

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar las características clínicas de la serie de casos de PRES ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona entre los años 2021 y 2022, así como las repercusiones de dicho diagnóstico sobre la pauta terapéutica. Nuestra hipótesis es que los pacientes críticos que se complican con un PRES tienen un peor pronóstico, aumento de la estancia hospitalaria y a su vez requieren modificaciones trascendentes en el tratamiento de la enfermedad de base.

Métodos: Durante los años 2021 y 2022 se diagnosticaron 7 casos de PRES en pacientes ingresados en la UCI. Se analizaron prospectivamente sus variables clínicas y demográficas; así mismo, se les mantuvo en seguimiento durante todo el ingreso hospitalario. La variable principal fue el requerir un cambio trascendente en su tratamiento basal (cambio/suspensión de medicación inmunosupresora, decisiones clínicas sobre final de vida...). Se evaluó a su vez el número de fármacos antiépilépticos (FAE) y sedantes que requirieron durante su ingreso en UCI. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico por no cumplir criterios de normalidad según el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cualitativas se expresan como frecuentes y porcentajes. Se empleó SPSS v15.0.

Resultados: Nuestra muestra está formada por 7 pacientes, con una edad mediana de 42 años (21, 64). El 57% eran mujeres. La estancia mediana en UCI fue de 12 días (8, 15) y hospitalaria de 20 días (16, 107). El valor de APACHE-II mediano fue 27 (17, 31). Durante el ingreso fallecieron el 28%. El diagnóstico de PRES pudo confirmarse mediante RMN cerebral en el 85%. Los diagnósticos basales fueron: un caso de HSA durante soporte en ECMO por COVID-19; en 2 casos, tratamiento con anticalcineurínicos tras un trasplante pulmonar; un caso de preeclampsia grave; un caso de politraumatismo; un caso de neurolupus; un caso de crisis hipertensiva. Hasta un 57% requirieron un cambio importante en su plan terapéutico. Concretamente, uno de los dos posoperados de trasplante bipulmonar tuvieron que cambiar la inmunosupresión a rapamicina. En el caso de la crisis hipertensiva, supuso un deterioro del nivel de consciencia que requirió reconexión a la ventilación mecánica. Recibieron 2 FAE (1, 4) y dos sedantes simultáneos (1, 3).

Conclusiones: El PRES es una complicación rara pero grave de los pacientes críticos, con múltiples patologías de base. EN muchos casos implica un cambio en plan terapéutico y se relaciona con mayor estancia hospitalaria. Su diagnóstico de sospecha suele confirmarse con RMN.

una edad media global de 64,5 años. La mayoría de las indicaciones fueron por síncope de perfil cardiogénico (81,8%), 1 por ictus criptogénico y otra por mareo. Se documentó 1 única complicación en forma de dehiscencia de la sutura. En el 45% de los Holter implantados se detectó el evento diana, precisando todos ellos de estimulación cardíaca definitiva. El tiempo medio hasta la detección de la sintomatología cardinal fue de 88,8 días.

Conclusiones: El Holter subcutáneo es una herramienta con gran sensibilidad diagnóstica, escasa invasividad y complicaciones. Es fundamental una selección adecuada del paciente, así como una optimización en el seguimiento periódico de los dispositivos. Coincidiendo con el implante de Holter implantables han aumentado ligeramente los primoimplantes de marcapasos en nuestra unidad, que se deberá refrendar en los próximos años.

331. COMPLICACIONES TRAS EL IMPLANTE DE DISPOSITIVOS DE ESTIMULACIÓN CARDÍACA PERMANENTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Pérez Piñero SV, Jiménez Medina D, Zarza Márquez MdM, Nomdedeu Fernández M, Campos Albert J, Quintana Burgos GE, García García ME, Murcia J y Serrano Torres V

Hospital General Universitario Santa Lucía (C. H. de Cartagena), Murcia.

Objetivos: La prevalencia de los trastornos de la formación y/o conducción del impulso cardíaco se ha visto incrementada en las últimas décadas, debido a la mayor esperanza de vida de la población y por ello mayor comorbilidad. Es por eso que en la actualidad, ha aumentado la indicación de dispositivos de estimulación cardíaca permanente (marcapasos definitivo). El implante de un marcapasos definitivo es un procedimiento quirúrgico, por ello susceptible de desarrollar complicaciones, la mayoría de ellas derivadas de la técnica. Existen diversas complicaciones, algunas de ellas dependientes de la vía de acceso utilizada (endovenosa o epicárdica), técnica u operador. Pero también otras, consecuencia de factores de riesgo intrínsecos del paciente como pueden ser el antecedente de cardiopatía isquémica, la edad, o demás comorbilidades asociadas, etc. El objetivo es describir las complicaciones precoces (< 24 horas) más frecuentes derivadas del implante de un dispositivo de estimulación cardíaca permanente. Además describir las características que más se repiten a la hora de desarrollar dichas complicaciones.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuya población la constituyen los pacientes a los que se le ha implantado un marcapasos definitivo en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) del Hospital General Universitario Santa Lucía (hospital de segundo nivel con 27 camas) entre enero de 2019 hasta mayo de 2022, siendo un total de 342 pacientes. Unidad que dispone de la implantación de un sistema de calidad acorde a la norma ISO 9001:2015 desde el año 2018.

Resultados: De los 342 pacientes a los que se le fue implantado un marcapasos definitivo en el periodo descrito, desarrollaron complicaciones precoces derivadas de la intervención un 5,84% (20 pacientes). Entre los eventos encontrados se encuentran taponamiento cardíaco (30%); desplazamiento de la sonda auricular (25%); desplazamiento de la sonda ventricular (20%), neumotórax pospunción venosa subclavia (15%) y desplazamiento de ambas sondas, auricular y ventricular (10%).

Defensa pósteres

MARCAPASOS/ARRITMIAS

11:40-12:00 h. PANTALLA 1

330. EXPERIENCIA EN EL INICIO DE IMPLANTES DE HOLTER SUBCUTÁNEOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL COMARCAL

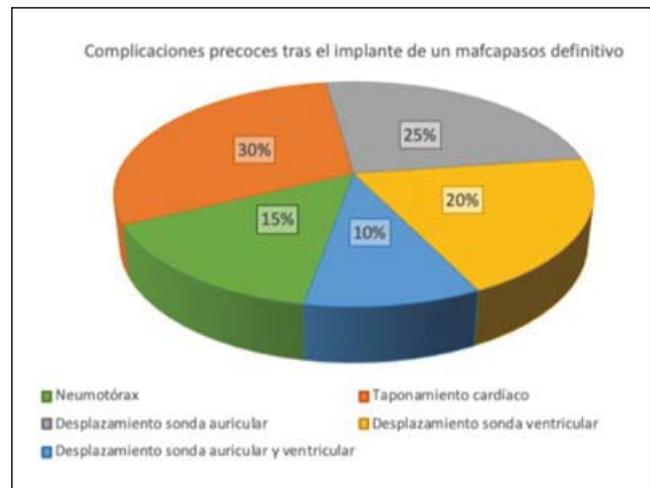
Jiménez Martínez E

Hospital General de Riotinto, Huelva.

Objetivos: Describir las características de los pacientes, indicaciones, complicaciones y eventos detectados tras el implante de holter implantables desde el inicio de la actividad en la UCI del Hospital de Riotinto en febrero de 2021 hasta diciembre de 2022.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en la UCI del Hospital de Riotinto, desde el inicio de la actividad en febrero de 2021 hasta diciembre de 2022. Analizamos la edad y sexo de los pacientes, la sintomatología que origina la indicación, la existencia de complicaciones en forma de decúbito, infección o sangrado, la efectividad en forma de eventos diana detectados (pausas significativas, bloqueos auriculo-ventriculares paroxísticos y fibrilación auricular *de novo*) así como el tiempo hasta que se constata dicho evento. Por último, registramos el porcentaje de pacientes que necesitaron dispositivos de estimulación cardíaca definitiva. A los pacientes se les entregó al implante un activador que debían pulsar cuando presentaran sintomatología diana y se les entregaba un teléfono donde contactar en caso de dicha sintomatología así como citas periódicas en consulta.

Resultados: En total se implantaron 11 dispositivos (7 Reveal XT y 4 Linq2 de Medtronic), de los cuales un 63,6%, correspondían a mujeres con



Conclusiones: La indicación de implantar un dispositivo de estimulación cardiaca ha aumentado en las últimas décadas, debido a la mayor esperanza de vida de la población. Las complicaciones precoces (< 24h tras el implante) observadas en nuestros pacientes han sido: taponamiento cardíaco, desplazamiento de la sonda auricular, desplazamiento de la sonda ventricular, neumotórax o desplazamiento de la sonda auricular y ventricular.

332. ACTIVIDAD Y COMPLICACIONES DEL EQUIPO DE ESTIMULACIÓN CARDIACA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA DEL HOSPITAL VIRGEN DE LA VICTORIA EN EL ÚLTIMO AÑO EVALUAR LA ACTIVIDAD EN ESTIMULACIÓN CARDIACA (EC) TANTO QUIRÚRGICA COMO DE SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE ESTIMULACIÓN CARDIACA DE UCI

Gordillo Resina M, Rueda Molina C, Pérez Mesa E, Carballo Ruiz M y Nieto González M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Evaluar la actividad en estimulación cardiaca (EC) tanto quirúrgica como de seguimiento en la Unidad de Estimulación Cardiaca de UCI.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional sobre el registro propio de actividad. Incluimos los pacientes sometidos a implante de marcapasos definitivo en nuestra unidad desde el 1 de enero a 31 de diciembre de 2022, además de los pacientes en seguimiento por consulta y control remoto domiciliario.

Resultados: Nuestra unidad tiene actividad en EC desde hace 34 años, actualmente está compuesta por 4 médicos intensivistas acreditados para el implante de marcapasos, una enfermera y residente propio o externo. En 2022 se han implantado un total de 102 marcapasos y 14 recambios de generador por agotamiento de batería. De los 116 procedimientos, 47 fueron monocamerales y 69 bicamerales. Trabajamos con 4 casas comerciales distintas con distribución similar. Hemos tenido las siguientes complicaciones: 6 dislocaciones de electrodos (2 recolocaciones del electrodo auricular, 2 del electrodo ventricular y 2 de ambos electrodos), 1 neumotórax, 2 hematomas locales con resolución espontánea (de baja consideración), 0 infección de bolsa de marcapasos. Además hemos realizado seguimiento de dichos pacientes en consulta presencial junto con el total de pacientes que tenemos en seguimiento anual o de manera extraordinaria por eventos, consiguiendo introducir en el programa de seguimiento de control remoto a muchos de ellos llegando a 358 pacientes incluidos a final de 2022.

Conclusiones: La actividad en EC en Unidades de Medicina Intensiva por intensivistas entrenados es una competencia establecida y segura, que además ofrece una atención global y de calidad. En los últimos años hemos tenido un descenso brusco de la actividad que está siendo recuperada poco a poco. Nuestra unidad se suma al esfuerzo de todos los profesionales, consiguiendo alcanzar datos de actividad significativos con escasas complicaciones.

333. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL IMPLANTE DE MARCAPASOS EN MAYORES DE 85 AÑOS

Gordillo Resina M, Rueda Molina C, Pérez Mesa E, Carballo Ruiz M y Nieto González M

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: El envejecimiento poblacional es una realidad a nivel sanitario. Para la toma de decisiones médicas debemos destacar el criterio de máximo beneficio para el paciente, sin ser la edad avanzada un criterio pronóstico *per se*. Es cada vez más frecuente implantar marcapasos en pacientes ancianos y, realizado en manos expertas, no debe acarrear más complicaciones de las esperadas. Queremos describir nuestros datos en este grupo poblacional.

Métodos: Análisis descriptivo y retrospectivo de los pacientes mayores de 85 años que han precisado implante de marcapasos definitivo durante el periodo 2013-2021 en la Unidad de Estimulación Cardiaca de la UCI. Haciendo un seguimiento de hasta dos años para ver supervivencia en ellos.

Resultados: En este periodo se han implantado 139 marcapasos y 18 recambios de generador en pacientes mayores de 85 años (edad media de 88,57, 85-97, DE 2,5; 41% varones y 59% mujeres). La principal indicación fue BAV (75%), seguida de 22% de FA lenta. Principalmente se

implantaron unicamerales (67% frente a 33% de bicamerales). El 16% tenía deterioro cognitivo y el 32,5% eran dependientes para ABVD. De las comorbilidades analizadas destaca la HTA (88%) y la DM (38%). La estancia en UCI fue de 1 día de mediana (0-9, DE 1,3) y la estancia hospitalaria fue de 2 días de mediana (0-42, DE 4,9). Un 43% de los pacientes fueron alta directa a domicilio desde UCI en las primeras 24h, el resto se trasladó a planta (38%) o a su hospital de referencia (19%). Solo el 25% de los pacientes tuvo complicaciones durante el ingreso: infección respiratoria (22%) o insuficiencia cardiaca (25%). La mortalidad global al año fue de 16% y a los dos años del 13%.

Conclusiones: Cada vez hay más pacientes mayores con buena situación biológica y funcional. La supervivencia a los 2 años del implante de marcapasos es elevada, con una tasa de complicaciones no despreciable pero similar a las series generales. Por ello hay que individualizar cada caso, considerar la morbilidad y la calidad de vida previa porque muchos ancianos podrían beneficiarse de portar un marcapasos en sus últimos años de vida.

334. ESTUDIO DE CASOS QUE HAN REQUERIDO TERAPIA CON ECMO VENOARTERIAL (VA)

Suárez Ramos P, Ribero J, Martín Bautista M, Albacete Ródenas P y Martínez Martínez AI

Hospital Universitario Vinalopó, Alicante.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar los datos expuestos a continuación para conocer los resultados de los casos que han requerido asistencia con ECMO VA en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Hemos incluido a 18 pacientes que requirieron ECMO VA, en un periodo de tiempo de 5 años. Se han analizado las siguientes variables: sexo, edad, indicación y duración de la terapia con ECMO (días), empleo de anticoagulación y características de la misma, valores de lactato, proBNP y troponina, complicaciones, pauta antibiótica y mortalidad.

Resultados: De los 18 pacientes estudiados, 4 eran mujeres (22,2%) y 14 hombres (77,8%), con edades comprendidas entre 16 años y 78 años y una media de 60,5 años. Las indicaciones fueron: *shock* cardiogénico en 16 casos (88,9%) y *shock* distributivo en 2 casos. La duración del uso de ECMO osciló entre un mínimo de 1 día y un máximo de 22 días, siendo la media de 8,3. Se anticoagularon 17 pacientes (94,4%), en 16 se usó heparina y 1 paciente requirió cambio de citrato a heparina. Un paciente no fue anticoagulado por contraindicación (sangrado desde el momento inicial). Todos los pacientes presentaban hiperlactacidemia en el momento de inicio de la terapia. La media de los valores de lactato fue de 51,09 mg/dL (N 4,5-14,4). La media en los pacientes que fallecieron fue 63,97 mg/dL y entre aquellos que sobrevivieron fue 39,74 mg/dL. El valor medio de ProBNP fue 18.768 pg/mL. El 83,3% de los pacientes presentó elevación de troponina. Se observaron complicaciones en 11 casos (61,11%), la más frecuente fue hemorragia en 8 pacientes. Otras complicaciones registradas fueron: 4 casos de isquemia de miembros inferiores, 3 infecciones del sitio de entrada del catéter y 3 casos de derrame pleural. Como profilaxis antibiótica por la canulación, observamos que los antibióticos más utilizados fueron tazocel y linezolid (55,6% de los casos cada uno), en combinación según los requerimientos del paciente con otro antibiótico. La mortalidad observada en este estudio es de 55,5%.



Conclusiones: La ECMO puede ser utilizada de manera transitoria y como terapia puente a la recuperación o aplicación de otros tratamientos o asistencia a largo plazo. Supone una importante evolución en pacientes con *shock* cardiogénico refractario a otros tratamientos médicos. Su uso se asocia a una mortalidad elevada y no está exento de complicaciones.

