el cateterismo en < 24 h en el 62,5%. Se trató solo la ARI 55,6%; revascularización completa en el primer acto en el 23,5%. Vasos enfermos: 0: 12,5%; 1: 12,5%; 2:18,8%; 3: 43,8%; 4: 12,5% (56,3% presentaban lesiones en 3 o 4 vasos). En relación con los tratamientos: 93,9% VM; noradrenalina 93,9%; dobutamina 56,3%; levosimendán 6,1%; TCRR 9,1%. Con respecto a la monitorización: Vigileo® 64,5%; VolumView® 3,2% y S-G 3,2%. Se realizó ecocardiografía TT al 65,6%, presentando disfunción 20- 35%:59,3% y < 20% el 40,7%. Desarrollaron complicaciones el 73,3%, siendo las eléctricas las más frecuentes: 57,1% TV/FV; 39,3% FA y 3,6% BAV.

Conclusiones: De los FRCV la HTA fue el más prevalente en nuestra población. En nuestra serie la mortalidad fue similar a las descritas en la literatura, presentando un elevado porcentaje de complicaciones siendo las principales las eléctricas. De los pacientes candidatos a tratamiento de reperfusión el porcentaje entre ACTP primaria/fibrinolisis fue similar. De los que eran sometidos a ACTP primaria solo el 42% cumplían < 120 minutos. Los pacientes que desarrollaban SC presentaban lesiones coronarias en 3 o más arterias hasta en el 56,3%. El sistema de monitorización elegido preferentemente en nuestra Unidad fue Vigileo®.

096. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS POR PCR INTRA Y EXTRAHOSPITALARIA EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Presa Orúe A, Ruiz Lucea J, Zabalza Goya A, Ares Miró P, Llorente Sánchez A, Rodrigo Pérez H, Arregui Remón S, Lasa Berasain P, Artaza Beltrán de Heredia A y Vázquez Yoldi A

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Analizar de forma global el registro de datos de pacientes con PCR intra y extrahospitalaria que precisan de ingreso en la UCI del Hospital Universitario de Navarra.

Métodos: Análisis de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo de la serie de casos de pacientes con PCR intra como extrahospitalaria ingresados en la UCI de un hospital terciario desde marzo de 2020 a diciembre de 2021. La serie de casos consta de 57 pacientes. Todos los pacientes descritos fueron atendidos por la UCI con ingreso posterior en ésta. El estudio consta del análisis de variables demográficas, clínicas, pronósticas y complicaciones. Destacamos en el análisis las variables del primer ritmo registrado, tiempo total de la PCR, realización de cateterismo previo a ingreso, uso del protocolo de hipotermia terapéutica, complicaciones globales y mortalidad.

Resultados: De los 57 pacientes analizados, el 36,8% fueron mayores de 65 años y el 63,2% de 65 o menos. El 77,2% fueron hombres. La mayoría de casos, el 91,2% fueron PCR extrahospitalarias. El primer ritmo registrado, fue ritmo desfibrilable en un 70,2% y no desfibrilable en el

29,8%. La mayoría de pacientes tuvo una PCR de duración menor a 15 minutos (40,3%), seguido de tiempos mayores a 30 minutos (33,3%) y una minoría con tiempo entre 15-30 minutos (26,3%). Se realizó cateterismo cardíaco previo a ingreso en la UCI en el 54,4% de los casos, el 68,4% recibió tratamiento con hipotermia terapéutica. En cuanto a las complicaciones, las cardíacas-eléctricas fueron las más frecuentes en el 49,1% de los casos. Otras a destacar son; el 47,4% de los casos se objetiva sobreinfección bacteriana, el 47,2% presentan secuelas neurológicas y el 35% de los pacientes se objetiva disfunción renal aguda KDIGO. Mortalidad intra-UCI del 40,3% de los pacientes, y una supervivencia tanto en UCI como al año del evento del 56,2%.

Conclusiones: La mayoría de pacientes que ingresan en la UCI post-PCR fueron hombres de 65 años o menores, predominan las paradas extrahospitalarias con primer ritmo desfibrilable, con duración de la PCR menor a 15 minutos. La compliación predominante fueron las cardíacas-eléctricas y discretamente menor la sobreinfección y secuelas neurológicas lo que nos puede servir para adecuar y vigilar nuestra actitud terapéutica. A más de la mitad de los casos se realizó cateterismo previo a ingreso y se realizó protocolo de hipotermia terapéutica a la mayoría de pacientes; seguido del alto porcentaje de supervivencia intraUCI como al año del evento lo que nos orienta a la eficacia y efectividad de la realización de ambas técnicas en la mejoría de los *outcomes* de los pacientes.

097. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL PERFIL DE PACIENTE QUE SUFRE UNA PCR DURANTE EL 2019 VS. DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

Giménez Beltrán B, Villegas del Ojo J, Díez del Corral Fernández B, Breval Flores A y Martín Ávila H

Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar el perfil clínico de los pacientes que sufren PCR en el período 2019-2021. Estudiar la influencia de la pandemia en su evolución clínica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de la UCI de un hospital de segundo nivel. Se incluyeron 104 pacientes que ingresaron por PCR, de enero 2019-diciembre 2021. Analizamos variables demográficas, FRCV, lugar de presentación, etiología, complicaciones, terapias de soporte y mortalidad. Análisis estadístico con SPSS v22. Las variables cuantitativas se expresan en media ± DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Se presentan en la tabla.

	N (104)	2019 (N34)	2020 (N 37)	2021 (N33)
FRCV	Edad (años)	66,58 ± 14,64	61,78 ± 12,50	61,67 ± 14,81
	Sexo	65,10% V	78,40% V	72,70% V
	DM	52,9%	37,84%	36,40%
	HTA	44,12%	54,05%	72,70%
	Tabaquismo	44,10%	59,46%	66,60%
	DLP	35,29%	43,24%	54,50%
	CIC previa	14,71%	30,55%	30,30%
Causa PCR	Ritmo DF	54,50%	48,60%	54,50%
	Asistolia	24,2%	29,70%	36,40%
	AESP	18,2%	5,4%	3%
	BAV	3%	8,1%	6,1%
	ACTP 1ª	66,70%	45,90%	51,50%
Terapias soporte	VM			
	VMNI	9,70%	8,10%	9,10%
	VMI	79,40%	91,90%	75,80%
	Aminas			
	NA	72,70%	86,50%	72,70%
	A	15,20%	18,90%	24,20%
	DB	30,30%	43,20%	24,20%
	TRR	2,90%	8,10%	3,00%
	TTM	26,50%	21,60%	33,30%
Complicaciones	Arritmias V	15,60%	16,30%	23,30%
	Shock cardiogénico	31,3%	16,20%	10,00%
	Infecciones	18,8%	24,30%	16,70%
Mortalidad	Global	52,94%	43,2%	48,48%
	PCR	N (14)	N (27)	N (17)
	intrahospitalaria	64,70%	75%	62,50%
	En las primeras 24h	N (9)	N (7)	N (9)
		50%	43,75%	56,25%

Conclusiones: La causa más frecuente de PCR fueron los ritmos desfilibrables pre y pospandemia, con incremento de los ritmos no desfilibrables en el año 2021 (siendo asistolia el 36,4% de los casos). Esto podría relacionarse con el alto porcentaje de CIC en el período 2020-2021, como etiología de la misma; y el retraso en la atención de estos pacientes. Se asoció a una elevada mortalidad de forma global, con incremento de la misma, en el caso de PCR intrahospitalaria, en 2020 (hasta el 75%). En 2019 hay mayor porcentaje de AESP y *shock* cardiogénico, lo que podría justificar el aumento de mortalidad global en ese año.

098. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) EN PACIENTES CON INGRESO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Zabalza Goya A, Presa Orúe A, Ruiz Lucea J, Rodrigo Pérez H, **Llorente Sánchez A, Ares Miró P, Arregui Remón S,** Lasas Berasain P. Artaza Beltrán de Heredia A y Vázquez Yoldi A

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Describir la aparición de fracaso renal agudo (FRA), infección bacteriana, complicaciones cardíacas eléctricas y mecánicas y secuelas neurológicas, en pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Navarra (HUN) por PCR. Describir la posible asociación con la aplicación del protocolo de hipotermia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 57 casos de PCR intra y extrahospitalaria entre marzo-2020 y diciembre-2021 en el HUN. Todos fueron atendidos por la UCI en Urgencias u otros servicios, con ingreso posterior en UCI. Se analiza la aparición de infección bacteriana, complicaciones cardíacas eléctricas (arritmias, bradicardia) y mecánicas (taponamiento, rotura cardíaca, CIV), secuelas neurológicas (de nueva aparición tras la retirada de la sedación que no existiera previamente a la PCR) y FRA, con o sin técnicas continuas de reemplazo renal (TCRR). Se recogen también los pacientes que fueron sometidos a protocolo de hipotermia.

Resultados: Recibieron hipotermia 39/57 pacientes. Del total, 20 pacientes (35%) sufrieron FRA, con TCRR en 5 de ellos (8,77% del total). Del grupo de hipotermia, el 35,9% (14/39 pacientes) sufrió FRA, 3 de ellos con TCRR. Del grupo que no la recibió (18 pacientes), el 33% sufrió FRA (6 casos), necesitando TCRR en todos ellos (100%). El 47,37% del total tuvo complicaciones cardíacas eléctricas (27/57 pacientes), el 51,28% del grupo de hipotermia (20/39 pacientes) y el 38,88% del grupo que no la recibió. El 15,79% del total (9/57 pacientes) tuvo complicaciones cardíacas mecánicas, el 12,82% del grupo que recibió hipotermia (5/39 pacientes) y el 22,22% del grupo que no la recibió (4/18 pacientes). El 47,37% del total tuvo secuelas neurológicas (27/57 pacientes), el 38,46% del grupo de hipotermia (15/39 pacientes) y el 66,66% del grupo que no la recibió (12/18 pacientes). El 47,37% del total tuvo infección bacteriana (27/57 pacientes), el 51,28% del grupo de hipotermia (20/39 pacientes), y el 38,88% del grupo que no la recibió (7/18 pacientes).

Conclusiones: El FRA aparece de manera similar en el grupo total, en el de hipotermia y en el de no hipotermia. Del grupo que no recibió hipotermia y que tuvo FRA, todos necesitaron TCRR. Las complicaciones cardíacas eléctricas aparecen en mayor medida si se ha recibido hipotermia, mientras que las mecánicas si no se ha recibido dicho protocolo. Los pacientes que reciben hipotermia podrían tener menos secuelas neurológicas y más casos de infección bacteriana. Dichos resultados deberían ser sometidos a un análisis estadístico para comprobar si arrojan significación estadística.

099. EXPERIENCIA EN EL USO DE SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA ARTERIOVENOSA (ECMO AV) EN ADULTOS EN NUESTRA UNIDAD. COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

Onieva Calero F^a, Amat Serna T^b, Baena A^a, Bermúdez MDC^a, Valvidia M^a, Merino N^a, de La Fuente Martos C^a y Robles Arista JC^a

^aHospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ^bComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén.

Objetivos: La ECMO AV proporciona soporte cardíaco y respiratorio, sus indicaciones son la insuficiencia respiratoria grave y el fallo cardíaco cuando el tratamiento médico fracasa. Nuestro objetivo es analizar la experiencia del uso de dicho dispositivo en el paciente adulto en nuestra unidad de Medicina Intensiva.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde el inicio del programa ECMO en el Hospital Universitario Reina Sofía en el año 2009 hasta octubre de 2021. Analizamos características del paciente, indica-

ción del implante y evolución; además de realizar comparativa de mortalidad según el tipo de indicación de implante.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han implantado 122 ECMO AV en paciente adulto, tres de ellos recibieron previamente soporte con asistencia ventricular. El 69% varones con una mediana de edad 50 (17-78). APACHE II 24 ± 6 y SOFA 9 ± 2 al ingreso. Indicaciones ECMO AV: *Shock* cardiogénico no isquémico en 26 pacientes, *shock* cardiogénico postinfarto agudo de miocardio 25 pacientes, puente trasplante cardíaco 20 pacientes, fallo salida circulación extracorpórea 12 pacientes, disfunción primaria del injerto (DPI) postrasplante pulmonar 11 pacientes, soporte pretrasplante pulmonar 9 pacientes, síndrome distrés respiratorio del adulto (SDRA) 8, DPI injerto cardíaco 6 pacientes y por disfunción del ventrículo derecho durante el trasplante pulmonar 4 pacientes. Horas de asistencia (mediana): 125 (2-1104). Complicaciones relacionadas con la técnica: Sangrado 30 pacientes (6 fallecieron por *shock* hemorrágico) y trombosis 11 pacientes. Infecciones documentadas 48 pacientes (39%) y fallo renal con necesidad de terapias de sustitución renal 50 pacientes (41%), 45 con terapias continuas. La mediana de ventilación mecánica fue 8 días (1-89) y tiempo de estancia en UCI 9 días (1-250). La mortalidad global 73%, 68 pacientes durante la asistencia y 19 tras retirada. Se ha observado relación estadísticamente significativa entre la mortalidad y la edad (44 ± 12 vs. 51 ± 14; p 0,015, OR 6,93 (1,38-12,47)), puntuación APACHE II (21 ± 5 vs. 25 ± 6; p < 0,001, OR 4,25 (2,02-6,48)) y SOFA (8 ± 2 vs. 10 ± 2; p 0,002, OR 1,48 (0,55-2,42)). No existe relación con la causa de indicación.

Conclusiones: La mortalidad que observamos es elevada, pero hay que tener en cuenta que no se trata de mortalidad atribuible, si no que dicha mortalidad se relaciona con la patología causal y que estos pacientes presentan scores pronósticos elevados ya en el momento del implante. Existe relación entre la mortalidad y la puntuación Apache II y SOFA sin existir relación con la indicación de ECMO ni las complicaciones.

Infección/Antibióticos 2

Moderadora: Clara Vaquerizo Alonso

100. ¿QUÉ VARIABLES DETERMINAN LA MORTALIDAD EN LA NEUMONÍA POR COVID-19 DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UCI?

Balboa Palomino S, Astola I, Villalgorido S, Albillos R, Savlik T, Forcelledo L, Viñas S, Leoz B, Salgado E y Escudero D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Conocer la epidemiología, factores de riesgo y evolución en relación con la mortalidad de los pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresan en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo en la UCI del Hospital Universitario Central de Asturias durante 6 meses (julio a diciembre del 2021). Análisis comparativo de las variables mediante pruebas Student-Welch, chi-cuadrado y análisis multivariante con regresión logística. Significancia estadística p < 0,05.

Resultados: Se analizan 100 pacientes con neumonía por COVID-19 con edad media 62,7 ± 2,6 años. El 63% eran hombres. Índice de comorbilidad de Charlson (IC) 3,3. Al ingreso en UCI tenían un APACHE II de 15,9 ± 1,1. La estancia media en UCI fue 21,7 ± 4,1 días, precisando ventilación mecánica (VM) el 92% durante 19,9 ± 4,0 días de media. La mortalidad global en UCI fue del 31%. La edad (68,3 vs. 60,3; p 0,004), el APACHE II (19,2 vs. 14,5; p 0,0001) y el I. Charlson (4,8 vs. 2,6; p 0,0001) se relacionan de forma estadísticamente significativa con la mortalidad. Factores de riesgo: 50% hipertensión arterial, 45% obesidad, 39% dislipemia, 28% diabetes mellitus, 18% enfermedad renal crónica (ERC), 17% cardiopatía, 10% EPOC y 6% asma. De los previos el EPOC (70%), la ERC (55,6%) y presentar algún tipo de cardiopatía (64,7%) se relacionan con la mortalidad (p < 0,05). El 19% eran inmunodeprimidos y el 8% oncohematológicos con una mortalidad del 63,3% (p 0,001) y del 75% (p 0,005) respectivamente. Al ingreso presentaron coinfección bacteriana el 25% con mortalidad del 56% (p 0,002). Durante la estancia en UCI el 31% desarrolló *shock* con mortalidad del 71% (p 0,0001) y el 34% presentó fallo renal agudo (FRA), precisando terapia continua de depuración extrarrenal el 14% con una mortalidad del 64,7% (p 0,0001). En el análisis multivariante los mayores predictores de mortalidad fueron el desarrollo de *shock* (p 0,0001; OR 13,4), el APACHE II (p 0,006; OR 1,2) y el EPOC (p 0,011; OR 9,8).

Conclusiones: Los pacientes con neumonía por COVID-19 que ingresan en UCI presentan morbilidad grave (IC mayor a 3). La edad, el APACHE II y tener EPOC, ERC o algún tipo de cardiopatía al ingreso se relacionan con aumento de la mortalidad, así como la coinfección bacteriana, desarrollar shock o FRA durante la estancia en UCI. La mortalidad en inmunodeprimidos y oncohematológicos es mayor del 50%. La obesidad y la HTA pese a ser los dos factores de riesgo más frecuentes al ingreso, no se relacionan con la mortalidad.

101. ALTERACIONES PSICOLÓGICAS EN PACIENTES POS-COVID-19: UN NUEVO DESAFÍO

Sánchez García AM, Morente García E y Martínez López P

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: El ingreso prolongado hospitalario implica secuelas desde el punto de vista cognitivo y psicológico en los pacientes, con un mayor riesgo en pacientes que precisan ingreso en una unidad de cuidados intensivos. Realizamos la revisión sistemática de forma retrospectiva de todos los pacientes que precisaron valoración en la consulta post-COVID-19 por parte de salud mental, con objetivo de documentar las secuelas y el tratamiento que han precisado desde su alta hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo de las secuelas descritas desde el punto de vista psicológico/psiquiátrico, así como las valoraciones realizadas por el equipo de salud mental y el tratamiento recibido. Se incluyeron en el estudio los pacientes seguidos en la consulta multidisciplinar pos-COVID-19 durante el periodo comprendido desde marzo 2020 hasta octubre de 2021, incluyéndose un total de 103 pacientes. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS, agrupando los resultados en función del género.