Defensa pósteres

CARDIOVASCULAR II

11:40-12:00 h. PANTALLA 2

335. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN LOS MÉDICOS INTERNOS RESIDENTES EN SU PRIMER AÑO DE FORMACIÓN

Chicote Álvarez E¹, Mainar Gil I¹, Lizama Gómez NG², González Castro A³, Feo González M¹, Arlabán Carpintero M¹, Camino Ferró H¹, Íñiguez de Diego A¹, Gómez Camino S¹ y Macías Pascual M¹

¹Hospital San Pedro (C. H. San Pedro Hospital de la Rioja), La Rioja. ²Hospital Reina Sofía, Navarra. ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Evaluar el nivel de conocimiento sobre la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica entre los médicos internos residentes en su primer año de formación en dos hospitales (uno de tercer nivel y otro de segundo nivel).

Métodos: Se hizo llegar una encuesta a 100 residentes vía correo electrónico corporativo, con posterior recogida de los datos de manera anónima. Estos médicos realizaban guardias de Urgencias o guardias de planta de hospitalización. La encuesta la componían 12 preguntas tipo test, con 4 posibles respuestas, de las cuales solo una era válida. El periodo de estudio fue el mes de junio del año 2022. Los resultados de la encuesta fueron volcados a un archivo Excel® (Microsoft Excel de Windows) para su análisis. El análisis descriptivo se llevó a cabo calculando la frecuencia absoluta y los porcentajes.

Resultados: Se recibieron un total de 33 encuestas de manera correcta (33%). La media de respuestas correcta fue de $9 \pm 1,48$ puntos. El rango de respuestas fue de 6-12 puntos. El 75,8% de las respuestas indicaron que previamente a la entrada al periodo de la Residencia habían hecho algún curso específico sobre reanimación cardiopulmonar, mientras el 24,2% restante no habían recibido formación. La media de respuestas correctas entre los que habían recibido algún curso fue $8,95 \pm 1,46$ puntos y entre los que no habían tenido formación fue $9,12 \pm 1,64$ puntos, sin diferencias entre ambos grupos. En los resultados destacó que el 45,5% de las respuestas fallaron tras ser preguntados sobre la secuencia correcta de cadena de supervivencia.

Conclusiones: Creemos que a la vista de nuestros resultados, y teniendo en cuenta la importante limitación del pequeño tamaño de la muestra, el número de respuestas correctas fue elevado. Sin embargo, se debe hacer hincapié en aspectos como que el 100% del personal sanitario reciba formación en RCP, tanto antes (junto con la población general), como durante su periodo de residencia.

336. ANÁLISIS DE LAS PARADAS CARDIORRESPIRATORIAS EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA DEL CAMPO DE GIBRALTAR OESTE

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

Hospital Punta de Europa, Cádiz.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mortalidad en pacientes que ingresan en UCI tras recuperación de una parada cardiorrespiratoria (PCR) y describir sus características epidemiológicas.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo sobre una cohorte prospectiva realizado en una UCI de 15 camas desde 2019 hasta 2022. Variables demográficas, comorbilidades, escalas de gravedad, tratamiento recibido, ventilación mecánica (VM), factores de riesgo, infecciones en UCI, antibioterapia, estancia en UCI, estancia hospitalaria y mortalidad. Análisis estadístico: variables categóricas (frecuencias y porcentajes) y cuantitativas (media y desviación típica o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test de la χ^2 (porcentajes), t de Student (medias)

y U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante. Significación estadística con $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 1.470 pacientes. Pacientes con PCR (n = 50) vs. no PCR (n = 1.420): Edad ($68,4 \pm 14,7$ vs. $63,1 \pm 15,3$, $p = 0,015$). SAPS II ($58,5 [49,25; 69,75]$ vs. $28 [19; 42]$, $p \leq 0,001$), APACHE II ($23 [18; 27,5]$ vs. $10,5 [6; 16]$, $p = < 0,001$); GCS ($15 [8; 15]$ vs. $15 [13; 15]$, $p < 0,001$). Infección por COVID (0 (0) vs. $166 (11,6)$, $p = 0,004$). Factores de riesgo: CVC (98 vs. 60% , $p < 0,001$); VM (98 vs. $39,7\%$, $p < 0,001$), SU (100 vs. $70,4\%$, $p < 0,001$). Comorbilidades: neoplasia (4 vs. $16,5\%$, $p = 0,016$); EPOC (18 vs. $8,3\%$, $p = 0,032$). Tiempos: VM ($5 [1; 11]$ vs. $0 [0; 2]$, $p < 0,001$); CVC ($9 [4; 15]$ vs. $1 [0; 6]$, $p = 0,001$). Mortalidad (60 vs. $28,4\%$, $p < 0,001$). *Exitus* (n = 30) vs. no *exitus* (n = 20). SAPS II ($66 [54; 75]$ vs. $54 [38; 58]$, $p = 0,006$); APACHE II ($25 [20; 32]$ vs. $19 [15; 24]$, $p = 0,007$). Tiempos: VM ($3 [1; 5]$ vs. $1 [1; 3]$, $p = 0,040$); estancia en UCI ($3 [1; 5]$ vs. $4 [3; 8]$, $p = 0,087$); estancia en el hospital ($4 [2; 12]$ vs. $14 [8; 21]$, $p = 0,004$); VMNI ($0 [0; 0]$ vs. $0 [0; 0]$; $p = 0,004$); primer CVC ($2 [1; 4]$ vs. $4 [3; 6]$, $p = 0,021$). Lugar PCR ($p = 0,291$): extrahospitalaria ($23,3$ vs. 15%), Unidad hospitalización ($36,6$ vs. 25%), Urgencias ($23,3$ vs. 55%). Ritmo inicial PCR ($p = 0,767$): asistolia ($66,6$ vs. 65%), FV/TV ($13,3$ vs. 25%), AESP ($16,6$ vs. 10%). Regresión logística multivariante: APACHE II (OR $1,12 [1,03-1,26]$, $p = 0,018$).

Conclusiones: La mortalidad de los pacientes que ingresan en UCI tras una PCR recuperada es elevada. No se encontraron diferencias en cuanto al lugar de la PCR ni el ritmo inicial. La puntuación APACHE II se comportó como factor de riesgo independiente de mortalidad.

337. DIFERENCIAS EN CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS EN RCP SEGÚN PUESTO DE TRABAJO

Ruiz Cambra NA, Matas Rubio E, García Martínez de los Reyes L, Gallego Lujan C, Barrios Arnau M, Prado Mira Á, Castillo Lag MD, Carrilero López C, Pérez Villena MM y Munera Valero M

Hospital General Universitario de Albacete (C. H. de Albacete), Albacete.

Objetivos: Análisis comparativo descriptivo sobre conocimientos, actuación inicial y competencias en RCP en sanitarios según puesto de trabajo.

Métodos: Realizamos encuestas anónimas a trabajadores sanitarios de un hospital terciario: 7 preguntas generales (categoría profesional, servicio, edad, años trabajados, último curso de RCP, tipo de curso y a quién avisan ante una PCR), 7 preguntas conceptuales (p1. definición PCR, p2. primera actuación, p3 tras DESA, p4. inicio RCP, p5. ritmo masaje, p6. DF; p7. llevo el carro) y 3 de competencia y material (p9. conoce donde está carro; p10. conoce material; p11. es su responsabilidad). Paquete estadístico SPSS.

Resultados: N = 361. La encuesta fue rellenada por enfermería (43%), TCAE (27%), FEA (17%), MIR (10%) y celadores (3%). El 42% de los encuestados era mayor de 46 años, seguido del 31% entre 36 y 45 años. El 34% de los encuestados tenían más de 20 años de experiencia, el 31% entre 11 y 20, el 13% entre 6 y 10 y el 22% menos de 5 años. El 29% habían realizado un curso de RCP hace menos de 2 años, el 62% hace más de 2 años y el 9% nunca. Los cursos realizados eran RCPB (69%), DESA (26%) y RCPA (50%). El 12% de los encuestados pertenecían a servicios quirúrgicos, el 16% a UCI y el resto a otros médicos. Ante una PCR, el 82% de los encuestados avisan al médico responsable, solo 6% a UCI. Los aciertos en preguntas conceptuales fueron: 62% p1; 83% p2; 40% p3; 67% p4; 64% p5; 73% p6. El 87% conoce el material del carro, pero el 73% no está seguro de dónde localizarlo y el 87% esperan a una orden para traerlo. Existe gran variabilidad entre puesto de trabajo y considerar tu responsabilidad.

Conclusiones: El nivel de conocimientos básicos en RCP general es mejorable. En general, los MIR son los que más preguntas han acertado y Enfermería quien mejor conoce el material. Los FEA, MIR y Enfermería se adjudican mayor número de tareas ante una PCR.

338. EL IMPACTO DE LA RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA EN EL TRATAMIENTO DEL TEP

Alvargonzález Riera C, Rojo Montes L, Sánchez Galindo M, Pérez Lucendo A, Iglesias Franco J, Magaña Bru I, Temprano García I, Carrapiso Galán P, Delgado Arroyo A y Canabal Berlanga A

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Describir el impacto de la aplicación de un protocolo para el manejo del TEP en el Hospital Universitario de la Princesa (HULP).

Figura 1 Póster 338

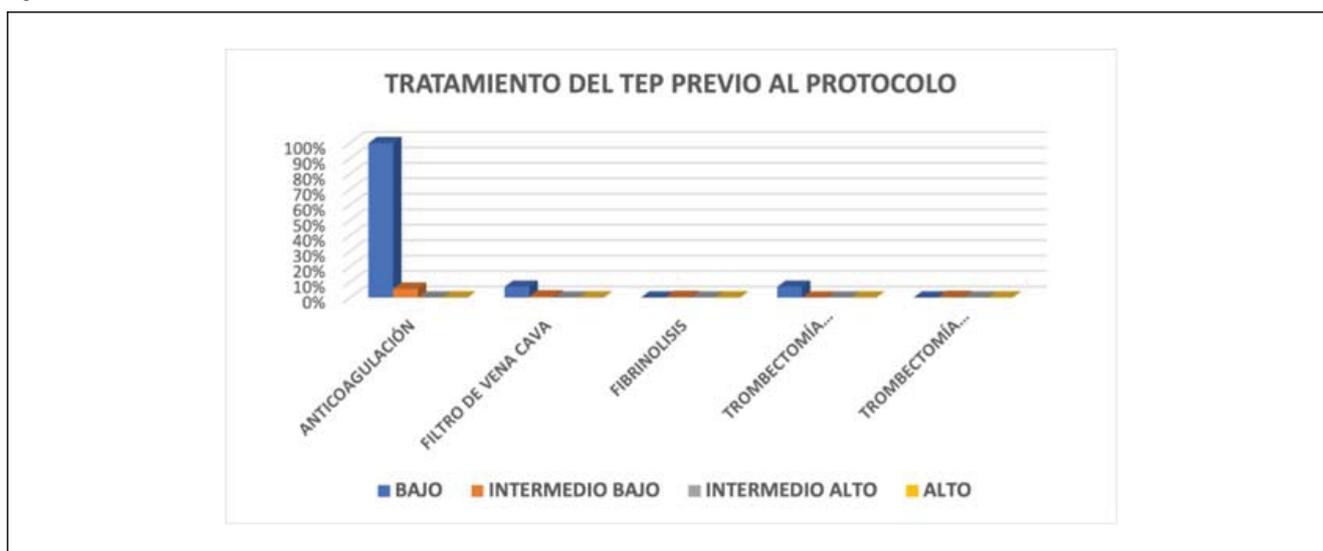
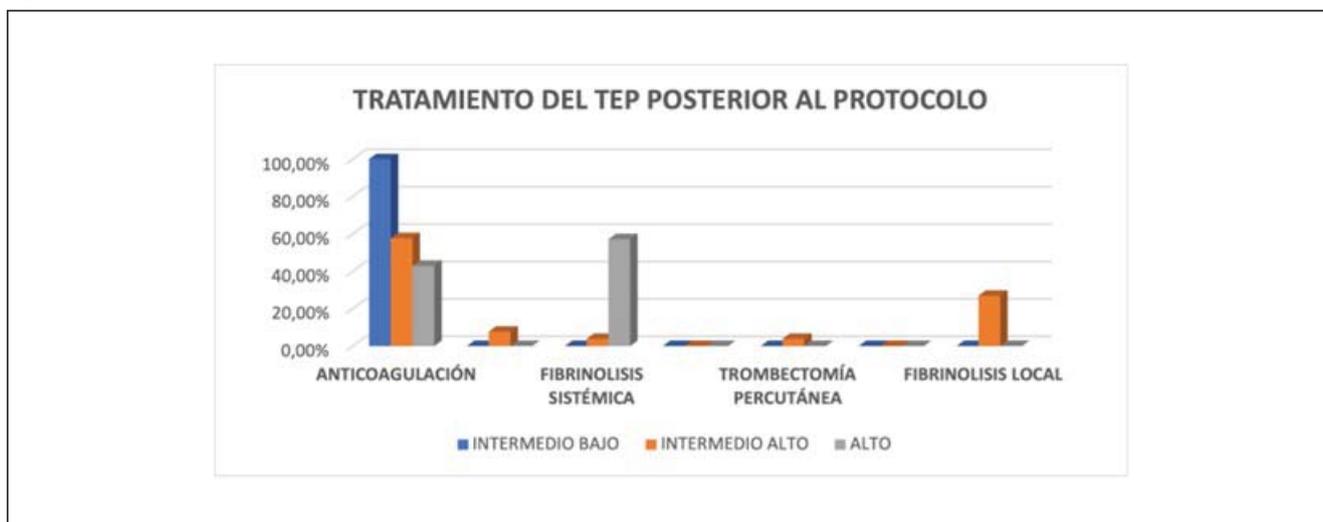


Figura 2 Póster 338



Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de 114 pacientes ingresados en la UCI del HULP desde 2017 a 2023. Se dividen a los pacientes en dos grupos en función de la relación con el ingreso y la implantación del protocolo. Recogimos las características demográficas, estratificación por grupo de riesgo y el tratamiento recibido. El protocolo es realizado por un equipo multidisciplinar para un tratamiento óptimo en el grupo de riesgo intermedio-alto, realizando fibrinólisis local dirigida por catéter.

Resultados: Los 72 pacientes previos al protocolo fueron 14 de riesgo bajo, 10 en riesgo intermedio bajo, 16 en riesgo intermedio alto y 32 en riesgo alto. Describimos los tratamientos en la tabla 1; siendo la anticoagulación el tratamiento más frecuente en todos los grupos, con un porcentaje del 44% fibrinólisis sistémica en el riesgo intermedio alto. En los 42 posteriores al protocolo serían 9 del grupo de riesgo intermedio bajo, 26 en riesgo intermedio alto y 7 en riesgo alto. Se trataron también en su mayoría con anticoagulación en riesgo intermedio bajo y alto, destacando un uso del 26,9% fibrinólisis local en el riesgo intermedio alto. En cambio, en el riesgo intermedio alto usaron un 42% la anticoagulación y un 57% fibrinólisis sistémica.

Conclusiones: La implantación del protocolo para el tratamiento del TEP gracias al abordaje multidisciplinar y precoz ha supuesto un cambio en especial en el riesgo intermedio-alto. La anticoagulación sigue estando presente en todos los grupos de riesgo como tratamiento al menos inicial más frecuente, pero observamos que en los pacientes de mayor

inestabilidad hemodinámica se opta por la fibrinólisis sistémica. Observamos que tras la instauración del protocolo, se apuesta más en los pacientes de riesgo intermedio-alto por la fibrinólisis local y disminuyendo el número de pacientes que solo reciben anticoagulación así como de fibrinólisis sistémica y trombectomía percutánea, con resultados prometedores en la mejoría de la hipertensión pulmonar y disfunción ventricular.

339. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON SHOCK CARDIOGÉNICO EN UNA UCI DE REFERENCIA PROVINCIAL

Catalán Muñoz V, Aguirre Martínez S, Rodríguez Vázquez PE, Méndez-Benegassi Cid C, Quesada Díaz MM y Navarro Palma E

Hospital Universitario Torrecárdenas (C. H. U. Torrecárdenas), Almería.