Resultados: Se realizó la revisión con carácter retrospectivo de un total de 103 pacientes, de los cuales un 21,25% de los hombres había referido insomnio vs. 43,47% de las mujeres. Dentro de las alteraciones psicológicas encontradas, el 62% de los pacientes incluidos en el seguimiento no presentó ninguna alteración, encontrando como principales diagnósticos entre el 37,86% restante: ansiedad 5,82% (4,8% hombres vs. 0,97% mujeres); depresión 2,9% (1,9% hombres vs. 0,97% mujeres), trastorno ansioso-depresivo 7,77% (4,85 hombres vs. 2,9% mujeres) y trastorno adaptativo 11,65% (7,7% hombres vs. 3,8% mujeres). En cuanto al tratamiento farmacológico registrado, encontramos tratamiento con BZD 29,12% (19,4% hombres vs. 9,7% mujeres) y antidepresivos 27,18% (18,4% hombres vs. 8,7% mujeres).

Conclusiones: Dentro del seguimiento de los pacientes tras ingreso en una unidad de cuidados intensivos, es importante valorar las secuelas desde el punto de vista psicológico, ya que encontramos como secuelas frecuentes el insomnio, el trastorno adaptativo, el trastorno ansioso-depresivo, la ansiedad o la depresión, precisando algunos de estos pacientes tratamiento con benzodiazepinas y antidepresivos.

102. ANÁLISIS DE LA ANTIBIOTERAPIA EN UNA UCI POLIVALENTE A LO LARGO DE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

Ares Miró P, Llorente Sánchez A, Arregui Remón S, Rodrigo Pérez H, Presa Orúe A, Zabalza Goya A, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Sanz Granado E y Lobo Palanco J

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo que recoja el uso de antibioterapia en una UCI de un Hospital terciario durante los últimos siete años.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye aquellos pacientes con ingreso en UCI que precisaron terapia antibiótica. Los datos se obtuvieron del registro ENVIN, durante el periodo ENVIN de los años comprendidos entre 2015-2021. Entre las variables estudiadas se encuentran la indicación en el inicio de antibioterapia, su confirmación, suspensión o cambio y el motivo del mismo. Los datos son expresados en porcentajes.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Conclusiones: Destaca la disminución en el inicio de terapia empírica y el aumento del uso de terapia específica sobre todo en los dos últimos años. No se observa aumento en el uso de tratamiento inadecuado. Llama la atención la escasa suspensión precoz, a pesar de la alta frecuencia de cultivos negativos. El cambio de antibióticos por resistencia durante el tratamiento se mantiene bajo.

103. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO CON CEFIDEROCOL EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA

Presa Orúe A, Lobo Palanco J, Ares Miró P, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Lasa Berasain P, Rodrigo Pérez H, Arregui Remón S, Ruiz Lucea J y Artaza Beltrán de Heredia A

Complejo Hospitalario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia clínica en el uso terapéutico con cefiderocol en infecciones por gérmenes multirresistentes en la UCI de un hospital terciario durante el año 2021.

Métodos: Análisis de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de todos los tratamientos con cefiderocol iniciados en nuestra UCI durante el año 2021. Se analizan datos demográficos, motivo de ingreso, motivo de inicio de tratamiento, bacteria causante, evolución clínica y microbiológica.

Resultados: Durante el periodo de un año se indicaron 6 tratamientos con cefiderocol en 5 pacientes, siendo el 100% varones, con una media de edad de 66,2 años (DE 5,9). La causa de ingreso de éstos en UCI fueron: 2 neumonías graves por COVID graves, 2 postoperatorios de cirugía general y una pancreatitis aguda grave complicada. Tres pacientes presentaron ingreso prolongado en la UCI (> 30 días), uno de ellos, presenta un ingreso en UCI previo 1 mes antes de corta duración y otro sin ingreso previo en UCI. Las infecciones por las cuales se indicó el cefiderocol fueron: 2 neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM), 1 neumonía intrahospitalaria, una bacteriemia por absceso abdominal, una colecistitis y un absceso hepático. Los gérmenes implicados fueron *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (PAMR) (una de ellas carbapenemasa tipo VIM) en 5 ocasiones y *Stenotrophomonas maltophilia* en una ocasión (bacteriemia). Todos los pacientes con PAMR habían recibido al menos una pauta larga de tratamiento con MEROPENEM. Todos fueron tratamientos dirigidos y consensuados con el Servicio de Microbiología. Relativa facilidad en conseguir el antibiótico, con un plazo máximo de 48 horas desde solicitud hasta el inicio del tratamiento. En 3 pacientes la PAMR era sensible a ceftolozano-tazobactam. La duración media del tratamiento fueron 16,8 (DE 5,7) días. Curación clínica con supervivencia en el 100% de los pacientes. Erra-

Tabla Póster 102

		Años						
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Inicio antibiótico	Empírico	75,85	77,42	67,57	72,1	71,38	62	62,25
	Específico	24,15	22,58	32,43	27,9	28,62	38	37,75
Confirmación del antibiótico empírico	Sí, es adecuado	43,78	37,23	31,41	42,77	30,15	34,41	35,34
	No adecuado	20,4	19,68	13,09	19,28	11,56	8,96	14,54
	Cultivos negativos Ningún cultivo solicitado	29,35 2,49	35,11 0,53	48,69 2,62	33,13 1,2	54,77 2,51	47,31 6,45	38,1 6,27
Cambio de tratamiento	Sí	18,87	10,79	17,42	22,91	16,67	21,83	18,52
	No	66,04	77,59	66,2	57,27	57,09	62,14	63,98
Motivo de cambio de antibiótico	Suspensión precoz + desconocido	15,09	11,62	16,38	19,82	26,24	16,04	17,8
	Microorganismos no cubiertos	10	26,92	20	17,31	6,38	4,08	20,87
	Reducción espectro	60	50	46	57,69	55,32	41,84	42,61
	Resistencia durante el tto	2	0	2	0	2,13	1,02	2,61
	Mala evolución	18	19,23	18	13,46	19,15	35,71	17,39
	Toxicidad	6	0	4	5,77	6,38	2,04	13,91

dicación microbiológica en el 60% de los pacientes, 40% permanecieron como portadores rectales de PAMR.

Conclusiones: Uso terapéutico del cefiderocol en un pequeño porcentaje de nuestros pacientes para infecciones por gérmenes multirresistentes. Uso de antibiótico de amplio espectro prolongado previo, tratamiento con cefiderocol prolongado (> 15 días). Muy buenos resultados clínicos; con curación del proceso en todos los pacientes y sin ningún fallecimiento. Erradicación microbiológica en el 60% de los pacientes.

104. BROTE DE ENCEFALITIS POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL EN LA CUENCA DEL RÍO GUADALQUIVIR: EXPERIENCIA EN CUIDADOS INTENSIVOS

Cuenca Apolo D, García Delgado Rosado H, Gallego Texeira I y Amaya Villar R

Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Determinar las características y la evolución de los pacientes que ingresa en UCI por encefalitis por VNO.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Virgen del Rocío.

Resultados: Se atendieron 35 pacientes. Ingresaron en UCI 9 pacientes por encefalitis grave con deterioro del nivel de conciencia e insuficiencia respiratoria. La duración de los síntomas antes de ingreso fue de 4 días y hasta el ingreso en UCI de 5 días. Todos presentaron deterioro neurológico severo con ECG medio de 8 p (R 6-11). Presentaron fiebre (90%), debilidad (88%), rigidez cervical (44%), vómitos (33%), cefalea (33%) y diplopía (22%). La afectación muscular incluyó síntomas extrapiramidales (66%), parálisis flácida (55%), rigidez muscular (44%) e hiporreflexia (32%) Presentaron leucocitosis media de 12,787/ml, sin alteración de la serie roja ni plaquetaria. El análisis del LCR sugerían infección viral: pleocitosis 257/mm³ (R 14-1275), 66% linfocitos; hiperproteinorraquia 97,56 mg/dl (R 38-899), sin hipoglucoorraquia. El diagnóstico se confirmó en 100% de pacientes, 8 por serología IgM en suero, y 1 PCR en orina. La TC cerebral en ningún paciente presentó lesiones agudas. La RMN cerebral identificó lesiones estructurales en 3 de ellos. El EEG en 4 pacientes tenían patrón de disfunción cerebral difusa moderada, sin actividad comicial. En 3 pacientes se realizó EEF con afectación del SN periférico con caída de las amplitudes motoras y sensitivas, polineuropatía axonal de predominio motor; y, alteraciones en los potenciales evocados auditivos por afectación troncoencefálica. Requirieron IOT 7 paciente y 2 de terapia ONAF. Se pautaron pulsos de metilprednisolona a 8 pacientes, de los cuales 3 evolucionaron favorablemente. Se administró inmunoglobulina en un paciente con mala evolución. La evolución clínica fue variable. Los que no requirieron IOT recuperaron ECG hasta 14-15 p. El paciente de menor edad presentó evolución tórpida, con recuperación del nivel de conciencia y afectación motora derecha. 3 pacientes evolucionaron a coma vigil, realizándose traqueostomía y dados de alta a planta. Dos pacientes presentaron afectación troncoencefálica grave, falleciendo en UCI. Tras el alta de UCI los tres pacientes que evolucionan a coma vigil fallecieron con una media de 2,1 meses; el paciente menor de edad persistió con déficit neurológico.

Conclusiones: La infección por VNO debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de meningoencefalitis. La afectación suele ser grave y el diagnóstico de confirmación tardío. La falta de un tratamiento eficaz condiciona que el manejo en UCI sea de soporte vital

Neurointensivismo 2

Moderador: Miguel Ángel Hernández Hernández

105. ANÁLISIS DE DATOS DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEUROTRAUMATOLOGÍA CON DIAGNÓSTICO DE ICTUS ISQUÉMICO

Tineo Martínez B^a, Espinosa Rueda M^a, Reina Martínez FJ^a, Gascón Castillo ML^b y Ruiz de Azua López Z^a

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

Introducción: Los ACV isquémicos son una entidad potencialmente grave, por ser la primera causa neurológica de mortalidad y la segunda de mortalidad a nivel mundial. El pronóstico depende de la rapidez y efectividad en las actuaciones.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en el grado de discapacidad al alta, valorado mediante la escala GOS, en pacientes con ictus isquémico tratado mediante trombectomía ingresados en UCI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, de pacientes ingresados en una UCI neurotraumatológica de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de ictus isquémico agudo durante un año. Se recogieron datos epidemiológicos, vaso afecto, tiempo de clínica y hasta arteriografía, fibrinólisis, revascularización (TICI), Glasgow, gravedad por APACHE II y grado funcional al alta. También se consideró la decisión de limitación de esfuerzo terapéutico.

Resultados: Ingresaron 25 pacientes, siendo el 68% varones. La edad media fue 68 años. El nivel de conciencia (escala de Glasgow) tuvo valores entre 3-15, con una gravedad al ingreso por escala APACHE II con valores de 10-26. La mortalidad fue del 44% (tabla 1). La afectación vascular se muestra en la figura 1. Resultó una media de 3 horas 4 minutos desde inicio de síntomas hasta asistencia sanitaria y tiempo hasta arteriografía de 5 horas 17 minutos. Se observó ictus del despertar en el 28% y un 8% de los pacientes no eran candidatos a arteriografía. Al finalizar el tratamiento endovascular, se obtuvieron los resultados angiográficos mostrados en la figura 2. El grado de discapacidad al alta de UCI (GOS), mayoritariamente fue GOS 1 (44%), seguido de GOS 4 (24%), GOS 3 (20%), GOS 5 (8%) y GOS 2 (4%). No se observó correlación estadísticamente significativa entre ambas variables (tablas 2 y 3). Se estudió también la relación entre nivel de conciencia y grado funcional, así como valor de APACHE II y grado funcional, obteniéndose en ambos datos estadísticamente significativos (tablas 4 y 5).

Conclusiones: Valorar los tiempos de clínica y hasta arteriografía como predictor de grado funcional se ve dificultado en los casos de ictus del despertar. El nivel de conciencia y valor de APACHE II al ingreso muestran valor pronóstico en el grado funcional al alta, más que el grado de revascularización, cuya relación se podría considerar reestudiar aumentando el tamaño muestral.

Gráfico 1. Distribución de la afectación vascular e la muestra.

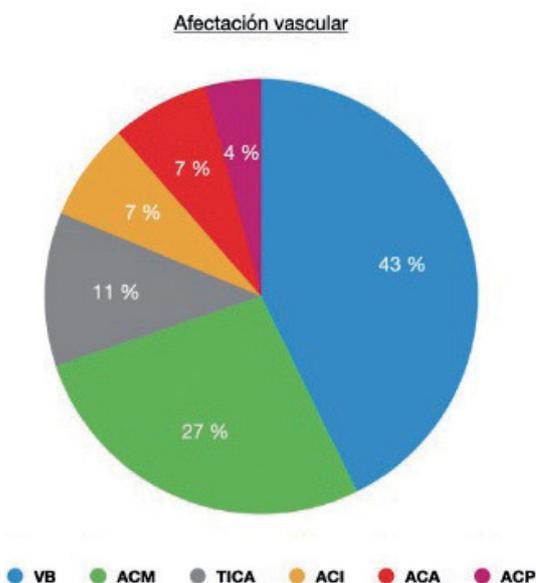


Gráfico 2. Resultados de Grado de revascularización (Escala TICI)

Resultados Escala TICI

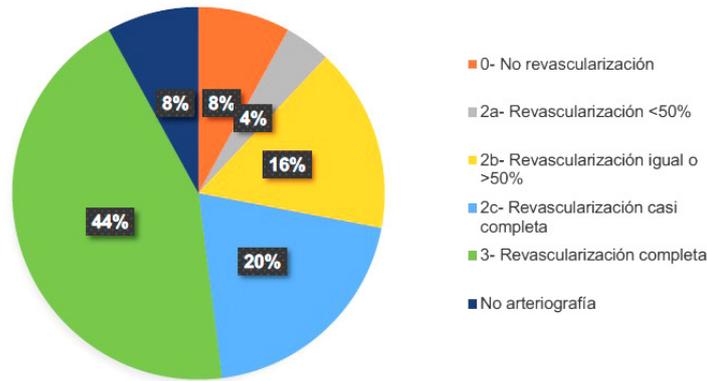


Tabla 1. Mortalidad. Características de los pacientes fallecidos.

Características de fallecidos (N=11). Edad media 71 años

Territorio vascular afecto	Vertebrobasilar 54%	A. Cerebral Media 36%	TICA 10%
Escala APACHE II	21		
Fibrinolisis	Sí 18%	No 82%	
Escala Glasgow	6		
Limitación de Esfuerzo Terapéutico	Sí 73%	No 27%	

Tabla 2. Tabla cruzada de datos TICI y GOS.

Escala de discapacidad (GOS)		Grado de revascularización (Escala TICI)						Total
		0- No revascularización	2a- Revascularización <50%	2b- Revascularización igual o >50%	2c- Revascularización casi completa	3- Revascularización completa	No arteriografía	
Escala de discapacidad (GOS)	1- Muerte	1	1	1	1	3	1	8
	2- Estado vegetativo	0	0	1	1	2	0	4
	3- Discapacidad grave	1	0	2	0	3	0	6
	4- Discapacidad moderada	0	0	0	3	2	1	6
	5- Buena recuperación	0	0	0	0	1	0	1
Total		2	1	4	5	11	2	25

Tabla 3. Correlación estadística entre Grado de Revascularización (TICI) y grado funcional al alta (GOS).

		Grado de revascularización (Escala TICI)	Escala de discapacidad (GOS)
Grado de revascularización (Escala TICI)	Correlación de Pearson	1	,195
	Sig. (unilateral)		,176
Escala de discapacidad (GOS)	Correlación de Pearson	,195	1
	Sig. (unilateral)	,176	

N=25

Figura 6 Póster 105

Tabla 5. Correlación estadística entre gravedad al ingreso valorada por Escala APACHE II y grado funcional al alta (GOS).

		Escala APACHE II	Escala de discapacidad (GOS)
Escala APACHE II	Correlación de Pearson	1	-,442*
	Sig. (unilateral)		,013
Escala de discapacidad (GOS)	Correlación de Pearson	-,442*	1
	Sig. (unilateral)	,013	

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).
b. N por listas=25

Figura 7 Póster 105

Tabla 4. Correlación estadística entre Nivel de conciencia (Escala de Glasgow) al ingreso y grado funcional al alta (GOS).

		Escala de Glasgow	Escala de discapacidad (GOS)
Escala de Glasgow	Correlación de Pearson	1	,354*
	Sig. (unilateral)		,041
Escala de discapacidad (GOS)	Correlación de Pearson	,354*	1
	Sig. (unilateral)	,041	

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (unilateral).
b. N por listas=25

106. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR HEMORRAGIA CEREBRAL SUPRATENTORIAL

Gordillo Resina MM^a, Aranda Martínez C^b, González Gracianteparaluceta L^b, Guerrero López F^c, Mora Ordóñez J^d, Castillo Lorente E^c y Arias Verdú MD^d

^aHospital Virgen de la Victoria, Málaga. ^bComplejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ^cHospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ^dComplejo Hospitalario Regional Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Evaluar la supervivencia a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI con hemorragia cerebral supratentorial y los factores relacionados con la supervivencia.

Métodos: Durante los años 2006-2012 se han estudiado los pacientes ingresados en UCI de tres hospitales españoles con servicio de Neurocirugía con el diagnóstico de hematoma intracraneal espontáneo supratentorial.