Objetivos: Analizar las variables demográficas que presenta una muestra de pacientes con shock cardiogénico (SC) en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de las principales características demográficas de pacientes con diagnóstico de SC ingresados en una UCI de 28 camas desde enero de 2019 hasta septiembre de 2022. Los criterios de inclusión (CI) fueron: pacientes entre 18 y

Defensa pósteres

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS V 11:40-12:00 h. PANTALLA 3

90 años diagnosticados de SC (tensión arterial sistólica (TAS) < 90 mmHg durante más de 30 minutos; necesidad de catecolaminas para mantener dicha TAS y signos de congestión pulmonar o de bajo gasto cardiaco (alteración del estado mental, piel fría y sudorosa, láctico arterial > 2 mmol/L, IC < 2,2 L/min/m² o FEVI < 40%). Se excluyeron a los pacientes con shock mixto, reanimación cardiopulmonar durante más de 30 minutos o fallecimiento en las primeras 12 horas de ingreso. Se encontraron 92 historias clínicas de las cuales 53 cumplieron CI. Las variables cuantitativas (VC) se expresan como medias acompañadas de sus desviaciones estándar. Las cualitativas (VCL) se muestran mediante tablas de frecuencias y porcentajes junto con sus intervalos de confianza (IC) al 95%. Las (VC) se analizaron con t-Student o U-Mann Whitney (según si cumplían criterios de normalidad o no) y las VCL con chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: Se analizaron 53 pacientes, de los cuales, el 71% fueron hombres. La edad media fue de 63,5 años (± 13). Entre los antecedentes personales (AP) destacaron: infarto agudo de miocardio (IAM) previo (22,64%); FEVI disminuida (22,64%); arritmias (11,32%); patología valvular (5,66%); diabetes *mellitus* (DM) (45,28%); HTA (71,70%); enfermedad renal crónica (11,32%) y fumador (49%). La estancia hospitalaria media (EHM) fue de 7,6 días ($\pm 11,3$) y en UCI de 5,1 días (± 9). La mortalidad fue del 50,94% sin poder estudiar el resultado del 18,87% por ser trasladados a otros hospitales.

Conclusiones: Los pacientes que ingresan con SC en la UCI del hospital Torrecárdenas son principalmente hombres, con una edad media de 63 años que mayoritariamente tenían descritos como AP: DM, HTA, IAM previos y fumadores. Presentan una EHM de una semana probablemente influida por la alta mortalidad en las primeras 24 horas de esta patología.

340. POSIBLE IMPLICACIÓN DEL ÍNDICE DE RECURRENCIA DE LA ARTERIA DESCENDENTE ANTERIOR EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DEL TAKO-TSUBO

Jaén Franco M, Blanco Saez I y Martín Ávila H

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: El síndrome de Tako-tsubo presenta como criterios diagnósticos INTERTAK (versión modificada): 1) Hipocinesia, acinesia o discinesia como distensión apical, medioventricular basal o focal. 2) Desencadenantes emocionales o físicos. 3) Trastornos neurológicos agudos o el feocromocitoma. 4) Nuevas anomalías ECG. 5) Elevación CPK y troponina. 6) Patología coronaria previa no lo excluye. 7) No evidencia de miocarditis por RNM. 8) Predominio en posmenopáusicas. **Objetivos:** analizar si el índice de recurrencia de la ADA que resulta de dividir el segmento recurrente por la longitud total de ADA, multiplicado por 100 podría ser predictor de la existencia de un Tako-tsubo si fuese ≥ 16 . Analizar si ese índice de recurrencia pudiera estar en un futuro entre los criterios diagnósticos del Tako-tsubo sin necesidad ventriculografía.

Métodos: Estudio descriptivo de 2019 a 2022 de pacientes ingresados en una UCI de polivalente de 19 camas del Hospital Universitario de Jerez diagnosticados de síndrome de Tako-tsubo por ventriculografía. Se analizó revisando las imágenes del cateterismo en la misma proyección, la longitud del segmento recurrente de la ADA dividido por la longitud total de la misma por 100. Se revisó si dicho resultado era ≥ 16 . Se evaluaron otras variables como el sexo, la edad, la existencia previa de insuficiencia cardiaca, valores de troponina, así como los FRCV más frecuentes y los *exitus*. Los datos fueron analizados usando SPSS versión 18 para Windows. Se utilizaron la media y la desviación típica.

Resultados: Se ingresaron 20 pacientes que fueron diagnosticados de síndrome de Tako-tsubo por ventriculografía. De los cuales 18 eran mujeres y 2 varones. La edad media fue de 60 años. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la HTA que estaba presente en todos los pacientes excepto en dos de ellos. El índice de recurrencia calculado fue de $18,35 \pm 2,17$ cm. La longitud media del segmento recurrente fue de 2,59 cm. Solo 2 pacientes tenían antecedentes de insuficiencia cardiaca y la mitad disminución de la FE. En todos se elevó las cifras de troponina. Solo en uno existía una situación estresante previa como el fallecimiento de un familiar. Sobrevivieron 90% de los pacientes.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con síndrome de Tako-tsubo presentan un índice de recurrencia ≥ 16 . Si no se realizara ventriculografía dicho índice podría ser orientativo de la existencia de un síndrome de Tako-tsubo y formar parte de los criterios diagnósticos. La existencia de un factor estresante como criterio diagnóstico prácticamente no se aprecia, si la elevación de troponina.

341. ANÁLISIS INICIAL DE LAS INTERVENCIONES DEL EQUIPO PROA DE CRÍTICOS

Uribe Jiménez L, Peña Díaz M, Rodríguez Mata C, González García J y Madueño Alonso A

Hospital Universitario de Canarias (C. H. U. de Canarias), Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar la actividad realizada por el equipo PROA en el Hospital Universitario de Canarias.

Métodos: Se realiza un análisis descriptivo de las intervenciones realizadas por el equipo PROA de la Unidad de Cuidados Intensivos del HUC. La unidad está dividida en dos secciones de 12 camas cada una (posoperados de cirugía cardiaca/neurocríticos y polivalente). Atendiendo al aumento del consumo de antibióticos en nuestra unidad surge la necesidad de la creación de un equipo PROA multidisciplinar. El equipo está formado por 3 intensivistas, 1 farmacéutico y una microbióloga, todos jóvenes y con poca experiencia en este tipo de programas. Se realizan reuniones diarias (de lunes a viernes) donde se revisan los diagnósticos clínicos, los resultados microbiológicos y tratamiento antimicrobiano de los pacientes ingresados en la unidad consensuando la actitud terapéutica y emitiendo recomendaciones en la historia clínica de los pacientes y comentándolo con el facultativo responsable. Se inicia el programa en los meses de verano y se realiza un análisis tras 3 meses. Se analiza de forma descriptiva el tipo de intervenciones realizadas y el grado de aceptación, tanto de forma global como por tipos de intervención.

Resultados: Durante los tres primeros meses de realizan un total de 154 intervenciones (79 cardiaca y 75 polivalente) con un porcentaje global de aceptación del 84% (79 vs. 88%). Las intervenciones sobre antibióticos frente a gram positivos representan el 43%, carbapenémicos 16% y antifúngicos 16% (3/4 pertenecen a estos 3 grupos). El 54% de las recomendaciones son para suspender antibióticos, con un grado de aceptación del 83%; un 20% de inicio o cambio de antibiótico con una aceptación del 87%; un 13% acerca de optimización pK/pD con una aceptación del 85% y un 11% con la recomendación de desescalar con una aceptación del 79%.

Conclusiones: Los resultados iniciales tras la creación del grupo han sido satisfactorios con unos porcentajes de aceptación de recomendaciones bastante elevado.

342. VALORACIÓN DEL DESARROLLO DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNA UCI NEUROTRAUMATOLÓGICA

Delgado Barroso A, Reina Martínez FJ, Quirós Aguirre C y Gascón Castillo ML

Hospital de Rehabilitación y Traumatología del H. U. Virgen del Rocío (C. H. U. Virgen del Rocío), Sevilla.

Objetivos: Describir las infecciones, microorganismos incluidas las BMR y antimicrobianos administrados en una UCI neurotraumatológica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que comprende desde el periodo 01/04/2022 hasta el 30/06/2022. Se han incluido todas las infecciones desarrolladas por los pacientes durante su estancia en UCI, así como las BMR que producen colonización/infección. Las variables recogidas son características demográficas, gravedad clínica medida por APACHE II, estancia media, fallecimiento, germen implicado y antibiótico administrado. El análisis estadístico se expresa mediante frecuencia en variables cualitativas; media y rango intercuartílico en cuantitativas.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes con una edad media de 53,22 años y predominio masculino (66,98%), APACHE II medio de 13,58 y con una estancia media de 16,79 días. Fallecieron un 19,81%. Las infecciones más frecuentemente contabilizadas fueron traqueobronquitis asociadas a ventilación mecánica (33), neumonías asociadas a ventilación mecánica (18), bacteriemias asociadas a infección de CVC (11), bacteriemias de foco desconocido (9) y neumonías no asociadas a ventilación mecánica (9). El germen predominante fue la *Pseudomonas aeru-*

gínosa (25,22%), seguido de *Serratia marcescens*, *S. aureus* y *E. cloacae* (7,83% cada uno de ellos). Las BMR más frecuentes fueron bacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y *Pseudomonas* multirresistente. 87 han recibido tratamiento antibiótico, modificándose por reducción del espectro clínico (34,67%) y por mala evolución clínica (29,33%). Los antibióticos más usados fueron piperacilina-tazobactam (18,29%), amoxicilina-clavulánico (13,23%) y meropenem (11,28%).

Conclusiones: Las IRAS más frecuentemente observadas son de origen respiratorio en probable relación al tipo de paciente incluido y mayoritariamente producidas por gram negativos, provocando un alto uso de antibióticos.

343. CITOMEGALOVIRUS: CORRELACIÓN DE CARGA VIRAL EN SANGRE Y LAVADO BRONCOALVEOLAR EN UNA SERIE DE ENFERMOS CRÍTICOS

Martín Cuenca T, Salas Alcántara O, Godoy Tundidor MV, Huerta Palacios V, Núñez Gómez A, Ortega Fernández AM, Grados Sánchez MC, Rovirosa Bigot S, Goyanes Galán MJ y Ruiz de Luna González R

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Describir la carga viral de citomegalovirus (CMV) en el lavado broncoalveolar (BAL) de una muestra de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de 9 pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente con determinación positiva de CMV en BAL sobre un grupo de pacientes con determinación positiva de CMV en sangre con mala evolución clínica desde enero de 2020 a julio de 2022. La determinación de DNA de CMV se realizó con el kit de PCR a tiempo real CMV ELITE MGB® (ELITech Group, Palex, Puteaux, Francia), en el sistema automatizado ELITE In-Genius® (ELITech Group, Palex, Puteaux, Francia), con un límite de detección a partir de 485 copias/ml.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes, 5 (55,6%) varones y 4 (44,4%) mujeres con una mediana de edad de 60,4 (rango 51-81) años, de los cuales 5 (55,6%) ingresaron por neumonía COVID y los 4 (44,4%) restantes por otras causas, con una mediana de SAPS3 al ingreso de 58 (rango 42-62). Dos de los pacientes eran VIH positivo y uno de ellos trasplanta renal. Todos los pacientes recibieron tratamiento corticoideo, 3 (33,3%) de ellos en forma de bolus. Uno de los pacientes se trató con tocilizumab. La mediana de estancia en UCI fue de 26 (rango 6-48) días y la acumulada hospitalaria de 34 (rango 17-67) días. La totalidad de los pacientes necesitó conexión a ventilación mecánica invasiva durante una mediana de 14 (rango 5-36) días. Las cargas virales (copias/ml) de CMV en BAL fueron en 3 pacientes de 185.426, 8.847, 1.198 y por debajo del límite de cuantificación en los 6 restantes. A 7 (77,8%) de los pacientes se les trató con ganciclovir y 2 (22,2%) de ellos no recibieron tratamiento. De los 9 pacientes, 6 (67%) fallecieron en UCI y los 3 (33,3%) restantes sobrevivieron más allá de los 90 días (1 de ellos con determinación de CMV por encima del límite de cuantificación).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes ingresados en UCI con carga viral positiva de CMV en sangre con mala evolución clínica presentaron cargas virales en BAL por debajo del límite inferior de cuantificación. La relevancia clínica de este hallazgo está por determinar.

344. EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) ASOCIADA A SONDA URINARIA (SU) EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS (HUBU)

Gutiérrez Hernández M, Carrillo Auñón ME, Cáceres Barrientos G, Romero León J, Ruiz Martínez A, Granado Saenz de Tejada PB, Ossa Echeverri S, del Valle Ortiz M, Fisac Cuadrado L y Fernández Ratero JA
Hospital Universitario de Burgos (C. A. U. de Burgos), Burgos.

Objetivos: Describir el cambio en las tasas de ITU asociada a SU en nuestro centro antes y después de la pandemia por SARS-CoV-2.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes ingresados en la UCI del HUBU de 01/19 a 06/22. Las variables a estudio son: edad media, estancia, APACHE II, mortalidad, índice de ocupación (IO), días de uso de SU, tasas de ITU asociada a SU por cada 100 pacientes ingresados y tasas de ITU asociada a SU por 1.000 días de SU.

Resultados: Se han analizado los datos por semestres, considerando periodo de pandemia 2020-2021 y el 2022 como nueva normalidad. Durante la pandemia, se ha mantenido la edad media, se han duplicado las estancias y se ha aumentado el APACHE en 2 puntos. La mortalidad se ve incrementada y el IO se elevó a 53,1% llegando a 140%. Las tasas de ITU aumentaron de 1,9 hasta un 7,7 por 100 pacientes; y de 3,7 a 11,5 por 1.000 días de SU. Se duplica el porcentaje de pacientes médicos en detrimento de los pacientes cardiológicos y quirúrgicos.

Conclusiones: Durante la pandemia se han incrementado de manera notable las ITU asociadas a SU en relación con un aumento de las estancias, IO y un mayor número de días de SU, mayor gravedad de los pacientes y predominio de patología médica (SDRA por SARS-CoV-2). Tras la pandemia las tasas son similares a las que había antes de la implantación del proyecto ITU Zero lo que nos da margen de mejora tras retomar dicho proyecto.

345. RETIRADA DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL POR SOSPECHA DE INFECCIÓN

Gómez Mediavilla K, Gonçalves Gonçalves G, Alía Robledo I, Peñuelas Rodríguez O y Lorente Balanza JA

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de la retirada del catéter venoso central (CVC) ante la sospecha de infección.

Métodos: Estudio observacional, realizado en una UCI polivalente, desde el 28 de septiembre de 2021 al 6 de enero de 2023, que analiza todos los episodios de retirada de CVC ante la sospecha de infección o

Tabla 1 Póster 344

	Edad	Estancia	APACHE II	Mortalidad	IO	Días SU	ITU x 100 pacientes	ITU x 1.000 días de SU
01-06/2019	63,6	5,6	17,6	10,6	93,87	544	1,9	3,7
07-12/2019	64,2	5,9	17,8	11,6	89,48	434	0,3	0,6
01-06/2020	63	6,7	8,7	8,7	90,7	731	1,9	2,0
07-12/2020	62,3	8,5	16,3	16,3	127,7	762	2,4	2,6
01-06/2021	61,2	10,0	14,4	14,4	140,0	529	7,7	8,6
07-12/2021	61,2	9,1	12,4	12,5	93,7	382	5,8	11,5
01-06/2022	63	7,9	16,7	16,8	97,3	524	2,1	3,2

Tabla 2 Póster 344

	Cardiológico	Médico	Neurocrítico	Trauma con TCE	Trauma SIN TCE	Quirúrgico
01-06/2019	29,3	31,4	13,2	2,8	2,4	20,9
06-12/2019	30,8	30,7	8,9	4,1	3,7	19,3
01-06/2020	21,2	48,9	11,3	2,4	1,9	14,3
06-12/2020	12,1	71	8,2	2,6	0,7	5,4
01-06/2021	18,6	60,6	12,5	2,3	1,97	3,28
06-12/2021	24,4	41,3	11	4,5	2,2	3,7
01-06/2022	27,8	48,2	12,1	3,7	2,6	5,6

tras la confirmación de una bacteriemia en las anteriores 24-72 horas. Se recogieron los siguientes datos clínicos: localización del CVC, motivo para la retirada, resultados del cultivo de la punta del CVC y de los hemocultivos extraídos en el momento de la retirada o en las 72 horas previas, complicaciones graves durante la retirada o inserción de un nuevo CVC. Los resultados se presentan como mediana y rango intercuartílico (RI) o como número y porcentaje.

Resultados: En 55 pacientes se retiraron 61 CVC y se canalizó un nuevo CVC en todas las ocasiones. La duración de la cateterización tuvo una mediana de 18 días (RI 14-24 días). La localización más frecuente de los CVC retirados fue la vena yugular (59%), seguida de la subclavia (30%) y femoral (10%). 13 CVC se retiraron por aviso de bacteriemia en los hemocultivos extraídos 24-72 horas antes; 10 (77%) de estos CVC no fueron el origen de la bacteriemia. Un catéter se retiró por clínica sugerente de bacteriemia y se confirmó bacteriemia asociada a catéter (BAC). Los motivos para la retirada de los restantes 47 CVC fueron: fiebre en 29 (puntual en 11 y mantenida durante 24-48 horas en 18); elevación de PCR y/o procalcitonina en 7; signos inflamatorios locales aislados en 1 y asociados a fiebre y/o elevación de la PCR en 7; otros motivos en 3. Solo 1 de estos 47 catéteres se asoció a BAC. En la mitad de los CVC retirados por signos inflamatorios locales se asoció a infección del catéter, pero en ningún caso se asoció a BAC. Ninguno de los catéteres retirados por fiebre se asoció a BAC. Se registraron dos complicaciones: un episodio de embolismo gaseoso en la retirada del CVC y una canalización de la arteria subclavia.

Conclusiones: En ausencia de bacteriemia o signos inflamatorios en la zona de inserción del CVC, la retirada del catéter ante la sospecha de infección de origen incierto debería sustituirse por un método diagnóstico de BAC que no implique la retirada del CVC.

346. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECÁNICA A LO LARGO DE LOS ÚLTIMOS 7 AÑOS

Ares Miró P, Arregui Remón S, Zabalza Goya A, Llorente Sánchez A, Presa Orúe A, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Artza Beltran de Heredia A, Yeregui Baztán L y Lobo Palanco J

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Realizar un análisis acerca de las características clínicas y demográficas de los pacientes ingresados que precisaron ventilación mecánica (VM) y desarrollaron infección respiratoria asociada en una Unidad polivalente de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Navarra (HUN).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluye los pacientes ingresados que precisaron ventilación mecánica invasiva (VM) y desarrollaron infección respiratoria. Los datos fueron recogidos del registro ENVIN durante los meses ENVIN en el periodo comprendido 2015-2022. Los resultados son expresados como medias y desviación estándar (DE) y porcentajes (%).

Resultados: Se registraron 2.163 pacientes ingresados que precisaron VM durante 11,173 días. Se recogieron 190 infecciones asociadas a VM de las cuales 149 fueron traqueobronquitis asociadas a VM (TAVM) y 41 neumonías asociadas a VM (NAVVM). No se observaron otras diferencias estadísticamente significativas en nuestra muestra.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes ingresados que precisaron VM sufrió una infección respiratoria, principalmente en forma de TAV. La

mayoría de los pacientes fueron varones. La edad media, gravedad al ingreso, estancia y mortalidad global fueron similares entre los pacientes que sufrieron TAV y NAV. El 40% de las infecciones fueron precoces. En dos tercios de los pacientes la terapia antibiótica fue apropiada. Menos del 8% de los tratamientos fueron no apropiados. Se realizó ajuste de tratamiento en un 30%.

Defensa pósteres

RESPIRATORIO III

11:40-12:00 h. PANTALLA 4

347. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI POR TROMBOEMBOLISMO PULMONAR DE RIESGO INTERMEDIO-ALTO Y ALTO, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Obando Martínez C, Granados Ricaurte JF, Fernández Diez I, Marcano Millán E, Núñez Blanco N, Figueroa Falconi JC, Muñoz González S, Ballesteros Herraes JC, Pérez Lozada E y Sagredo Meneses V

Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca.

Objetivos: Describir los casos de los pacientes ingresados por tromboembolismo pulmonar (TEP), los factores de riesgo asociados y el tratamiento instaurado.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados por TEP en la UCI del Hospital Universitario de Salamanca (HUSA) entre enero de 2021 y diciembre 2022. Se seleccionaron los pacientes con riesgo intermedio-alto y alto según criterios clínicos, analíticos y signos de disfunción de ventrículo derecho en pruebas de imagen. Se analizaron los datos demográficos, factores de riesgo relacionados con TEP y el tratamiento pautado. Se describieron las variables cualitativas en proporción y las variables cuantitativas con su media (± DE). Se analizaron los datos en STATA15.

Resultados: Se registraron 64 ingresos (7,7% del total de ingresos en UCI polivalente), el 51,56% fueron mujeres con edad media de 68,6 ± 1,9 años. La puntuación media en la escala de Wells fue 4,32 ± 0,53. El APACHE II fue 8,39 ± 6,72, la calificación en la escala de Geneva 7,62 ± 0,41 y el PESI simplificado 1,82 ± 16,57. Los factores de riesgo más frecuentes fueron: obesidad 47,62%, tabaquismo 38,1%, trombosis venosa profunda 26,9%, neoplasia activa 25%, inmovilidad 19,04%, TEP previo 19,04%, IAM 6,34%, alcoholismo 4,76%, trombofilia 4,76%, ACV 3,17% y el consumo de anticonceptivos orales 1,6%. La estancia media en UCI fue de 2,14 ± 0,26 días y en el hospital de 11,7 ± 1,08 días. Clínicamente las constantes al ingreso fueron: tensión arterial media 87,8 mmHg, frecuencia cardíaca 93,54 lpm y frecuencia respiratoria 23,03 rpm. El 9,52% presentaron shock. El valor medio de la troponina I de alta sensibilidad fue de 31,06 ± 2,24 pg/mL y el del NT-proBNP de 3606,7 ± 552,8 pg/mL. La media del valor del TAPSE fue 11,05. En cuanto al tratamiento se anticoaguló a los pacientes con heparina de bajo peso molecular (51,8%) y heparina no fraccionada (49,2%). Se realizó fibrinólisis en el

Tabla Poster 346

	Infección respiratoria asociada a VM	NAVVM	TAVM
Mujer	32,63%	24,39%	34,90%
Hombre	67,37%	75,60%	65,10%
Edad (años)	52,14 DE 22,40	61,88 DE 11,83	61,58 DE 14,67
APACHE-II	18,00 DE 6,10	17,83 DE 5,96	18,05 DE 6,15
Estancia en UCI (días)	40,81 DE 26,80	45,00 DE 27,00	39,50 DE 25,69
Infección precoz (< 7 días)	39,47%	41,46%	34,23%
Terapia antibiótica: apropiada	65,26%	63,41%	65,77%
Terapia antibiótica: no apropiada	6,32%	7,32%	6,04%
Terapia antibiótica: no aplicable	28,42%	29,27%	28,19%
Ajuste de tratamiento	32,63%	34,14%	32,21%
No ajuste de tratamiento	29,47%	31,70%	28,85%
Ajuste de tratamiento no aplicable	37,90%	34,16%	38,94%
Mortalidad global	18,95%	24,39%	17,45%

9,52%. Necesitaron ventilación mecánica el 4% de los pacientes y soporte vasoactivo con noradrenalina en el 8%. El 3,71% precisó soporte mecánico con ECMO. La mortalidad fue del 4,69%.

Conclusiones: Los factores de riesgo más frecuentes para TEP fueron la obesidad, el tabaquismo y la trombosis venosa profunda. La mortalidad descrita es menor a la observada en la literatura.

348. ECMO VV MÁS ALLÁ DEL SARS-CoV-2

García Godes M, Muñoz Mingarro Molina D, de Abreu Ramírez A, Marín Raez R, González Fernández O, Márquez Alonso JA, López Vergara L, Sainz Cabrejas J y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: La membrana de oxigenación extracorpórea venovenosa (ECMO VV) está cada vez más presente en más Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para el manejo de pacientes con insuficiencia respiratoria refractaria al resto de medidas, y cada vez se plantea para mayor variedad de patologías. Nuestro objetivo es describir nuestros pacientes atendidos en la UCI con ECMO VV.

Métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo descriptivo de todos los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) durante 18 meses en algún momento de su ingreso, soporte con ECMO VV. Para ello, se recogieron datos demográficos, días de estancia, días de ventilación mecánica invasiva, días de ECMO VV, causas de insuficiencia respiratoria aguda, complicaciones y mortalidad a los 60 y 120 días desde el ingreso en UCI.

Resultados: 15 pacientes, edad media 47 años, 86,6% hombres, con como comorbilidades hipertensión (4), diabetes *mellitus* (1), enfermedad pulmonar obstructiva (2), enfermedad pulmonar intersticial difusa (1). SAPS II medio 38, APACHE II 14,6, con media de días de ingreso hospitalario 58,1, en UCI 46,2, media de días de ventilación mecánica invasiva 44,1, y de ECMO VV 18,8. Las causas de insuficiencia respiratoria aguda grave que llevaron a requerir ECMO VV en nuestros pacientes fueron neumonía por SARS-CoV-2 (9/15 pacientes), neumonía por gripe A (1/15), aspergilosis pulmonar invasiva (1/15), neumonía bacteriana (2/15), broncoespasmo severo (1/15), hemorragia alveolar difusa (1/15). Las complicaciones que presentaron los pacientes que requirieron ECMO VV durante este periodo fueron como complicaciones menores fueron hemorragias menores (sangrado pericánula, epistaxis, cavidad oral...) en 8 de los 15 pacientes, y neumotórax en 3 de ellos. Como complicaciones mayores hubo hemorragias mayores (necesidad de transfusión de 2 o más concentrados de hemáties) en 2 pacientes, 1 extubación accidental y 1 fallo de bomba. La mortalidad a los 60 días desde el ingreso en UCI de la muestra fue 13% y a los 120 días 33%.

Conclusiones: Las patologías de nuestros pacientes que requirieron ECMO VV fueron, además de SARS-CoV-2, otras como aspergilosis pulmonar invasiva, neumonía bacteriana, hemorragia alveolar difusa y broncoespasmo severo, con pocas complicaciones mayores asociadas. La mortalidad en nuestra serie de pacientes con ECMO VV a pesar de los criterios de gravedad, fue más baja que la descrita en la literatura.

349. SÍNDROME DE HAMMAN, ¿UNA COMPLICACIÓN MÁS DE LOS PACIENTES INGRESADOS CON COVID-19?

Álvarez Fernández E y Vázquez Suero A

Hospital General Nuestra Señora del Prado, Toledo.

Objetivos: Valorar la incidencia del neumomediastino o síndrome de Hamman de forma espontánea y posibles factores asociados al mecanismo, durante la pandemia por COVID-19. Comparar con registros previos a la pandemia de la aparición de neumomediastino espontáneo.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo. Se recogieron los datos desde nuestra base informatizada (ICIP, Philips): sexo, edad, uso de OAF y/o VMNI, evolución en UCI, aparición de neumotórax y la mortalidad. Los datos fueron analizados mediante estadístico descriptivo, Chi- Cuadrado (variables cualitativas).

Resultados: Se encontraron un total de 9 pacientes con neumomediastino espontáneo del total de ingresos en la UCI por neumonía COVID-19 en la pandemia en un total de pacientes analizados de 186 ingresos por neumonía COVID, mientras que solo se registran 3 casos de neumomediastino de los pacientes ingresados en la UCI previo a la pandemia (> 500 ingresos por neumonía multifactorial desde 2015 hasta inicios de la pandemia). La edad media de casos era 70 años (\pm 5 DE), del total de casos, 7 eran varo-

nes (80%). En cuanto a factores de riesgo: 4 pacientes precisaron previo al diagnóstico de neumomediastino de oxigenoterapia con cánulas de alto flujo (45% del total de casos) y solo 2 paciente se conectó a VMNI (20%). La media de días de diagnóstico de síndrome de Hamman previo a su ingreso en UCI era de 1 día (\pm 0,5 DE). Todos los pacientes seleccionados precisaron de intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. En 7 pacientes se administró corticoides (80%). Hay mayor incidencia de síndrome de Hamman en pacientes con OAF 4 (75%) vs. VMNI 1 (50%), $p < 0,04$. En nuestra serie de casos la incidencia de neumotórax asociados al síndrome Hamman es 2 (20%) vs. 7 sin neumotórax (80%), $p < 0,05$. La mortalidad total de los pacientes fue un 11% (1 caso).

Conclusiones: A pesar de que el síndrome de Hamman es una complicación poco frecuente (desde 1 por cada 7.000 ingresos hasta 1 por cada 44.000 pacientes ingresados), nos llama a la atención el aumento considerable de casos presentados en esta ola de pandemia respecto a las previas. Esta patología como complicación añadida a la neumonía COVID no parece aumentar la mortalidad respecto al total de casos de neumonía, aunque sería conveniente analizar estos resultados con una muestra más significativa. El uso de OAF y de la VMNI parecen ser factores asociados al desarrollo de esta patología.

350. EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL DRENAJE TORÁCICO EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Peláez Vélez J

Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada.

Objetivos: Principal: analizar la estrategia de drenaje pleural de pacientes ingresados en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) de un hospital de segundo nivel con patología pleural asociada, en cuanto a técnica y diámetro del tubo pleural elegido. Secundarios: 1) describir la tasa de fracaso terapéutico obstrucción del sistema de drenaje y/o no resolución de la patología 2) Describir complicaciones dolor incoercible y/o hemotórax yatrógeno.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes ingresados en nuestra UCI de 24 camas (8 cardiológicas y 14 polivalentes) de cualquier patología pleural susceptible de drenaje en un periodo de 12 meses (enero 2022 a enero 2023).

Resultados: 38 pacientes (71,1% varones y 28,9% mujeres), edad media 48 años (15-80). Las patologías que motivaron el drenaje fueron: neumotórax traumático (28,9%), hemoneumotórax traumático (26,3%), neumotórax espontáneo (13,2%), hemotórax traumático (10,5%), neumotórax yatrógeno (7,9%), trasudado (7,9%), hemotórax yatrógeno (2,6%) y exudado tipo empiema (2,6%). En un 73,3% de los casos se realizó un TAC de tórax previamente al procedimiento. La vía de abordaje fue anterior en un 52,6% y lateral 47,4%. El procedimiento se realizó en un 84,2% de forma urgente, 10,5% programada y 5,3% emergente siendo la técnica Seldinger la más utilizada (92,1% frente al 7,9% por disección). El diámetro del tubo elegido (French): 12 F (44,7%), 14 F (23,7%), 20F (15,8%), 16 F (10,5%) y 24 F (5,3%). 3 días de media para el drenaje completo. Fracaso de la terapia en 4 pacientes (10,5%) por no resolución de la patología, no necesidad de cambio por obstrucción. En 1 paciente (2,6%) se tuvo que retirar de forma precoz por dolor refractario. Y 1 caso (2,6%) se complicó con hemotórax yatrógeno. Ningún neumotórax constatado yatrógeno.

Conclusiones: Desafiando el dogma de la necesidad de un drenaje torácico de gran calibre (diámetro superior a 14 F) para patologías como el hemotórax o exudados, podemos observar que en un 68,4% de los casos se realizó con tubos pequeños con muy baja tasa de fracaso, así mismo, obtuvimos muy baja tasa de complicaciones con dicha práctica clínica.

351. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NO VACUNADOS (PNV) Y VACUNADOS (PV) FRENTE AL SARS-CoV-2 INGRESADOS POR NEUMONÍA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA

Montiel González R, López Ferraz C, Parrilla Toribio D, Belmonte Ripollés F, Medina Cabrera N, Peinado Rueda E, Zamora Bazo Á y Viera Rosales S

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (C. H. U. Nuestra Señora de Candelaria), Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos: Analizar las características demográficas, de gravedad y mortalidad de los pacientes ingresados por neumonía por SARS-CoV-2 en función de su estado de vacunación.