Resultados: Hemos estudiado 263 pacientes con una edad de 59,74 ± 14,14 años y una puntuación en la escala de comas de Glasgow al ingreso en UCI de 8 ± 4 puntos. El 30% presentaban anomalías pupilares a su ingreso y el 11,4% midriasis bilateral arreactiva. La mortalidad hospitalaria fue del 53,2%. Se ha realizado seguimiento de los pacientes durante un periodo algo entre 10 y 14 años. En el seguimiento, 12 pacientes (4,6%) fueron perdidos y no se sabe si fallecieron o no tras el alta hospitalaria. A los seis meses, la mortalidad fue del 57,4% muy similar a la mortalidad hospitalaria. Al año, la mortalidad fue del 58,9%. Tan solo 15 pacientes (5,7% de la muestra total que habían ingresado en UCI y 10,71% de los 140 pacientes que no fallecieron en el hospital) habían fallecido tras el alta hospitalaria. A los cinco años, la mortalidad fue del

67,3%, habiendo fallecido 38 pacientes tras el alta hospitalaria, que representan el 14,4% de la muestra total que ingresó en UCI y el 27,14% de los que no fallecieron durante su ingreso hospitalario. A los 10 años la mortalidad fue del 71,9%, habiendo fallecido 66 pacientes tras el alta hospitalaria y que representan el 25,09% de la muestra total que ingreso en UCI y el 47,14% de los que no fallecieron durante su ingreso hospitalario. El análisis multivariable con regresión de Cox mostró que la supervivencia estuvo relacionada con la presencia de anomalía pupilar al ingreso (HR: 1,65 (1,14-2,40) para anisocoria y HR: 5,29 (3,12-8,97) para midriasis bilateral) con la puntuación al ingreso en la Escala de Glasgow (HR: 0,88 (0,84-0,92)) y con la edad (HR: 1,04 (1,02-1,05)).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes ingresados en UCI por hemorragia cerebral supratentorial es alta durante el ingreso hospitalario. Al año la mortalidad es muy similar a la mortalidad hospitalaria. A los cinco años tres cuartas partes de los pacientes que fueron dados de alta del hospital están vivos y a los 10 años algo más de la mitad de los pacientes que sobre vivieron al ingreso hospitalario siguen vivos.

107. CRANEOTOMÍA DE FOSA POSTERIOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ADAPTACIÓN A LOS NUEVOS TIEMPOS

Carnerero Gutiérrez J, López Sánchez F, Yustre Mestre F y Gómez Revuelta C

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Objetivos: Recomendaciones de actuación ante una lesión cerebral aguda de fosa posterior. Indicaciones de craneotomía descompresiva suboccipital (CDS). Establecer un protocolo de manejo en UCI tras la

descompresión de fosa posterior. Descripción de serie de casos del HGU Alicante.

Métodos: Búsqueda bibliográfica de artículos científicos relevantes actualizados (PubMed, Cochrane). Análisis de las bases de datos hospitalarias desde enero 2015 a enero 2022. Recogida de datos relevantes como edad, patología que determina la cirugía, inserción concomitante de derivación ventricular externa (DVE), situación funcional previa a la cirugía, situación funcional al alta de UCI, a los 6 meses y al año.

Resultados: En el periodo comprendido entre enero 2015 a enero 2022 se realizaron 136 craneotomías descompresivas en adultos, 6 de las cuales fueron de fosa posterior (relación de 22,6 a 1). La media de edad en ellas fue de 61,6 años, todas ellas con motivo de accidente vascular (4 hemorrágicos y 2 isquémicos). 2 pacientes fueron *exitus* (mortalidad 33,3%), el resto fue alta hospitalaria con GOS 5 y GOSE entre 7-8.

Conclusiones: La craneotomía suboccipital descompresiva (CSD) es una técnica quirúrgica indicada para el manejo de la hipertensión craneal secundaria a un insulto cerebral agudo de fosa posterior. Así como las indicaciones de la hemisferectomía descompresiva de fosa anterior están ampliamente establecidas y aceptadas por la comunidad médica, las indicaciones de la craneotomía de fosa posterior todavía suscitan muchas controversias. En los últimos años han surgido evidencias a favor de su realización en pacientes seleccionados con reducción de la mortalidad, así como resultados funcionales favorables a largo plazo, hechos ligados a los avances en neurointervencionismo. Existen una serie de variables que permiten identificar pacientes candidatos a realizar una CSD, si bien la decisión debe ser siempre individualizada. La revisión de la literatura ilustra variables asociadas a un mejor pronóstico tales como edad, inserción concomitante de DVE, desbridamiento quirúrgico de tejido necrótico, tiempo a cirugía, y SCG inicial. Debemos incidir en la importancia del manejo en UCI de la CSD asociada al DVE con creación de protocolos estandarizados, así como la uniformidad en la recogida de datos para en un futuro tener una mayor comprensión del impacto de esta cirugía en nuestros pacientes.

108. FACTORES ASOCIADOS A MAL PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

Bringas Bollada M, [Vivar Vela M](#), González Ogallal Fj, Valiente Raya P, Yordanov Zlatkov V, Catalina García-perrote S, de Miguel Martín S y Postigo Hernández C

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La hemorragia subaracnoidea (HSA) es una emergencia neurológica, supone el 5% del total de ictus, afecta a pacientes jóvenes y tiene una elevada morbimortalidad. Estudiar los factores asociados a la mortalidad para optimizar el tratamiento y supervivencia en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con HSA (espontánea y traumática) entre julio 2012 y diciembre del 2021. Variables cualitativas expresadas en porcentaje y cuantitativas en mediana y cuartiles primero y tercero, o media y DE según ajuste a normalidad. Descriptivo, análisis bivariados mediante U Mann-Whitney y χ^2 . La regresión logística con dependiente = mortalidad. Se utilizó SPSS 20 (IBM®).

Resultados: Se analizaron 342 pacientes. El 48% fueron mujeres. El 61,4% fueron menores de 65 años. El 57,6% presentaron Fisher III o IV. El 51,4% tenía lesión vascular asociada. En 168 pacientes se trató la lesión vascular, el 43,3% fue endovascular, solo en el 5,8% fue quirúrgico. Resangrado en el 10,2% (35). La mortalidad durante estancia en UCI fue del 20,5%. En el multivariado: la presencia de hematoma subdural (OR 2,91 (IC95% 0,99-8,54); El estrato superior de Fisher (OR 6,38 (IC95% 2,24-18,21); el GCS peor en la evolución de forma que el coma presentaba una OR 35,25 (IC95% 9, 5-130,82) con respecto a GCS de 13-15; la estancia en uci incrementaba la OR 1,19 (IC95% 1,01-1,23). Mientras que la estancia hospitalaria lo reducía OR 0,826 (IC95% 0,76-0,89).

Conclusiones: La epidemiología de la HSA en cuanto a incidencia, edad y distribución por sexo no difiere de la descrita en la literatura. En la mayoría de los casos se identifica alteración vascular subyacente que es tratada de forma endovascular. El GCS < 9 en la estancia del paciente, así como estratos elevados de Fisher. La asociación con otros diagnósticos vasculares cerebrales fue también determinante de un peor pronóstico, como la presencia de hematoma subdural, hematoma intraparenquimatoso y la hemorragia intraventricular.

109. PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SEGÚN ETIOLOGÍA VASCULAR

[Villalgorido García S](#), Viñas Domínguez S, Savlik T, Albillos Almaraz R, Villamar Carromero A, Martínez Elizalde J, Sánchez Gutiérrez A, Ballesteros Saavedra V, Blanco Aguilar V y Escudero Augusto D

Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias.

Objetivos: Conocer la situación clínica y evolución de los pacientes con hemorragia subaracnoidea según la etiología vascular.

Métodos: Análisis retrospectivo de pacientes que precisan de ingreso en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea espontánea (HSA) desde enero de 2018 hasta agosto de 2021. Se registran variables clínicas y demográficas.

Resultados: Se han obtenido un total de 218 pacientes, 64,7% mujeres con una edad media de 58,26 años y un Apache II al ingreso de 13,47. Como antecedentes destaca 41,3% de fumadores, 39,4% de hipertensión arterial y 7,3% de diabetes mellitus. A su ingreso presentaron un Fisher medio de 3,46, con una estancia media de 10,4 días y una mortalidad de 28,9% a los 6 meses del ingreso en UCI. Se analiza por grupos según la localización aneurismática (las localizaciones más frecuentes, 78%) distintas variables clínicas. Los pacientes con aneurisma en la arteria carótida interna presentan el mayor Apache II y el mayor Fisher. Los pacientes con mayor porcentaje de vasoespasmos, necesidad de DVEx y mortalidad son los que presentan aneurisma en la comunicante posterior izquierda. En contraposición los pacientes con origen en la arteria comunicante posterior derecha, presentan la mortalidad más baja y una estancia en UCI baja con el Fisher medio más bajo. La mortalidad más alta en las primeras 4h la presentan en la arteria cerebral media (ACM). Los pacientes con menor estancia media en UCI no presentaron malformación vascular en la arteriografía.