Métodos: Se analizaron los pacientes ingresados en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria con el diagnóstico de Neumonía por SARS-Cov-2 desde el 16/01/2022 hasta el 26/6/2022. Se analizaron las variables demográficas, de gravedad y mortalidad. Los resultados se expresan mediante medias y desviación estándar o porcentajes según corresponda, a través del programa PSPP. Ink 2021 (HUNSC) realizando estudio descriptivo y análisis bivariado con pruebas no paramétricas (K Wallis). El nivel de significación fue $p < 0,05$.

Resultados: Se ingresaron 88 pacientes con el diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2. Se conocía el estado de vacunación frente al SARS-CoV-2 en 82. La media de edad en los PNV fue de 63,48 años \pm 13,57 y en el de (PV) de 63,71 años \pm 13,21 ($p = 0,938$). La proporción de hombres fue mayor en ambos grupos sin diferencias significativas. Respecto a las comorbilidades, en el grupo de PNV presentaban HTA el 45 vs. 73% en los PV ($p = 0,09$), diabetes *mellitus* el 21,95 vs. 56%, dislipemia 19,5 vs. 56% e inmunodepresión un 15 vs. 34% ($p = 0,046$). La obesidad fue más predominante en los PV con un 36,58% frente a un 20% en los PNV no siendo estadísticamente significativa. La necesidad de ventilación mecánica fue del 92% en los PNV y del 97,5% en los PV ($p = 0,626$). Los scores de gravedad (APACHE II, SAPS II y SOFA) fueron similares en los PNV y PV (16,52 vs. 16,08; 41,45 vs. 41,68 y 5,97 vs. 5,61, respectivamente) ($p = 0,743$, $p = 0,783$ y $p = 0,943$). Respecto a los datos de laboratorio que se analizaron al ingreso del paciente (linfocitos, PCR, PCT, Dímero D, ferritina y LDH) solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la LDH, siendo menor en los PV ($p = 0,019$). La mortalidad a 28 días en el grupo de los no vacunados fue del 60,97% y en el grupo de los vacunados del 39,02% ($p = 0,333$).

Conclusiones: A pesar de que hay diferencias en el estudio descriptivo, no existe una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad entre los pacientes vacunados frente al SARS-CoV-2 y los no vacunados, quizá por el tamaño muestral valorado? El grupo de PNV presentaban mayores comorbilidades (HTA e inmunodepresión) con diferencias relevantes. No se encontraron diferencias en el resto de variables demográficas ni de gravedad. A pesar de la mayor mortalidad de los PNV frente a los PV, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Consideramos desnutrición a todo paciente con un coeficiente de oxidación inferior a 0,75. Tomaremos de riesgo nutricional al paciente con un coeficiente de oxidación entre 0,75-0,79 o presente un metabolismo predominante de lípidos, al igual que tener una clasificación igual o superior a “Moderado” en la escala CONUT. 5 días de hospitalización previos al ingreso en UCI. Se consideran días de hospitalización no UCI, desde el mismo momento en el que el paciente ingresa en urgencias.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Factor a estudio	N Total 18 (100%)	N Hombres 13 (72,2%)	N mujeres 5 (5%)
Media de edad	60,7	56,6	71,4
Mayores de 65 años	8 (44,4%)	5 (38,4%)	3 (60%)
IMC media	28,7	27,9	30,6
Indice de Masa Corporal (IMC) Grupo			
IMC Bajo Peso	1 (5,5%)	1 (7,6%)	-
IMC Normal	3 (16,6%)	2 (15,3%)	1 (20%)
IMC Sobrepeso	8 (44%)	6 (46,1%)	2 (40%)
IMC Obesidad	6 (33,3%)	4 (30,7%)	2 (40%)
Consumo de Alcohol diario	3 (16,6%)	3 (23,1%)	-
Pancreatitis crónica	2 (11%)	1 (7,6%)	1 (20%)
Hepatopatía crónica	4 (22,2%)	4 (30,1%)	-
Enfermedad Renal Crónica (ERC)	3 (16,6%)	1 (7,6%)	2 (40%)
Oncológico	3 (16,6%)	2 (15,3%)	1 (20%)
Dependencia para las tareas de la vida diaria	4 (22,2%)	2 (15,3%)	2 (20%)
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	4 (22,2%)	2 (15,3%)	2 (20%)
Riesgo Nutricional CONUT			
CONUT Bajo	6 (33,3%)	3 (23,1%)	3 (60%)
CONUT Moderado	4 (22,2%)	3 (23,1%)	1 (20%)
CONUT Alto	8 (44,4%)	6 (46,1%)	2 (40%)
Coefficiente Respiratorio (QR) < 0,75	6 (33,3%)	4 (30,1%)	2 (40%)
QR 0,76-0,79	4 (22,2%)	3 (23,1%)	1 (20%)
Oxidación de >30g/día de lípidos	7 (38,8%)	5 (38,4%)	2 (40%)
Días de hospitalización previo ingreso en UCI	69 Días (3,8 días/paciente)	66 Días (5 días/paciente)	3 Días (0,6 días/paciente)
Ingreso directo de urgencias	11	7	4
1-4 días de ingreso	5	4	1
5-10 días de ingreso	1	1	-
>11 días de ingreso	1	1 (42 días de ingreso)	-

Conclusiones: El 50% de la población obesa está desnutrida y el otro 50% presenta datos de riesgo nutricional. Todo paciente con enfermedad crónica presenta datos de desnutrición o de riesgo nutricional. Un 37,5% de la población mayor de 65 años presenta datos de desnutrición. Un 33,3% de los pacientes con un riesgo bajo de desnutrición por score CONUT presentaba datos de desnutrición por calorimetría indirecta. Todos los ingresos directos de urgencias presentan algún grado de desnutrición.

Defensa pósteres

METABOLISMO Y NUTRICIÓN II

11:40-12:00 h. PANTALLA 5

352. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR CALORIMETRÍA INDIRECTA

Mombiedro Segarra J, García Santos J, García Guerrero S, Saéz Saéz R, Cordero Sarro D y Gaona Coscia C

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

Objetivos: Nos planteamos conocer el perfil nutricional de ingreso de nuestros pacientes de UCI utilizando la calorimetría indirecta. Una herramienta útil que hemos integrado dentro del protocolo nutricional de la unidad.

Métodos: 1. Diseño del estudio. Estudio descriptivo en una UCI del barrio madrileño de Carabanchel en los últimos 60 días del año 2022. 2. Pacientes admitidos. Se incluyeron pacientes mayores de edad que requirieron de intubación orotraqueal un mínimo de 72 horas. Se excluyeron aquellos pacientes menores de edad, los que no requirieron de intubación o que la misma duró menos de 72 horas consecutivas. 3. Valoración nutricional. Calorimetría Indirecta. Herramienta utilizada a las 72 horas tras intubación. Determina con el cálculo de CO₂ exhalado, la oxidación de los macronutrientes esenciales (expresado el resultado en coeficiente de oxidación). Además nos da un valor en gramos de macronutriente oxidado por día. Escala de riesgo nutricional. No hay una escala validada para el paciente crítico. Consideramos que la Escala CONUT se aproxima a nuestros pacientes. Utiliza parámetros bioquímicos como marcadores nutricionales y de salud que aportan una información indirecta del estado nutricional. Historia clínica. Sexo; patologías crónicas; dependencia para actividades basales de la vida diaria; mayor de 65 años. 4. Definición de desnutrición/Riesgo nutricio-

353. TRATAMIENTO MÉDICO NUTRICIONAL EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS EN UCI

Villarreal Escalante M, Alonso Ovies A, Álvarez Rodríguez J, Díaz Cuero G, Taboada Domínguez P, Roca García L y Casteres Cortiñas I

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Tabla Póster 353

	Pacientes, N (%)	SAPS 3 (media)	APACHE II (media)	Día de inicio (media; DE)	Inicio en primeras 48h N (%)	Tº de estancia (mediana; RIC)	Mortalidad (n; %)
NE inicial	20 (18%)	60	17	1,2; 1	19 (95%)	9,6; 21,6	2; 10%
NPT inicial	48 (43,3%)	65	17,7	1,3; 1	44 (91,6%)	13,5; 18,6	6; 12,5%
Oral inicial	16 (14,4%)	60	16	2; 1,5	14 (87,5%)	3,5; 2,7	0%
Sin nutrición	27 (24,3%)	50	13	0		1,4; 1,3	3; 11,1%
Total	111	59,7	16,2	1,4; 1,1	77 (69,3%)	4,3; 15,5	11; 9,9%

NE: Nutrición enteral; NPT: nutrición parenteral.

Objetivos: Mostrar el tratamiento médico nutricional recibido en los pacientes quirúrgicos en nuestra UCI.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en UCI polivalente de un hospital secundario de 12 camas durante los años 2021-22. Variables estudiadas: datos demográficos, índice de gravedad (SAPS 3) APACHE II, tipo de nutrición, duración y momento de inicio de tratamiento nutricional, tiempo de estancia y mortalidad en UCI.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes con edad media de 67 años (DE 13,3), 56,7% varones; índice de masa corporal media 28 Kg/m², SAPS3 medio 59,7 puntos (DE 16,6) (probabilidad de muerte media 40%; DE 26,7); APACHE II medio 16,2 puntos (DE 7,9) (probabilidad de muerte media 16,7%; DE 19). Tipo de cirugía: cirugía general 72%, urológica 10,8%, traumatológica 9%, otros 8,1%. En la tabla se muestran los resultados en función del tipo de nutrición recibida:

Conclusiones: Mostramos que el 75% de los pacientes ingresados en UCI reciben tratamiento médico nutricional, de los cuales el 91% recibe tratamiento dentro las primeras 48 horas. Un 42,8% reciben nutrición inicial por vía digestiva (NE/oral). El 24,3% de los pacientes no recibe nutrición, lo que era debido en su mayoría a una corta estancia (menos de 36 horas) y en minoría a una elevada gravedad con mortalidad precoz. En la tabla se observa una mayor estancia y mayor mortalidad con la NPT en relación con la NE, coincidente con una mayor gravedad según los escores.

354. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON DISFAGIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Rivas Gómez-Plana F, Sánchez del Río A y Marcote Denis B

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: El objetivo principal es describir el perfil de los pacientes subsidiarios de realización de test de disfagia y analizar los factores de riesgo para el desarrollo de la misma. El objetivo secundario es estudiar la relación entre los diferentes factores para su desarrollo.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo sobre el cribado de disfagia en los pacientes con ventilación mecánica durante 48 horas o más en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario de Puerto Real durante el año 2022. En segundo tiempo, mediante contraste de hipótesis con estadística no paramétrica se analiza la relación de la disfagia con los posibles desencadenantes de la misma.

Resultados: Hemos analizado el perfil de los 117 pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva durante más de 48 horas. El 72,6% de ellos fueron hombres. Todos ellos recibieron distintos tipos de sedación y el 18% de ellos recibieron relajantes neuromusculares. Se monitorizó el nivel de profundidad de sedación mediante la escala RASS y en el 65% mediante BIS. Recibieron monitorización hemodinámica el 97% de los pacientes y terapia de reemplazo renal el 22%. Se realizaron traqueostomía percutánea el 20% de los pacientes y traqueostomía quirúrgica el 4%. Habían portado sonda nasogástrica el 96,6% y se les había realizado yeyunostomía de alimentación al 4,3%. En cuanto al diagnóstico de la patología que los trajo a nuestra unidad, destacan el *shock* séptico (26,5%), pacientes postquirúrgicos (17%), pacientes cardiológicos (11%), neumonía COVID (10%) o insuficiencia respiratoria de etiología infecciosa no COVID (9,4%). De todos estos pacientes se realizó test de disfagia al 31,6% de los pacientes y no se realizó al 68,4% (de ellos no procedía la realización al 35,9%). Presentaron disfagia el 24,7% de los pacientes en los que sí procedía la realización del test. En total, se realizó algún tipo de limitación de esfuerzo terapéutico en el 26,5% de los pacientes. En cuanto a la mortalidad, fallecieron en UCI el 34% de los pacientes analizados y en planta el 4,3%. En el contraste de hipótesis

solamente se demuestra relación con resultados estadísticamente significativos la realización de traqueostomía percutánea (*chi* cuadrado, $p = 0,009$) y el uso de relajantes neuromusculares (*chi* cuadrado, $p = 0,019$).

Conclusiones: Es conocido que la disfagia post extubación se asocia significativamente con mayor incidencia de neumonía, reintubación y mortalidad. Por tanto podemos decir, que es un problema relevante en nuestros pacientes y que es necesario instaurar en nuestras unidades programas de detección y manejo del mismo.

355. ¿QUÉ PORCENTAJES DE SUSTRATOS OXIDAN LOS PACIENTES CRÍTICOS SEGÚN EL COCIENTE RESPIRATORIO MEDIDO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA?

Gaitano García Á, Ávila Sansegundo C, Pérez Bazaga LJ, Flecha Morales N, Aguilera García C, Álvarez González JI, Botet Gómez R, Pérez Frutos MD y Cerezo Arias MdO

Hospital Universitario de Badajoz (C. H. Universitario de Badajoz), Badajoz.

Objetivos: Conocer que sustratos oxidan nuestros pacientes según los distintos subgrupos de cociente respiratorio (RQ) medidos por calorimetría indirecta (CI).

Métodos: Realizamos un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico (Hospital Universitario de Badajoz) entre julio de 2020 y diciembre de 2022, con una N = 44 pacientes. Se han usado las bases de datos de Jara, Excel y SPSS. Para la medición del gasto energético en reposo (GER), RQ y porcentaje de oxidación, se utilizó el monitor metabólico QNRG+ de COSMED[®], mediante la realización de CI. Dentro de las variables recogidas incluimos edad, sexo, IMC, SOFA, APACHE, sedación, nutrición, kcal, proteínas aportadas y diagnóstico de ingreso. Una vez obtenidos los resultados, clasificamos por subgrupos de RQ y los relacionamos con los porcentajes de oxidación de sustratos.

Resultados: La media de edad es 61 años, sexo predominante el femenino con un 52,3% y un IMC de 29,47. La patología más frecuente es el *shock* hemorrágico (34,1%). El RQ medio fue de 0,7795. Clasificando los pacientes por subgrupos de RQ, encontramos que el mayoritario corresponde al comprendido entre 0,7-0,8 (43,18%), siendo las grasas son el sustrato más oxidado (75,89%). El segundo grupo, es el de RQ entre 0,8-0,9 (31,81%), con una oxidación equilibrada, con grasas en un 43% e hidratos un 41%. El tercer subgrupo es el de RQ < 0,7 (18,18%), el cual depende de grasas con un 82,66%. Y el cuarto son los RQ > 0,9 (6,81%), donde el más oxidado son los hidratos con un 72%.

Conclusiones: Analizando por subgrupos objetivamos, que el grupo más numeroso es el RQ 0,7-0,8, con un alto porcentaje de oxidación de grasas, al igual que en el subgrupo de RQ < 0,7, pudiendo significar estados de cetogénesis/lipólisis/infranutrición. El segundo grupo es el RQ 0,8-0,9, donde la oxidación de sustratos es más equitativa. Y el grupo minoritario, es el de RQ > 0,9, los cuales tienen una alta oxidación de hidratos, reflejando un posible excesivo aporte de glucosa o un estado de lipogénesis neta. Los resultados coinciden con la bibliografía, donde el RQ varía según la utilización del sustrato energético predominante; siendo en los estados de bajo RQ el sustrato mayoritario las grasas, en estados de medio-alto RQ los hidratos con una evidente falta de oxidación de proteínas. Nos llama la atención que un gran porcentaje de nuestros pacientes tengan un RQ bajo con oxidación grasa predominante, probablemente por no llegar a los requerimientos energéticos óptimos. Gracias a la CI, analizando el RQ junto con GER, pudimos hacer ajustes nutricionales y optimizar requerimientos, siendo un monitor indispensable para la práctica.

Defensa pósteres

ORGANIZACIÓN/GESTIÓN/CALIDAD IV 11:40-12:00 h. PANTALLA 6

356. EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS CON LOS MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS VS. GLOBAL

Segovia García de Marina L, Pérez Serrano R, Gómez Grande ML, Muñoz Moreno JF, Marín Marín CM, Hernández Gonzalves G, Camacho Dorado E, Peral Santos A, Ortiz Díaz Miguel R y Talavera Blanco I

Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real.

Objetivos: Conocer el grado de implantación de las prácticas seguras con los medicamentos en el Servicio de Medicina Intensiva (SMI) del Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR), identificar oportunidades de mejora, priorizarlas e implementarlas.

Métodos: En marzo de 2022 se formó un grupo de trabajo farmacia-UCI con enfermeros, médicos y farmacéuticos del HGUCR que cumplimentaron el «Cuestionario de autoevaluación de la seguridad del uso de los medicamentos en los SMI» desarrollado por el Institute for Safe Medication Practices como herramienta proactiva en la mejora de la seguridad. El cuestionario contiene 147 ítems de evaluación agrupados en 10 elementos clave (fig.). Se analizaron los resultados de la encuesta propios y se compararon con los datos globales de otros hospitales (obtenidos del artículo "Evaluación de la implantación de prácticas seguras con los medicamentos en los Servicios de Medicina Intensiva" publicado en diciembre 2022 en la revista de "Medicina Intensiva") buscando áreas de mejoras. Se priorizaron áreas de mejora utilizando una escala numérica (1-150), valorando impacto en seguridad, factibilidad para alcanzar el objetivo y puntuación con respecto a hospitales de nuestro entorno.

- I. Información de los pacientes y de los medicamentos.
- II. Comunicación de las prescripciones y de otro tipo de información sobre la medicación.
- III. Incorporación de farmacéuticos.
- IV. Etiquetado, envasado y nombre de los medicamentos.
- V. Estandarización, almacenamiento y distribución de los medicamentos.
- VI. Adquisición, utilización y seguimiento de los dispositivos para la administración de los medicamentos.
- VII. Factores del entorno y recursos humanos.
- VIII. Competencia y formación del personal.
- IX. Educación a pacientes o familiares.
- X. Programas de calidad y gestión de riesgos.

Resultados: La puntuación global del cuestionario de nuestro centro fue del 47,4% del valor máximo posible, siendo la global (n hospitales = 34) del 49,2%. Los elementos clave con mayor puntuación obtenida en nuestro cuestionario fueron el IX (78,6%) y el IV (66%) y los de menor, el VIII (0%) y el X (26,9%). Los elementos clave claramente por debajo fueron el VI (46,1 vs. 61,7% global) y el VIII (0 vs. 33,2% global). Se identificaron 53 áreas de mejora que fueron puntuadas (rango 8-135 puntos) por el equipo multidisciplinar para su priorización y establecimiento de objetivos. Se realizó la difusión de los resultados mediante sesiones tanto en el SMI como en el servicio de farmacología.

Conclusiones: Como conclusiones, se establecieron una serie de objetivos para 2022-2023 para mejorar los elementos clave que estaban por debajo de la media global: Nombramiento de médico y enfermero de seguridad en el SMI y ajustar las cargas de trabajo para poder cumplir las tareas establecidas; Redactar un plan de acogida para médicos y enfermeros nuevos; Curso de formación en seguridad para médicos y enfermeros del SMI; Consensuar biblioteca de medicamentos y puesta en marcha de bombas de administración inteligentes; Reuniones periódicas del equipo multidisciplinar para análisis de errores, mejoras...; Puesta en marcha de un proyecto de búsqueda activa de errores de medicación a tiempo real.

357 ELEVACIÓN DE LA CABECERA: CUANDO LO FÁCIL ES DIFÍCIL

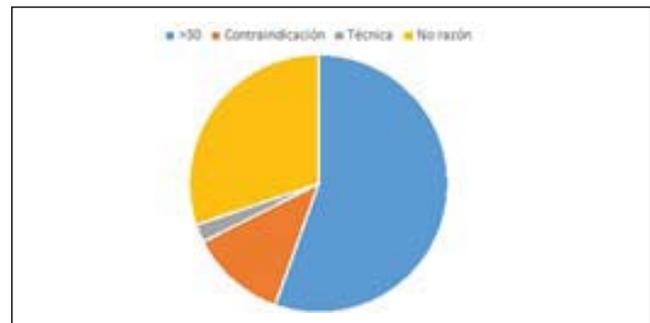
Manglano Clavero M

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Objetivos: La prevención de las infecciones nosocomiales es esencial en nuestro trabajo. Los proyectos Zero han supuesto un cambio de paradigma; su integración en la práctica clínica ha tenido un gran impacto en evitar infecciones asociadas a dispositivos. Dentro del programa Neumonía Zero es una medida de obligado cumplimiento la recomendación de mantener la cabecera de la cama semincorporada, medida eficaz, sin coste económico y sencilla. En la realidad, con frecuencia se observa un cumplimiento de la misma por debajo de lo recomendado.

Métodos: El ámbito de estudio es una UCI polivalente de 24 camas. De acuerdo con el programa Neumonía Zero, se estableció la recomendación mantener el cabecero por encima de 30°. Se revisaron los grados de elevación del mismo durante el turno de mañana en un período de 15 días, anotándose en caso de no cumplimiento la razón del mismo.

Resultados: Se controlaron 330 pacientes, el 82% de los mismos con vía aérea artificial. En ellos, en el 46% la cabecera estaba por debajo de 30°. De estos pacientes, 26% presentaban contraindicaciones para la posición incorporada, siendo las mismas: decúbito prono, lesión medular aguda, politraumatismo, traumatismo vertebral o pélvico, ECMO. En un 5% se estaba realizando una técnica en el momento de la observación. En el 66% restante (80 observaciones, 30% de los pacientes con vía aérea artificial) no había una razón que justificara la no elevación de la cabecera.



Conclusiones: A pesar de su sencillez, bajo coste y eficacia, en un porcentaje significativo de pacientes con vía aérea artificial no se mantiene la posición semincorporada, a pesar de ser una medida de obligado cumplimiento dentro de las recomendaciones de Neumonía Zero. La adherencia a las medidas propuestas en los programas de prevención de las infecciones nosocomiales es una tarea continua, que implica la formación del personal y el seguimiento tanto del cumplimiento de las recomendaciones como de las tasas de las infecciones objetivo. La realización periódica de una vigilancia activa (rondas de seguridad, etc.) puede ayudarnos a una mayor adherencia a estas recomendaciones.

358. ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE INGRESO MÁS FRECUENTES EN CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES

Eliche Mozas R, Sánchez Calderón A y Cerezo Fernández C

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Describir los motivos de ingreso más frecuentes en pacientes adultos jóvenes ingresados en la unidad de cuidados intensivos, dado el impacto que supone en la sociedad la posible comorbilidad asociada en esta franja de edad.

Métodos: Se ha realizado el análisis retrospectivo de los motivos de ingreso en pacientes adultos jóvenes ingresados en la unidad de cuidados intensivos desde el 1 de enero de 2021 hasta el 30 de junio de 2021 analizando la supervivencia al año. Se definió adulto joven como todo aquel con edad menor o igual a 40 años.

Resultados: De los 501 pacientes ingresados, el 7,8% cumplieron los criterios de inclusión, siendo los motivos de ingreso más frecuentes la cardiopatía isquémica con un 28,21% (100% varones); seguido de intento autolítico con un 25,64% (70% varones vs. 30% mujeres) con una tasa de supervivencia del 100% en varones respecto al 33% de mujeres. Como otros motivos de ingreso menos frecuentes se encontraron los traumatismos (15,38%), seguido de las causas neurológicas: ACV, epilepsia

(7,69%), infección por SARS-CoV-2 (5,13%) y procesos sépticos (5,13%). La supervivencia al año fue del 95%.

Conclusiones: Concluimos como causa más frecuente de ingreso en pacientes adultos jóvenes la cardiopatía isquémica, seguido muy de cerca por los intentos autolíticos, con una tasa de mortalidad mayor en mujeres con respecto a hombres. Son precisas intervenciones dirigidas a la detección precoz de factores de riesgo cardiovascular y a nivel de salud mental para intentar reducir la incidencia de ingresos hospitalarios en esta franja de edad.

359. ¿EXISTE EL SÍNDROME DE *BURNOUT* EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCIS) PÚBLICAS DE NAVARRA?

Llorete Sánchez A, Zabalza Goya A, Vázquez Yoldi A, Lasa Berasain P, Ares Miró P, Arregui Remón S, Ruiz Lucea J, Artaza Beltrán de Heredia A, Yeregui Baztán L y García Parra M

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: El síndrome de *burnout* o síndrome de desgaste profesional es el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Es un trastorno de adaptación crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad de su trabajo asistencial. Estudiar la prevalencia y el grado de *burnout* en el personal de las UCI públicas de Navarra mediante el cuestionario validado "Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)", y analizar la epidemiología de la muestra.

Métodos: Estudio descriptivo transversal que analiza la prevalencia de *burnout* a través del cuestionario MBI-HSS, con 22 preguntas. Lo estratifica en bajo (1-33 puntos), moderado (34-66) y alto (67-99). Tiene 3 subescalas: agotamiento emocional (≥ 27 alto), despersonalización (≥ 10 alta) y realización personal (≤ 30 baja). Es anónima y voluntaria, realizada por profesionales (medicina, enfermería y auxiliares/TCAE) de las UCI públicas de Navarra: H. Reina Sofía (HRS) en Tudela, H. García Orcoyen (HGO) en Estella y H. Universitario de Navarra (HUN) en Pamplona. Se recogen diferentes parámetros: género, tiempo trabajado, estamento, hospital y trabajo en UCI durante la pandemia. Se utiliza el programa SPSS para el análisis estadístico. Se calcula la puntuación de las escalas del MBI-HSS mediante la suma de las modas.

Resultados: Muestra de 128 profesionales. El 82% (n = 105) de género femenino, el 18% (23) masculino. Un 59,4% (76) ha trabajado durante 10 o menos años, el 26,6% (34) entre 11-20 años, el 10,9% (14) entre 21-30 años y el 2,3% (3) durante 31 años o más. La mayor parte pertenecen al estamento de enfermería (46,9%, n = 60), el 27,3% (35) a medicina y el 25,8% (33) a TCAE. El 83,6% trabaja en el HUN (107), el 9,4% (12) en el HGO y el 7% (9) en el HRS. Un 91,4% (117) ha trabajado en UCI durante la pandemia y el 8,6% (11) no lo ha hecho. El grado de *burnout* es moderado con una puntuación global de 54 puntos. El agotamiento (11 puntos) y la despersonalización (1 punto) son bajas, mientras que la realización personal es alta (43 puntos).

Conclusiones: El perfil del profesional de UCI de este estudio lo compone personal del género femenino y de enfermería, con una corta trayectoria laboral UCI (10 años o menos), con ejercicio profesional en el HUN y que ha trabajado durante la pandemia. El grado de *burnout* global en los profesionales de las UCI públicas de Navarra es moderado, con bajo agotamiento y despersonalización y alta realización personal.

360. PRIMEROS PASOS DE UNA UNIDAD DE ACCESOS VASCULARES

Giménez Beltrán B¹, Díez del Corral Fernández B¹, Brevla Flores A¹, Pérez Ruiz M² y Flores Azofra J²

¹Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir el aumento de canalizaciones de PICC como alternativa a la CVC. Analizar y describir las complicaciones asociadas a los catéteres centrales. Resaltar la importancia de la implantación de equipos canalizadores de catéteres formados por personal de UCI y liderados por enfermería de UCI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo incluyendo todos los PICC y CVC canalizados durante 2020-2021 y 3 meses de 2022 por la Unidad de Accesos Vasculares en una UCI de un hospital de 2º nivel. Incluimos características demográficas de los pacientes, indicación de canalización, tiempo de duración del catéter y complicaciones. Variables cuantitativas como media \pm desviación estándar o mediana (rango

intercuartílico); variables cualitativas como porcentaje. Análisis estadístico mediante SPSS v22.

Resultados: Se canalizaron un total de 720 catéteres durante 2,3 años, 16,9% (120) CVC, 80,6% (580) PICC. Indicaciones: quimioterapia el 65,3% (470), imposibilidad de accesos periféricos 19,4% (140), nutrición parenteral 10,6% (76) y tratamiento antibiótico largo 2,9% (21). En las CVC la mediana de días desde el implante hasta la retirada fue de 10 días (5-15) y 66 (14-157,2) en PICC. Se observa una tendencia a la baja en las peticiones de CVC de 2020 a 2021, disminuyendo de 20,7% (67) al 14,2% (37); y vemos un ligero aumento de PICC en 2021 (251 vs. 260). El 19,6% (114) de los PICC fueron retirados por complicaciones comparado con el 26,2% (32) de las vías centrales. Destacar que de las 580 peticiones de PICC, el 15,9% (92) se retiraron en los primeros 15 días, de los cuales el 66,3% (61) se retiraron por completar el tratamiento o por fallecimiento del paciente.

Complicaciones principales		
	CVC	PICC
Infecciones asociadas a catéter	25% (8)	35% (40)
Fiebre	14,2% (5)	9,6% (11)
Retirada accidental	25% (8)	14% (16)
Enrojecimiento punto de inserción	31% (10)	10,5% (12)
Trombosis	3,1% (1)	12,3% (14)
Disfunción del catéter	0	18,4% (21)

Conclusiones: No encontramos aumento marcado de canalización de PICC como alternativa a las CVC, pero sí se observa una tendencia a la baja. Hemos detectado un preocupante número de infecciones asociadas a catéter en relación con los PICC, probablemente relacionado con el mal manejo de los mismos. Crucial aumentar los programas de formación para la enfermería hospitalaria o de hospital de día mediante cursos impartidos por la unidad de accesos vasculares.

361. PERFIL DEL PACIENTE ONCOHEMATOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

Mordillo Cano H, Carrión Esteban M, Vizcay Iriarte I, Barrasa González H y Hernández López M

Hospital Universitario Araba (Sede Txagorritxu y Sede Santiago), Álava.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes oncohematológicos que ingresan en UCI y su pronóstico a corto plazo.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes oncohematológicos ingresados en la UCI de un hospital de 3º nivel durante el 2022. Se recogen variables cualitativas y cuantitativas a partir de un registro propio de pacientes: edad, sexo, APACHE al ingreso, tipo de tumor, insuficiencia respiratoria o sepsis al ingreso, uso de oxigenoterapia de alto flujo (OAF), ventilación no invasiva (VNI), ventilación mecánica invasiva (VMI), diálisis, soporte vasoactivo, la decisión de limitación de tratamiento de soporte vital (LTSV) durante el ingreso, los días de estancia hospitalaria y en UCI, la supervivencia al 1º, 3º y 6º mes de los pacientes ingresados el 1º semestre del año. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar (DE) y las cualitativas en porcentajes. El umbral de significación (p) es < 0,05.

Resultados: En el 2022 ingresaron 1.812 pacientes en la UCI, de los cuales 129 (7%) tenían un proceso oncohematológico activo. La edad media fue de 67 años (DE 12,5) y el APACHE II medio de 17 (DE 8). La media de días de estancia en UCI fue de 6,64 (DE 16,4). Un 70,5% eran varones. Un 61,2% recibió soporte vasoactivo, un 20% OAF, un 3,9% diálisis, un 1,6% VNI y un 35,7% VMI (un 60,8% VMI durante > 48h). El 55,8% ingresa por sepsis y un 35% por insuficiencia respiratoria aguda. El 77,5% eran tumores sólidos y el 22,5% hematológicos. Un 31% ingresó para cuidados postoperatorios (62,5% programados y 37,5% urgentes) y el 69% por una causa médica inicial no quirúrgica. En un 22,7% se decidió la LTSV durante el ingreso. La mortalidad global en UCI fue del 12,7%, de los cuales un 12% fueron oncohematológicos. La mortalidad en los no quirúrgicos fue del 75,7% y de los quirúrgicos del 24,3%, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas (p 0,294). Del total, un 75% tenían un tumor sólido y un 25% una neoplasia hematológica. De los 44 que sobrevivieron al alta de UCI, el 75% lo hizo a los 6 de meses (72,7% con tumor sólido y un 27,3% hematológico).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes oncohematológicos ingresaron por una causa médica no quirúrgica, principalmente sepsis (55,8%). El tratamiento más utilizado fue el soporte vasoactivo (61%) seguido de VMI (35,7%). Representan el 12% del total de fallecidos en UCI y un 75% sobrevivieron a los 6 meses del alta de UCI.