Conclusiones: La localización aneurismática puede ser relevante para la evolución clínica y mortalidad de los pacientes. La mortalidad más elevada en las primeras 24h la presenta el aneurisma en la arteria cerebral media. La mortalidad más elevada a los 6 meses la presenta la arteria comunicante posterior derecha.

Respiratorio 1

Moderador: Miguel Ángel Rodríguez Yago

110. ¿ES EL ALTO FLUJO EFICAZ EN EL MANEJO DE PACIENTES COVID FUERA DE LA UCI?

García Parra M, Erice Azparren E, Díaz de Antoñana Sáenz V, Mayayo Peralta S, Rodrigo Pérez H, Arregui Remón S, Presa Orúe A, Zabalza Goya A, Ares Miró P y Tirapu León JP

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Análisis de la atención realizada de forma multidisciplinar, por los servicios de Medicina Intensiva (sección UCI extendida) y Neumología, de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia respiratoria agu-

Tabla Póster 109

Localización aneurisma	n	APACHE II	Fisher	Hunt-Hesss	Vasospasmo %	DVEx %
No aneurisma	35	10,23	3,14	2,23	5,70	
Comunicante posterior derecha	20	13,05	3,00	2,25	15,00	25,0
Comunicante posterior izquierda	10	13,40	3,60	2,50	30,00	50,0
Arteria cerebral media	36	12,44	3,58	3,03	13,90	
Arteria cerebral anterior	20	15,80	3,65	2,85	25,00	45,0
Comunicante anterior	52	13,31	3,46	2,19	25,00	23,1

da secundaria a infección por SARS-CoV-2, que precisan inicio de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en planta.

Métodos: En previsión del impacto en número de ingresos de la segunda ola de la pandemia COVID, en el Hospital Universitario de Navarra (HUN), se creó una sección denominada Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI), dando soporte con terapia respiratoria no invasiva de forma multidisciplinaria entre los equipos médicos de Neumología y UCI Extendida. Dicha Unidad se sitúa en la 5ª planta de la Sede Virgen de Camino del HUN. Consta de 17 habitaciones monitorizadas con frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y pulsioximetría. El seguimiento en planta por nuestra unidad fue de una vez por turno mediante exploración clínica y revisión de las tendencias numéricas. Se realiza estudio descriptivo, observacional, prospectivo de los pacientes atendidos por UCI en dicha unidad. Variables recogidas: Datos demográficos (edad, sexo), fecha de aviso, fin de seguimiento, destino final (ingreso, limitación del soporte, mejoría sin ingreso) y el empleo de OAF. Rox Index. Periodo de recogida de datos: 01/01/2021 al 31/12/2021.

Resultados: Se valoraron 339 pacientes. 65,9% fueron varones con edad media 59 años. Seguimiento activo en UCRI de 171 pacientes. Periodo medio de seguimiento: 51 horas. Se indicó terapia de OAF en 144 pacientes. De ellos, 56 pacientes (40%) evolucionaron satisfactoriamente, manteniendo Rox Index mayor de 4,8, no requiriendo ingreso en UCI.

Conclusiones: El uso de OAF en la UCRI en pacientes seleccionados y con seguimiento estrecho por equipo médico multidisciplinario de Neumología y UCI Extendida, ha demostrado ser una herramienta útil para mejorar la gestión de camas de cuidados intensivos en periodo pandémico, reduciendo el número de ingresos en UCI.

111. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES COVID-19 INGRESADOS EN UCI

Rivera Sánchez P, Pérez Martínez D, Andreu Soler E, Victoria Ródenas MD, Manso Murcia C, Mateos Llosa M, Granados Madero M, López Hernández N, Mula Martínez R y Martín Magán MdM

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Estudiar las características de sexo, edad y presencia de factores de riesgo cardiovascular así como su relación con la mortalidad en los pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital de tercer nivel en la Región de Murcia.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en el que se describen las características clínicas de los pacientes ingresados por COVID-19 en UCI de adultos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Se recogen datos de edad, sexo, presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial (HTA), Diabetes Mellitus, dislipemia, obesidad) y su mortalidad, durante el periodo comprendido entre marzo de 2020 a noviembre de 2021, este periodo incluye desde la primera a la quinta ola de la pandemia COVID-19.

Resultados: De un total de 234 pacientes ingresado en UCI por COVID-19, se distinguen desde la primera a la quinta ola de pandemia el siguiente número de pacientes respectivamente: 25, 111, 61, 12 y 25. Se ve un predominio de hombres (un 72%) sobre las mujeres (28%), tanto de manera global como en cada una de las olas. Con respecto a la edad media global, es de 60 años, pero si se analiza por las diferentes olas se puede ver cómo ha ido disminuyendo con el transcurso de las olas, siendo de 59 años en la primera y 46 años en la quinta ola. La población del estudio presenta un porcentaje elevado de comorbilidades, hasta un 84% de los pacientes ingresados por COVID-19 tienen alguna patología de base, entre las que destacan por orden de frecuencia: HTA (49%), obesidad (39%), diabetes mellitus (28%), dislipemia (18%), encontrándose también otros antecedentes como trasplante o EPOC en menor frecuencia. Se compara la mortalidad con respecto a la presencia de comorbilidades. La mortalidad es de 33% en aquellos pacientes que no tiene ninguna patología de base, 37% en los que presentan una comorbilidad, se aumenta en torno al 50% entre los pacientes que tienen de dos a cuatro patologías de base, elevándose a un 80% en los que tienen cinco comorbilidades y del 100% en los pacientes con seis o más patologías previas.

Conclusiones: La presencia de comorbilidades en la pandemia por COVID-19 ha supuesto una gran repercusión en la mortalidad de los pacientes hospitalizados en UCI. Los pacientes que requieren ingreso en UCI son aquellos que no han evolucionado de manera favorable durante su estancia en planta de hospitalización, por lo que no se puede generalizar en términos de prevalencia de infección por COVID-19 y la presencia de comorbilidades.

112. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE NO VACUNADO INGRESADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS POR NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

Peregrina Caño E, Ben Abdellatif I, Martín Castillo R, Cordón Álvarez S, Zamboschi N y Nuevo Ortega P

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Conocer el perfil epidemiológico del paciente no vacunado de COVID-19 que ha ingresado en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos durante el año 2021 por neumonía secundaria a SARS-CoV-2. Además, analizaremos las comorbilidades asociadas y el soporte respiratorio precisado.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2021 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Resultados: En total, han ingresado 201 pacientes no vacunados de COVID-19, 145 hombres y 56 mujeres, con una media de edad de 58 años. En conjunto, el promedio de ingreso ha sido de 17 días y la mortalidad global ha sido del 33%. Respecto al soporte respiratorio precisado, un 44% ha requerido únicamente oxigenoterapia de alto flujo (promedio de 7 días) mientras que un 43% ha requerido ventilación mecánica invasiva (promedio de 18 días) habiendo precisado previamente oxigenoterapia de alto flujo en un 56% de los casos. Un 32% ha sido subsidiario de VMI en las primeras 24h de ingreso en UCI. El pronóstico llevó a cabo en el 60% de los pacientes. Respecto a las comorbilidades analizadas en pacientes no vacunados de la COVID-19; un 44,8% eran hipertensos, un 31,3% diabéticos, un 20,9% obesos, un 12,4% cardiopatas, un 8,5% oncológicos o inmunodeprimidos, un 6% presentaban EPOC y un 2% eran nefrópatas.

Conclusiones: El perfil de paciente no vacunado que ha ingresado en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos durante 2021 ha sido un varón de 58 años, hipertenso, diabético u obeso. Como soporte respiratorio no hay grandes diferencias entre los requerimientos de oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica invasiva pero sí hemos objetivado un fracaso de la oxigenoterapia de alto flujo en más de la mitad de los casos. La estancia media en nuestra unidad ha sido de unos 17 días y el porcentaje de mortalidad global del 33%.

113. COMPARACIÓN DE LOS PACIENTES VACUNADOS Y NO VACUNADOS INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA POR COVID-19 DURANTE EL AÑO 2021

Zamboschi N, Nuevo Ortega P, Cordón Álvarez S, Martín Castillo R, Peregrina Caño E y Ben Abdellatif I

Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Objetivos: Evaluar el perfil de los pacientes que han ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de la Victoria por neumonía por SARS-CoV-2 durante el año 2021. Analizamos especialmente el estado de vacunación, soporte requerido y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra Unidad desde el 1 de enero al 31 de diciembre del 2021.