Defensa pósteres

NEUROINTENSIVISMO II 11:40-12:00 h. PANTALLA 7

362. ADMINISTRACIÓN DE NIMODIPINO INTRAARTERIAL COMO PARTE DEL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VASOESPASMO SECUNDARIO A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Morán Gallego FJ, Sánchez Casado M, García Ortiz C, Romeu Prieto JM, López de Toro Martín Consuegra I, Alonso Ciria E, Pais Malingre MV, Marina Martínez LC y Sánchez Carretero MJ

Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Una de las complicaciones más importantes de la hemorragia subaracnoidea (HSA), tercera causa de accidentes cerebrovasculares agudos (ACVA), será el desarrollo de isquemia cerebral tardía (ICT). Dentro de las opciones terapéuticas se encuentra la administración de vasodilatadores intraarteriales (nimodipino). Nuestro objetivo es evaluar nuestra experiencia en el uso de esta terapia.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado en una unidad de cuidados intensivos (UCI) de pacientes neurocríticos. Se recogen pacientes que ingresan en UCI con diagnóstico de HSA y que tras sospecha de isquemia cerebral tardía se les administra nimodipino intraarterial. Incluimos variables demográficas, clínicas y de las características de la HSA. Los datos se recogen desde entre 2013 y 2021.

Variable		
Sexo	Mujer	69,2%
	Hombre	30,8%
WFNS	I	23,1%
	II	23,1%
	III	7,7%
	IV	42,3%
	V	3,8%
Hunt and Hess	I	15,4%
	II	30,8%
	III	11,5%
	IV	34,6%
	V	7,7%
Fisher	I	3,8%
	II	3,8%
	III	23,1%
	IV	69,2%

Variable		
Localización aneurisma	A.Cerebral anterior	26,9%
	A.Comunicante anterior	3,8%
	A.Cerebral media	30,8%
	A.Comunicante posterior	11,5%
	A.Cerebral posterior	7,7%
	A.Carótida interna	7,7%
	A.Basilar	7,7%
Localización vasoespasmo	A.Cerebral anterior	37,5%
	A.Cerebral media	45,8%
	A.Carótida interna	12,5%
	A.Basilar	4,2%
Tratamiento del aneurisma	Quirúrgico	40%
	Endovascular	60%
Indicación inicio tratamiento	Hallazgos TC perfusión	65,4%
Indicación fin de sesiones	Hallazgos angiográficos	69,2%
Día desarrollo de vasoespasmo		7,62 días
Número de sesiones		3,03

Resultados: En el período de estudio 378pacientes presentaron HSA, siendo el 85% aneurismáticas. A 26 pacientes (6,91%) se les administra tratamiento con nimodipino intraarterial tras diagnóstico de vasoespasmo. Comparando HSA sin tratamiento con nimodipino vs. tratamiento con nimodipino: mujeres (61,7 vs. 69,2%; p = 0,549), edad (58 (49-67,5) vs. 50,5 años (43-54); p = 0,0768), Hunt y Hess (2 (2-4) vs. 2 (1,5-3); p = 0,652), Fisher (4 (3-4) vs. 4 (3-4); p = 0,987). En las tablas adjuntas se recogen los principales resultados de la administración del nimodipino.

Conclusiones: La administración de nimodipino se acompaña del tratamiento de hemorragias fundamentalmente aneurismáticas, sin diferencias en las características basales (un poco más jóvenes) ni en los *scores* de gravedad. Se acompaña con frecuencia de datos de perfusión alterada en TC multimodal con una aparición en torno a la primera semana de evolución. El número de sesiones de 2 en la mayoría de los casos y con una respuesta adecuada al tratamiento.

363. ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL PROTOCOLO DE CÓDIGO ICTUS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL DURANTE LOS AÑOS 2021-2022

Rivas Gómez-Plana F, Sánchez del Río A y Pérez Ruiz M

Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Control de los códigos ictus (CI) activados en nuestro hospital. Recogemos procedencia, RANKIN, factores de riesgo, y tratamien-

tos en el caso de los CI activados con sus tiempos, así como causas de desactivación.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se recogen datos de los años 2021 y 2022. Las variables se expresan como porcentaje, media y mediana. Resultados: Hemos obtenido un total de 41 CI activados (51% hombres). Con una media de 69 (DE 1,71) y mediana de 71 años (RI 14). El RANKIN fue de 0 en 80,5%, 1 en 14,6% y 2 en el 4,9%. El 70,7% procedían de domicilio, 12,2% de centros de atención primaria, 9,8% otros hospitales y 7,3% de la vía pública. Fueron transportados por UVI móvil el 70,7%, 19,5% por medios propios y en ambulancia convencional 9,8%. Respecto a factores de riesgo, 36,6% eran fumadores; HTA 83%, DM 34%, DLP 32%, FA 17%, ictus previos 15% y cardiopatía isquémica previa 12%. En cuanto al NIHSS de inicio encontramos un rango 2 a 28 puntos, con una media 11,2 (EE 1,17) y mediana 10 (RI 12). Fueron preactivados el 32% de los CI, siendo la atención inicial en la Unidad de Críticos (92,7%) por médicos de urgencias (73%). Como pruebas, se realizaron ECG el 98%, analítica, TC y angioTC el 100% y estudio de perfusión un 62%. Realizamos trombolisis al 56%, trombolisis y trombectomía al 12% y trombectomía mecánica al 29%. Los pacientes tardan una media de 107 min en consultar (EE 13,8), desde que llegan hasta que se realizan prueba de imagen pasan de media 39 minutos (EE 7,22) y 39 minutos de media hasta trombolisis (EE 7,03), la salida hacia el hospital de referencia para trombectomía percutánea se realiza en 50 minutos de media (EE 12,3), realizándose en una media de 88 minutos (EE 21,3). En el NIHSS al alta encontramos un rango de 0 a 31 puntos, media 8,27 (EE 1,18) y mediana 7 (RI 11,5). De los tratados el 12% sufrieron transformación hemorrágica y 15% fueron *exitus*. Sobre los CI desactivados encontramos una muestra de 147. Las causas de desactivación: mejoría de los síntomas 26,5%, NIHSS < 2 18,4%, tiempo > 4,5 horas 17%, ictus hemorrágicos 13,9%, RANKIN > 2 4,1%, cuadros sistémicos 3,4%, y otras 17,7%.

Conclusiones: En los CI que reciben tratamiento, la mayor demora es el tiempo en consultar y los casos que deben trasladarse al centro de referencia para trombectomía. Encontramos que a pesar del número total de activaciones son más los casos desactivados siendo la mayoría de las causas de desactivación la recuperación espontánea de los síntomas y haber pasado tiempo límite para realización de trombolisis. Por todo esto concluimos que aún queda mucho por mejorar en este tipo de patologías tiempo-dependiente.

364. HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE LEÓN

Lestón Alonso V, Pérez del Pozo P, Febles Díaz FJ, Molina Gómez MF, Núñez Casco JP y Yagüe Zapico R

Hospital de León (C. A. U. de León), León.

Objetivos: Estudiar las características del paciente que ingresa por hemorragia subaracnoidea (HSA) espontánea.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por HSA espontánea en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de León durante el año 2022. Las variables a estudio son: género, edad, comorbilidades, puntuación en las escalas Fisher y APACHE 2, localización aneurismática, complicaciones, tratamiento del aneurisma, estancia media y situación del paciente al alta. Los cálculos estadísticos se llevan a cabo mediante Excel®.

Resultados: Nuestra muestra es de 24 pacientes (n = 24) distribuidos por igual entre hombres y mujeres, con una edad media de 60 ± 12 años. El 29% de los mismos presentaba hipertensión (33% de los varones frente al 25% de las mujeres), el 62% consumía tabaco (66% de los varones frente a 58% de las mujeres). Ninguno de los pacientes tenía antecedentes familiares conocidos de patología aneurismática. Debutó con cefalea el 75% del total. La puntuación media en la escala APACHE 2 fue de 14 puntos al ingreso. El 58% de la muestra presentó grado IV en la escala Fisher. En el 21% de los casos se confirmó la presencia de aneurismas múltiples en la arteriografía cerebral. El 75% de los pacientes recibió tratamiento intervencionista frente a un 8% que lo precisó quirúrgico. Un 17% no precisó tratamiento. Presentó complicaciones neurológicas el 71% del total. El 50% fue neuromonitorizado con sensor de presión intracraneal (PIC) y de presión tisular de oxígeno (ptiO2). El 46% precisó drenaje ventricular externo por hidrocefalia. Se documentó vasoespasmo en una paciente. Un 33% presentó complicaciones no neurológicas, destacando las infecciosas (42% de los varones y 33% de las mujeres). La estancia media fue de 20 días, sin diferencias entre ambos géneros. Las

mujeres con grado IV en la escala de Fisher presentaron una estancia mayor que los hombres con la misma puntuación (25 frente a 20 días). Falleció un 17% de los pacientes, de los cuales el 66% desarrolló muerte encefálica.

Conclusiones: Las hemorragias subaracnoideas espontáneas son un tipo de patología que aún hoy presenta una alta mortalidad. La mayoría tiene origen aneurismático pero un porcentaje no despreciable, ya publicado en otras series, tiene origen desconocido. La incidencia es similar en hombres y mujeres sin patologías previas de interés. La evolución de las técnicas percutáneas ha permitido un mejor manejo del paciente, disminuyendo complicaciones y permitiendo menores tiempos de recuperación y estancia en UCI.

365. CARDIOMIOPATÍA POR ESTRÉS ASOCIADA A HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

Gonçalves Gonçalves G, López García M, Barriuso López E, Whyte García L, Jiménez Clemente J, Gómez Mediavilla K, Lorente Balanza JA y Tejerina Álvarez E

Hospital Universitario de Getafe, Madrid.

Objetivos: Analizar las características clínicas y los desenlaces de los pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática que desarrollaron cardiomiopatía por estrés durante su estancia en cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Serie de casos de todos los pacientes con HSA aneurismática ingresados de forma consecutiva en la UCI del Hospital Universitario de Getafe desde el 15 de noviembre de 2012 hasta el 1 de noviembre de 2022, con datos clínicos y analíticos sugestivos de cardiomiopatía por estrés. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de dicho centro hospitalario.

Resultados: Se incluyeron 167 pacientes con HSA aneurismática de los cuales un 1,8% (n 3) desarrollaron cardiomiopatía por estrés, siendo todas mujeres y con una media de edad de 63 años. La puntuación en las escalas de gravedad de HSA al ingreso fueron un Hunt-Hess entre 2 y 5 puntos y Fisher de 4 puntos en los 3 casos. El diagnóstico de cardiomiopatía por estrés se realizó en base a la clínica (inestabilidad hemodinámica con uso de vasoactivos y/o inotrópicos) asociado a alteraciones electrocardiográficas (elevación del segmento ST y ondas T negativas) con elevación de marcadores de daño miocárdico y ecocardiograma transtorácico con disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y alteraciones segmentarias de la contractilidad, pudiéndose descartar afectación coronaria por angiografía en 1/3 de los casos. En dos casos se observó mejoría de la disfunción ventricular en las siguientes 48-72 horas tras su detección, con resolución de la inestabilidad hemodinámica asociándose a su vez a mejoría de la situación clínica. Una de las pacientes falleció por taponamiento cardíaco secundario a rotura cardíaca en las primeras 48 horas tras su ingreso en la unidad. Las dos supervivientes presentaron un Rankin mayor o igual a 3 puntos al momento del alta hospitalaria.

Conclusiones: En nuestra unidad, el desarrollo de cardiomiopatía por estrés en pacientes con HSA aneurismática fue muy poco frecuente, pero con importante repercusión clínica e incluso desenlace fatal en uno de los casos. Todos ellos ocurrieron en mujeres, sin antecedentes cardiológicos relevantes y con una puntuación alta en escala de gravedad según Fisher.

366. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA EN FUNCIÓN DE SU LOCALIZACIÓN

Ares Miró P, Ruiz Lucea J, Lasa Berasain P, Vázquez Yoldi A, Presa Orúe A, Llorente Sánchez A, Zabalza Goya A, Artza Beltrán de Heredia A, Martínez San José N y Tihista Jiménez JA

Hospital Universitario de Navarra, Navarra.

Objetivos: Análisis descriptivo de las características demográficas, clínicas y evolutivas de pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática en función de su localización.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de HSA aneurismática ingresados en la UCI del Hospital Universitario de Navarra en 2022. El diagnóstico se realizó mediante

Tabla Póster 366

	Total	ACM	ACoA	ACoP
Pacientes	37	9 (24,32%)	7 (18,92%)	5 (13,51%)
Mujer	28 (75,68%)	7	1	5
Varón	9 (24,32%)	2	6	0
Edad	57,32 DE 11,94	56,89 DE 14,02	58,43 DE 13,40	60,4 DE 11,01
HTA	14 (37,84%)	2	4	1
Tabaquismo	10 (27,02%)	2	1	1
Hunt-Hess	3,03 DE 1,32	2,67 DE 1,58	2,71 DE 1,38	3,00 DE 1,41
Fisher modificado	3,83 DE 0,38	3,55 DE 0,53	3,86 DE 0,38	4,00 DE 0
WFNS	3,00 DE 1,35	2,89 DE 1,45	2,86 DE 1,46	2,80 DE 1,64
Glasgow scale	10,11 DE 4,66	10,11 DE 5,69	10,71 DE 4,39	11,80 DE 3,27
APACHE-II	15,22 DE 7,41	15,33 DE 11,40	15,14 DE 4,88	12,20 DE 7,05
Ventilación mecánica	18 (48,64%)	4	4	3
Hidrocefalia	18 (48,64%)	3	4	3
Vasoespasma	13 (35,14%)	3	2	2
Resangrado	3 (8,11%)	1	0	1
Infección	7 (18,92%)	0	3	2
Mortalidad en UCI	10 (27,02%)	2 (22,22%)	1 (14,28%)	1 (20%)
Estancia en UCI (días)	11,78 DE 10,14	7,78 DE 10,03	18,00 DE 13,38	12,00 DE 9,33
RSm medio al alta de UCI (supervivientes)	1,89 DE 1,28	1,43 DE 1,14	2,17 DE 1,17	2,00 DE 1,41
RSm ≤ 2 (paciente independiente)	20 (54%)	6 (66,67%)	4 (57%)	3 (60%)
Estancia hospitalaria (días)	17,22 DE 4,59	13,33 DE 11,12	27,86 DE 23,72	16,20 DE 9,52
Reingreso	5 (13,51%)	2	1	0

clínica compatible, tomografía computarizada (TC) y angiografía. Se ingresaron a todos los pacientes con escalas de Fisher modificado \geq III. Los resultados se expresan como medias y desviación estándar (DE) y porcentajes (%).

Resultados: Se ingresaron 37 pacientes con diagnóstico de HSA aneurismática. En la tabla se muestran las localizaciones más frecuentes.

Conclusiones: Según la localización del aneurisma, no hubo diferencias significativas en las escalas de gravedad y pronóstico al ingreso. La localización más frecuente fue en el territorio de ACM y la estancia fue más prolongada en los aneurismas de ACoA sin alcanzar significación. Tampoco se encontraron diferencias significativas en el riesgo de complicaciones. La mayoría de los pacientes (54%) recuperaron su independencia (Rankin modificada ≤ 2) al alta de UCI, mientras que la mortalidad total fue del 27%.

367. PAPEL DEL MÉDICO INTENSIVISTA EN LA ANGIOPLASTIA CAROTÍDEA

Laouchiri Mozo I, Domínguez García M, Ruíz Urbano A, Villa López IM, Jiménez Conde C, Rojas Peláez S y Jara López D

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez (C. H. U. Juan Ramón Jiménez), Huelva.

Objetivos: Desde hace años formamos parte del equipo multidisciplinar encargado de realizar la sedación en los procesos asistenciales conjuntamente con Radiología vascular (RV) y Neurología. Por este motivo desde mayo de 2019 comenzamos a registrar los procesos de angioplastia carotídea en los que participamos, analizando los resultados y las complicaciones durante y a corto plazo derivadas del procedimiento, en los pacientes sometidos a este proceso. Siendo el Servicio de Medicina Intensiva el responsable del manejo hemodinámico del paciente.