Resultados: Durante este año han ingresado en nuestra UCI un total de 256 pacientes con neumonía por SARS-CoV-2. Hemos registrado una mayor incidencia de la enfermedad en hombres (75%, n: 191) con una media de edad de 59 años. Del total de casos, al ingresar en UCI, solo el 21% estaba vacunado (n: 55). En el 94,5% de los pacientes se utilizó la OAF como primera medida tanto en vacunados como no vacunados, con una mediana de días de OAF de 6 (RIC 4,25-9) en no vacunados y de 7 (RIC 4,25-9) en vacunados. No hemos observado diferencia entre ambos grupos en la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) desde el ingreso (5,5%). Tampoco ha habido diferencias en relación a la estancia en UCI, siendo la mediana de 12 (RIC 7-21) días en no vacunados y una mediana de 12,5 (RIC 8-22,5) en vacunados. En ambos grupos la necesidad de VMI fue del 55%. Por último, la mortalidad de ambos grupos ha sido del 33%.

Conclusiones: Hay que destacar que ambos grupos no son comparables ni en el número ni en la época del año. Si bien podríamos considerar que la gravedad de la infección por COVID-19 es menor en los vacunados desde una perspectiva poblacional, disminuyendo su necesidad de ingreso en UCI. Sin embargo, el paciente que desarrolla criterios de ingreso en UCI, el riesgo de fallecer es similar al de los no vacunados. Esto nos hace pensar, que además, habría que analizar el nivel de anticuerpos en un paciente de riesgo, más que el hecho de estar o no vacunado.

114. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA INCIDENCIA DE TROMBOSIS VENOSA Y VALORES DE DíMERO D EN PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR NEUMONÍA SARS-CoV-2

García Huertas DE, de Dios Chacón I y Martínez de Pinillos Sánchez MV

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Analizar la incidencia de trombosis venosa y los valores de dímero D en los enfermos con neumonía SARS-CoV-2 que ingresaron en UCI del Hospital Virgen de las Nieves.

Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo de las trombosis venosas de miembros inferiores (TV) que se produjeron en los pacientes ingresados en UCI por neumonía SARS-CoV-2 durante 11 meses y los valores de dímero D en estos pacientes.

Resultados: Se incluyeron 540 pacientes, de los cuales 335 eran hombres (65%) y 185 mujeres (35%). La edad media fue 58,35 ± 13,39 años, APACHE II 10,56 ± 4,88 y SOFA 4,32 ± 2 puntos. Se registraron un total de 85 trombosis de miembros inferiores (15,7% de los pacientes), 25 proximales (4,6%) y 60 distales (11,1%). Estos pacientes presentaban valores de dímero D medios de 17,56 ± 22,17 mg/L, mediana = 7,4 mg/L (valores de referencia 0-0,5 mg/L). Se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre los niveles de dímeros D en pacientes con TV con respecto a los de los pacientes sin TV (6,83 ± 14,80 mg/L).

Conclusiones: Los pacientes que ingresaron por neumonía por SARS-CoV-2 en nuestra UCI, presentaron una alta incidencia trombosis venosa y los valores de dímero D fueron más altos en estos pacientes que en los que no sufrieron fenómenos trombóticos.

Ética/Urgencias/Emergencias

Moderadora: Cristina Sanchís Piqueras

115. ANÁLISIS DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES NO CANDIDATOS A INGRESO EN UCI DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

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

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir los cuidados relacionados con el final de la vida de los pacientes ingresados en planta por neumonía COVID, no candidatos a ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) 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. Sedación paliativa en el 97% de los pacientes, 2,2% perfusión demidazolam, 33% opioide (8,3% morfina puntual subcutánea) y 64,8% perfusión de benzodiazepinas y opioide. Familiares informados del *exitus* del paciente en un 85,7%, el 30% pudo recibir acompañamiento familiar durante el proceso de fin de vida. *Exitus* en soledad en el 94%. Asistencia psicológica para el paciente durante el proceso de muerte en un 2,2% y para la familia en un 19%. Asistencia espiritual durante el proceso en un 2%. Disnea como motivo para sedación paliativa 100%, agonía y *delirium* añadido en un 7,5%.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes fallecieron solos, sin acompañamiento familiar en el momento del *exitus* y solamente una minoría recibió acompañamiento familiar durante el proceso de fin de vida. Se observa un muy bajo porcentaje, tanto de asistencia psicológica como de espiritual tanto para el paciente como para familiares. En un porcentaje muy bajo de pacientes no se pudo aplicar ninguna medida de cuidados al final de la vida, si bien en la mayoría de ellos se administró sedación paliativa, siendo la pauta más frecuentemente utilizada la perfusión continua de benzodiazepinas y opioides, por delante de la perfusión de opioides (morfina) o la administración puntual de ésta, que se utilizó en menos del 10% de los pacientes. Los principales motivos para iniciar sedación paliativa fue la presencia de disnea en todos los pacientes analizados, a los que se añadió la presencia de *delirium* y situación agónica en un 7,5% del total.

116. UCI EXTENDIDA: CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD DE LOS PACIENTES COVID GRAVES VALORADOS EN PLANTA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA

Fuster C, Pascual Llopis J y Arago J

Hospital de Torrevieja, Alicante.

Objetivos: La pandemia por COVID-19, especialmente en primavera de 2020, provocó que la disponibilidad de recursos (como la posibilidad de ingresar en una unidad de Medicina Intensiva) se viera ampliamente excedida por la altísima demanda. Los diferentes enfoques a la hora de ingresar o no a pacientes en dichas circunstancias ("First come-first served", la selección al azar o enfoques mas funcionales con el objetivo de conseguir el mayor bien para el mayor número de personas) ha provocado que un número de pacientes que se podrían haber beneficiado de ingreso en Medicina Intensiva no se ingresaran o se difiriera su ingreso. En este trabajo pretendemos describir las características de los pacientes valorados por el servicio de Medicina Intensiva en planta, sus factores de riesgo, si finalmente fue necesario su ingreso y la mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, recogiendo los datos de los historiales clínicos de los pacientes valorados por el servicio durante su estancia en planta desde el inicio de la pandemia por COVID-19. Se recogieron datos demográficos, de factores de riesgo, de gravedad (APACHE-II) y de mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se nos avisó para valorar un total de 118 pacientes ingresados en planta. De ellos 22 (18,4%) fueron desestimados para ingreso, 65 (55%) ingresaron al servicio de Medicina Intensiva bien a la primera interconsulta (45, 69,23%), o a la segunda o mas (20, 30,77%) con un APACHE II medio de 20,87 (± 8,8). La mortalidad intrahospitalaria (UCI + Planta) fue de 33 (73,33%) para los ingresados en la primera valoración, y de 10 (50%) de los ingresados tras mas de una valoración.

Conclusiones: En nuestra serie, el intento de optimizar los recursos a la hora de ingresar o no pacientes en el servicio de Medicina Intensiva, propició que en algunas ocasiones se retrasara el ingreso, pero dicho retraso no parece guardar relación con mayor gravedad ni una mayor mortalidad intrahospitalaria.

117. ABORDAJE DEL SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO Y ESTUDIO DE NÚMERO DE CASOS REPORTADOS EN HUGA

Torres Galera D

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Objetivos: El síndrome neuroléptico maligno es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente mortal. Por esta razón tenemos como objetivo actualizar el abordaje diagnóstico y terapéutico a raíz de un caso clínico. Como propósito añadido, hemos analizado nuestra experiencia viendo la prevalencia de esta enfermedad en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Abordaje de caso clínico: presentamos un varón de 52 años con trastorno bipolar en tratamiento con olanzapina, clotiapina y levomepromazina que comienza con un cuadro confusional progresivo, fiebre de 39 °C, rigidez generalizada y marcada desaturación. Tras diagnóstico diferencial con pruebas complementarias, aseguramos vía aérea mediante intubación orotraqueal y conexión a Ventilación Mecánica Invasiva y retirada de neurolépticos. Tratamiento con antipiréticos, fluidoterapia, vigilancia de función renal por rabiomolisis, antihipertensivos intravenosos y tratamiento específico con dantroleno y amantadina. Buena evolución con alta en una semana. Búsqueda bibliográfica para la actualización de conocimientos: Hemos utilizado UpToDate, Cochrane y PubMed. Además de su fisiopatología y diagnóstico queremos destacar en su tratamiento la interrupción inmediata del fármaco causal, medidas de soporte y tratamiento farmacológico específico (dantroleno, bromocriptina y amantadina) cuyo uso se basa en informes de casos y experiencia, no en datos de ensayos clínicos. Si bien la evidencia que respalda el uso de estos agentes es limitada, se usan con frecuencia debido a la falta de otros tratamientos probados y la alta mortalidad del trastorno. Análisis de Base de Datos Hospitalaria: Hemos analizado la prevalencia de casos del Hospital General Universitario de Alicante desde el año 1997 hasta la actualidad. Pudiendo así describir que, en 24 años, han ingresado 22 pacientes, de los cuales 7 precisaron de tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Resultados: No solo la literatura plasma la necesidad de medidas terapéuticas invasivas para el tratamiento de esta enfermedad, sino

que también lo objetivamos cuando observamos nuestra práctica: casi una cuarta parte de pacientes ingresados en nuestro hospital con SNM precisan de ingreso en UCI.

Conclusiones: Dada la potencial mortalidad y el difícil diagnóstico, el SNM debe sospecharse como diagnóstico de exclusión ante un paciente con hipertermia, síntomas extrapiramidales y signos disautonómicos. Teniendo en cuenta la baja incidencia poblacional (menor a un 5%) es importante saber que la prevalencia en UCI no es despreciable como reflejan nuestros datos.

118. EL INTENTO AUTOLÍTICO QUE LLEGA A UCI: PERFIL DEL PACIENTE

Díaz de Antoñana Sáenz V., Mayayo Peralta S, Erice Azparren E, García Parra M, Presa Orúe A, Zabalza Goya A, Ares Miró P, Llorente Sánchez A, Aldunate Calvo S y Barber Ansón M

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes que requiere ingreso en UCI con lesiones potencialmente graves secundarias a intento autolítico. Revisar los eventos en el periodo de la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Pacientes ingresados en UCI de Hospital Universitario de Navarra (HUN). Servicio de Medicina Intensiva: Sede A con 24 camas y Sede B con 16 camas. Datos recogidos a través de historia clínica informatizada. Periodo de estudio: 01/01/2020-31/12/2021. Variables recogidas: datos demográficos (sexo, edad), Antecedentes médicos psiquiátricos, mecanismo lesional. Soporte al ingreso en UCI (intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica, vasopresores, técnicas depuración renal). Días de estancia en UCI. *Exitus*.

Resultados: Valoración en el Servicio de Urgencias de 70 pacientes con lesiones potencialmente graves. Ingresaron en UCI 65 (92,85%). *Exitus* 4. Resto ingresó en Observación de Urgencias con seguimiento conjunto por parte del equipo de UCI Extendida del HUN y psiquiatría. El 43% varones con edad media de 39,35 años. Mujeres 57% con edad media de 39,75 años. No hay diferencias significativas. El 55,38% de los pacientes tienen antecedentes psiquiátricos. De los 65 pacientes que ingresaron en UCI, necesitaron intubación orotraqueal por GCS \leq 8 el 58,46%. Uso de vasopresores (noradrenalina) 23,07%. Desarrollaron insuficiencia renal aguda (estadio AKI III) con necesidad de terapia de reemplazo renal 7 pacientes. Mecanismo de autoinfligirse el daño: causa principal: intoxicación medicamentosa 53%. Segunda causa: precipitación: 24,61%. Resto: ingesta de productos domésticos y otros. La estancia media fue de 7,2 días. Días máximos de estancia 60. Paciente con graves lesiones tras precipitación. Ingresos en UCI año 2020: 31. Ingresos en UCI año 2021: 34. No se pueden sacar resultados estadísticamente significativos.

Conclusiones: Los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), describen un aumento de los pacientes con trastornos de la Salud Mental, así como intentos de suicidio en relación a la crisis sanitaria de SARS-CoV-2. En nuestra Comunidad, los intentos autolíticos que llegan a UCI no han visto un crecimiento significativo. Debemos seguir trabajando en programas de prevención para la reducción de los mismos. Se recogerán datos en los próximos años para poder analizar el mayor impacto de la pandemia.

119. LA PANDEMIA SILENCIOSA: INTENTOS AUTOLÍTICOS EN UCI EN LA ERA DEL COVID-19

López Fernández A y Estébanez Montiel MB

Hospital Universitario la Paz, Madrid.

Objetivos: Comparar las presentaciones y características de los intentos autolíticos (IA) ingresados en UCI previos a la pandemia de COVID-19 con los intentos sucedidos durante (desde el 14/03/20 hasta el 21/06/20) y posconfinamiento (PostC) domiciliario.

Métodos: Estudio de cohortes observacional, descriptivo y unicéntrico, donde se recogieron datos de 100 pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital La Paz en contexto de IA entre enero de 2019 y noviembre de 2021.

Resultados: Estudiamos 100 pacientes con edad media de 41,8 \pm 15 años, siendo el 52% hombres y teniendo un 65% de ellos antecedentes psiquiátricos (siendo el 38% depresión). Aunque no aumentó el número de IA de manera sustancial en el PostC (49 en preconfinamiento (PreC)

vs. 51 en confinamiento (C) y postC), se observaron cambios en algunas características epidemiológicas de los pacientes en los 3 periodos de estudio. PreC solo el 26% de los pacientes con IA ingresados en UCI eran mujeres con una edad media de 44 \pm 14 años, los 4 pacientes ingresados durante el periodo de C fueron mujeres con una edad media de 34 \pm 15 años, mientras que en el postC un 60% eran mujeres de 40 \pm 16 años. El consumo de drogas preC se dio en un 53% de los pacientes, destacando el alcohol, con un 12% del total, durante el C el 50% de los pacientes consumían drogas y posteriormente el consumo se daba en el 44% de los pacientes, de los cuales un 23% tomaban mayoritariamente alcohol. Previo al C un 49% de los pacientes no tenían antecedente de IA previo vs. un 72% en los tiempos de estudio posteriores. En cuanto al estado social, un 71% de los pacientes tenían apoyo familiar en el preC, un 67% tenían hijos y un 75% estaban desempleados vs. un 60%, 65% y 64% en el postC respectivamente. Los mecanismos de intento autolítico que destacan tanto en PreC como en C y postC son las intoxicaciones medicamentosas y las precipitaciones, siendo un 29 vs. 50 vs. 38% y 53 vs. 50 vs. 46% respectivamente.

Conclusiones: se puede observar un cambio en la epidemiología de los pacientes ingresados por intento autolítico en la UCI a lo largo de la pandemia. Después del confinamiento domiciliario, aumentó la incidencia de IA en mujeres de más corta edad, sin antecedentes psiquiátricos previos y con menos apoyo familiar, subiendo sustancialmente los intentos con intoxicaciones medicamentosas. Es importante conocer este hecho a la hora de establecer estrategias preventivas de esta pandemia silenciosa.

Hematología/Respiratorio

Moderadora: Rocío Amézaga Menéndez

120. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE VALORACIONES CONJUNTAS ENTRE EL SERVICIO DE UCI-HEMATOLOGÍA DEL HUPM SOBRE PACIENTES HEMATOLÓGICOS INGRESADOS EN PLANTA ENTRE 2020 Y 2021

Salas Martín JdM, Jiménez Guerra E, Alárabe Peinado S, **Ortiz Sevilla C**, Guerrero Altamirano AJ y Raposo Puglia JA

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Objetivos: Analizar valoraciones realizadas por equipo UCI-Hematología, en una cohorte de pacientes oncohematológicos ingresados en planta, en el periodo comprendido entre junio de 2020 y diciembre de 2021.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 189 pacientes ingresados en planta, analizados por: género, edad, calidad de vida, diagnóstico hematológico principal [leucemia aguda (LA), leucemia crónica (LC), linfoma no Hodgkin (LNH), linfoma Hodgkin (LH), síndrome mielodisplásicos (SMD), mieloma múltiple (MM), y otros], valoración inicial, sucesivas valoraciones, ingreso en UCI, limitación del esfuerzo terapéutico, supervivencia, mortalidad durante ingreso y causa del *exitus*. Se describen las variables utilizando una distribución de frecuencias en caso de variables cualitativas y mediante media y desviación estándar en caso de variables cuantitativas.

Resultados: El 58,7% fueron varones; la edad media fue de 60,02 años (DE \pm 15,839). El diagnóstico hematológico principal fue LNH en un 27% de los casos, LA 23,3%, MM 15,3%, LH 9,5%, LC 5,3%, SMD 3,7% y otros 3,7%. Tras la valoración inicial, 63% de los pacientes se consideraron subsidiarios de UCI sin techo terapéutico (SUST), 19% no subsidiarios (NS), un 2,6% subsidiarios con techo terapéutico (SUCT) y un 15,4% quedo pendiente valoración (PV) conjunta con hematología. Respecto a las reevaluaciones: 9,5% no realizadas, 67,2% misma decisión, 1,1% cambio a NS, 4,8% cambio a SUST y 7,4% cambio a SUCT. La supervivencia en SUST fue del 92%, SUCT del 53%, en NS del 50%, y de los PV del 66%. Solo el 11,7% de las valoraciones ingresaron en UCI. Fueron necesarias retirada de medidas en un 12,2% de las valoraciones. Situación al final del estudio con 23,8% de mortalidad y 76,2% de supervivencia. El 67,4% de la mortalidad es asociada al proceso hematológico.

Conclusiones: Los pacientes SUST tienen mayor supervivencia durante sus ingresos en planta, frente a pacientes que son valorados como NS, independientemente de complicaciones agudas y/o ingreso en UCI. Para un futuro será necesario un estudio más amplio de las complicaciones que aumentan la mortalidad de pacientes subsidiarios de UCI para disminuir la mortalidad hospitalaria.

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

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

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

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

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

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

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

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

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

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

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

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

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

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

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

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

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

Hospital Infanta Luisa, Sevilla.

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

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

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

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

Comunicaciones orales

Miscelánea 1

Moderadores: [Rosario Amaya Villar](#) y [Pedro Enríquez Giraud](#)

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

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

Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo.

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