Métodos: Estudio observacional prospectivo desde mayo de 2019 de los pacientes sometidos a sedación por parte del SMI en los procedimientos de angioplastia carotídea. El periodo de estudio es desde mayo de 2019 a diciembre de 2021. Los valores de este estudio son expresados como media y proporciones.

Resultados: Se analizan un total de 75 casos (hombre 76% y mujeres 24%). La edad media en los hombres fue de 69,87 años con DE 9,81 y en mujeres de 66,33 años con SD 11,72 años. La duración media de la intervención fue de 66,82 minutos con DE 23,80. El porcentaje de complicaciones intraprocedimiento fue del 34,66% (ninguna letal) dividiéndose en asistolia 20% de los pacientes, resueltas todas con administración de atropina; hipotensión 13,33%, bradicardia en 9,33%; hipertensión arterial 2,66%; y vasoespasma en 1,33%. Como complicación a corto plazo solo 1 paciente sufrió síndrome de reperfusión cerebral 1,33%.

Conclusiones: El proceso de angioplastia carotídea con la participación del médico intensivista tiene una excelente tasa de finalización de procedimientos con un número de complicaciones similar a la de otros estudios.

Defensa pósteres

DONACIÓN/TRASPLANTES II 11:40-12:00 h. PANTALLA 8

368. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA DETECCIÓN DE DONANTE DE CÓRNEAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Zaheri Beryanaki M, Paradas Torralvo V, Baron Barrera IP, Narvaez de Linares A, Vegas Pinto R y Varela López A

Hospital de Antequera, Málaga.

Objetivos: Mejorar la detección hospitalaria de potencial donantes de córneas, para hacer posible que cualquier paciente fallecido en el hospital pueda convertirse donante de córneas.

Métodos: Nuestro centro es un hospital comarcal de 135 camas y con 5.900 ingresos anuales, una UCI de 7 camas con 500 ingresos y unas 66.000 urgencias anuales. Nuestro hospital alcanza una media de 7 donantes multiorgánicos y de tejidos (asistolia y muerte encefálica), pero ningún de tejido hasta el 2019. Dados los datos de nuestro hospital, en el 2022 decidimos implantar un plan de córneas hospitalario. Fue necesario un análisis de los servicios hospitalarios donde se focalizó sobre la detección, la formación a los profesionales implicados en la detección y extracción, y el establecimiento del circuito. Previamente analizamos la mortalidad hospitalaria de los 399 fallecidos durante el 2021, de los cuales 299 fueron en planta de hospitalización, 38 en la UCI y 62 en Urgencias. Se revisó la historia clínica a través de la Estación Clínica de Diraya, haciendo hincapié en la edad, motivo de ingreso, antecedentes personales, diagnóstico, hora del *exitus* y el servicio implicado. Concluido el análisis, se hicieron sesiones de formación a 110 profesionales sanitarios de los distintos servicios hospitalarios, con estos resultados: solo hubo 6 donantes de córneas durante el 2021, todos de UCI y 54 pacientes potencial donantes sin detectar, excluyendo 293 contraindicaciones, y 39 *exitus* en mal horario definido de 20h a 08h. Se elaboró el protocolo de detección de potencial donante de tejido, con difusión en la intranet hospitalaria, dípticos en despachos clínicos y puestos de enfermería. El protocolo implicaba fundamentalmente la formación del Coordinador Trasplante (CT) en la técnica de extracción de córneas y realizar ronda diaria del CT a todas las plantas, UCI y urgencias, para conocer la situación de los pacientes terminales.

Resultados: Con el plan de córneas, se han conseguido un total de 20 donantes de córneas durante el 2022, con 5 negativas familiares, siendo el CT el médico extractor y todas se realizaron en la UCI. Nuestro centro es el hospital comarcal con mayor número de donantes de córneas en Andalucía en el 2022.

Conclusiones: Consideramos que los puntos claves de la mejora en la detección en nuestro centro son: la labor diaria del CT en la detección de potencial donantes y la autosuficiencia e independencia del CT en la

extracción de córneas. Formación e información continua a los profesionales de acuerdo con los conocimientos científicos existentes en cada momento sobre las contraindicaciones de la donación de córneas.

369. DIEZ AÑOS DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA MAASTRICHT III EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO NO TRASPLANTADOR: REGISTRO Y ANÁLISIS

Palomares Nova G, Pérez Ruiz M, García Arjona R y Domínguez Rivas MJ
Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz.

Objetivos: Describir y analizar los casos de donación en asistolia controlada (DAC) Maastricht III producidos en el Hospital Universitario de Puerto Real en la última década (2013-2022).

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen todos los casos de DAC registrados entre los años 2013 y 2022. Se describen características epidemiológicas y morbilidades de los pacientes, estancia en UCI con días de ventilación mecánica invasiva (VMI) y uso de fármacos vasoactivos, así como causa de la muerte. Se recoge la técnica de extracción de órganos, los tiempos de la misma y el número de órganos extraídos e implantados.

Resultados: Se analizan un total de 23 casos de DAC, lo que han supuesto un 37% del total de donaciones realizadas en dicho periodo en nuestro hospital. Los pacientes, varones el 70%, tenían una mediana de edad de 57 años (rango intercuartílico [RI] 47-69), con hábitos tóxicos el 40% de ellos. Presentaban hipertensión arterial el 60%, diabetes *mellitus* el 17%, dislipemia el 22%, fibrilación auricular el 9%, antecedente de cardiopatía isquémica el 13%, EPOC el 4% y enfermedad neurodegenerativa el 9%. La estancia media en UCI fue de 4,9 días y 4,7 los días de VMI. Precisarón vasoactivos un 22%. Las causas de *exitus* fueron accidente cerebrovascular hemorrágico en el 48%, de causa isquémica el 22%, encefalopatía anóxica el 21% y rechazo de tratamiento el 9%. Todas las retiradas del soporte vital se realizaron en quirófano y el 91% con técnica superrápida, siendo el 9% restante mediante perfusión normotérmica. La mediana de los tiempos de isquemia caliente total y real fueron de 33 (RI 24-47) y 28 (RI 18-36) minutos respectivamente y el tiempo de clampaje medio de 18 (RI 10-21) minutos. Se extrajeron ambos riñones a 22 de los pacientes, 3 hígados, ambos pulmones en 2 casos, 2 páncreas, lo que supone una mediana de 2 órganos por donante y tejidos en 18 de ellos, siendo implantados todos ellos excepción de 1 riñón y 1 páncreas, lo que representa una efectividad del 96%.

Conclusiones: La donación en asistolia controlada Maastricht III, en pocos años, está ganando protagonismo como alternativa a la muerte encefálica en la obtención de órganos. En nuestro centro suponen un 37% de las donaciones totales, con un porcentaje creciente en los últi-

mos años y alcanzando una alta tasa de efectividad por encima de la media nacional.

370. EVALUACIÓN DE LOS BIOMARCADORES URINARIOS PROTEICOS (TIMP-2 Y IGFBP-7) MEDIANTE NEPHROCHECK® COMO HERRAMIENTA PREDICTIVA DE FUNCIÓN RETARDADA DEL INJERTO EN EL TRASPLANTE RENAL

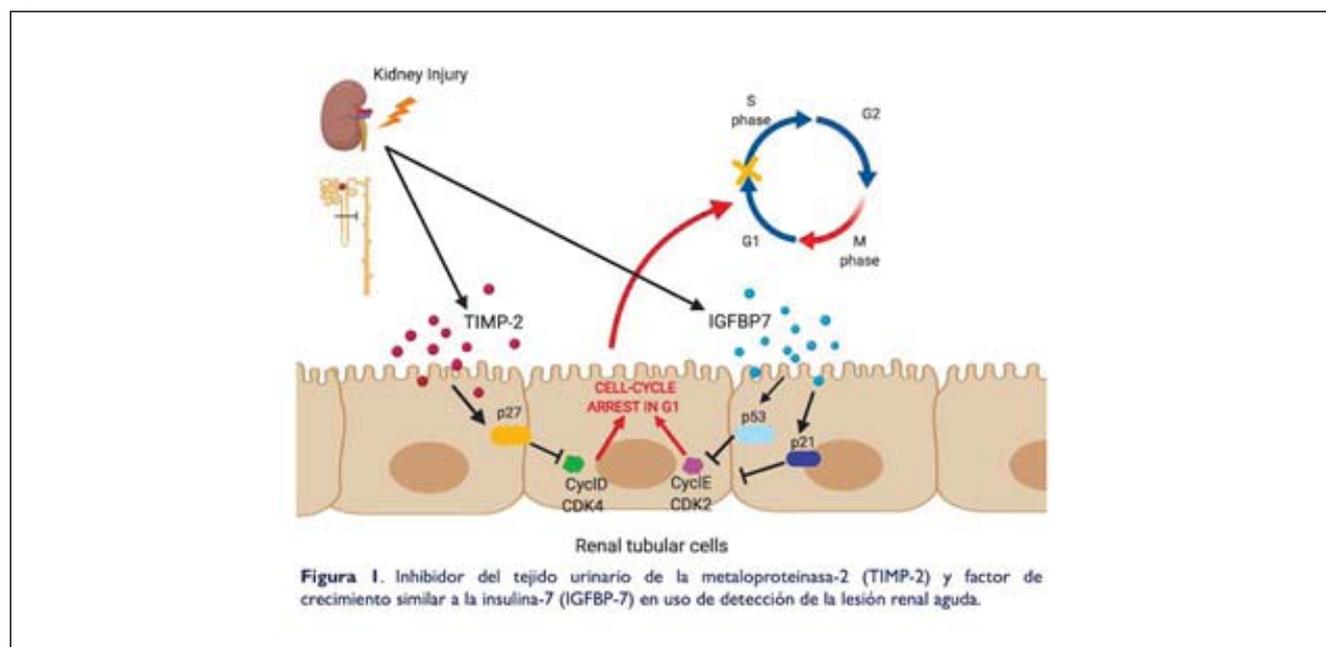
García Martínez RJ, González Samperio C, Huertas Marín C, Ortíz Lasa M, Dierssen Sotos T, González Castro A, Rodrigo Calabria E y Ruiz San Millán JC
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Validar el uso de los biomarcadores TIMP-2 y IGFBP-7 en la predicción de desarrollo de función retardada del injerto (FRI) en el trasplante renal (TR).

Métodos: Se analiza la muestra de orina de veintinueve pacientes ingresados en la UCI en el posoperatorio inmediato de TR mediante la prueba Nephrocheck®, determinando la puntuación de AKI® con el medidor Astute 140®. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, aspectos quirúrgicos y clínicos, así como el FRI determinado como necesidad de diálisis en los 7 primeros días tras el TR. Se realizó un análisis descriptivo empleándose los test estadísticos oportunos según la comparación de variables. Se comprobó que los parámetros eran paramétricos mediante el test de Shapiro-Wilk. Comparamos las medidas del tiempo de ingreso hospitalario y la puntuación Nephrocheck® con el FRI usando la estadística descriptiva y mediante el mediante la prueba t para dos muestras independientes. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS® Statistics (IBM® versión 25).

Resultados: El 60,0% de los pacientes reclutados eran varones con una edad media de 57,00 años (DE ± 2 80). La estancia media en UCI fue de 1,76 días (DE 0 ± 18) y hospitalaria de 26,48 (DE ± 0,43). El 90,0% eran hipertensos (HTA), el 63,3% presentaba dislipemia, el 43,3% era diabético, el 20,0% era obeso, el 16,7% con insuficiencia cardíaca y un 10,0% presentaba fibrilación auricular y tratamiento anticoagulante. La causa más frecuente de TR fue glomerulonefritis hasta en un 30,0% seguida de diabetes *mellitus* en un 23,3%, poliquistosis en un 13,3% 10,0% de HTA y el resto debido a otras causas. La procedencia del órgano en el 100% de los casos fue de injerto de cadáver con una edad media de 53,48 (DE ± 2 32). La supervivencia total de los pacientes trasplantados fue 93% y un 10,0% presentaba FRI. En el análisis de la relación del Nephrocheck® como herramienta predictiva del FRI el valor de p fue de 0,00, además estos pacientes ingresan más tiempo en UCI (p = 0,00). La diferencia de creatinina antes y después del trasplante no es significativo para la detección del FRI ya que presenta un valor de p = 0,69.

Figura Póster 370



Conclusiones: En la relación del Nephrocheck® con respecto a los datos de FRI existe una relación significativa con un valor de p igual a 0.00. Según la estadística descriptiva el FRI es más frecuentes en pacientes con un tiempo ingreso alto en UCI y que dan una puntuación de AKI® patológica (> 2 (ng/mL)²/1.000). Este estudio es el punto de partida para poder confirmar que la prueba de Nephrocheck® es útil en la predicción de FRI respecto a otros parámetros que evalúan la función renal como la creatinina sérica.

371. SISTEMA DE DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA DONACIÓN DE TEJIDO CORNEAL EN ONCOLOGÍA Y NEUROLOGÍA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE OURENSE

Priego Sanz J, Fernández Ferreira A, Prol Silva E, Sancho Muriel D, Moreno García CM, Lorente Bulnes B, Rodríguez Pérez D y Pérez Conde E

Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense.

Objetivos: Describir las características del proceso de donación y los donantes de tejido corneal de un hospital de segundo nivel y el impacto de la implementación de un sistema de detección activa de potenciales donantes en los servicios de oncología y neurología. Analizar las características de entrevistas de donación de tejido corneal.

Métodos: Se incluyeron en el estudio todas las valoraciones de potenciales donantes de córneas entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022. Se recogieron variables demográficas, tiempo de entrevista de donación, familiar entrevistado y percepción del nivel cultural del entrevistado. Comparando el antes y después de la implantación de un sistema de alerta en la intranet hospitalaria para la detección potenciales donantes de córneas el 1 de octubre de 2022, consistente en una alerta a la coordinación de trasplantes tras la decisión de adecuación de medidas de soporte vital de un paciente. Las variables continuas se expresaron como media (DE) con un nivel de seguridad del 95% y las categóricas en porcentajes. La comparación entre grupos se realizó mediante los test chi-cuadrado.

Resultados: Se valoraron un total de 70 pacientes con una edad media de $72,60 \pm 11,29$, el 54,3% eran hombres y el 31,4% provenían de servicio de oncología. El familiar entrevistado más frecuente fue hijo/a (31,4%) y el 60,5% eran mujeres. El tiempo medio de la entrevista fue $11,69 \pm 5,05$ minutos, realizándose en un 70,0% en turno de mañana y con un nivel sociocultural percibido alto (28,6%). De los valorados, fueron donantes un 40,0%, con un 24,3% de negativas para la donación y un 27,1% tenían contraindicaciones médicas. El 50% de las intervenciones se realizaron después del 1 de octubre hasta el 31 diciembre. El 75% de las extracciones las realizó un médico intensivista y el 10% una enfermera de la coordinación de trasplantes, formados para ello. Ningún paciente tenía documento de instrucciones previas (DIP) y el 51,4% fallecieron por un proceso oncológico siendo el cáncer de pulmón el más frecuente (12,9%).

Conclusiones: Los pacientes valorados como potenciales donantes de córneas son en su mayoría son varones con edad entre 64 y 80 años que fallecen por un proceso oncológico. La entrevista de donación se realizó en su mayoría a las hijas, con tiempos entre 10 y 15 minutos y con un porcentaje de negativas de 1 de cada 4. Ningún paciente presentaba DIP. Desde la implementación del sistema de detección activa de potenciales donantes de córneas se observó un marcado aumento de las valoraciones y del número de donantes.

372. ESTRATEGIA DE ORGANIZACIÓN EN EL PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA DE MÁLAGA

García Gómez IG, Segura González F y Daga Ruiz D

Hospital Universitario Virgen de la Victoria (C. H. U. Virgen de la Victoria), Málaga.

Objetivos: Describir las características diferenciales del proceso en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo de los aspectos técnicos del proceso de canulación y preservación de los órganos con circulación extracorpórea.

Resultados: En nuestro hospital, el procedimiento de canulación y perfusión regional normotérmica (PRN) se lleva a cabo por profesionales del Servicio de Medicina Intensiva (Médicos intensivistas, coordinadores de trasplantes, enfermería de UCI). La canulación de los vasos femorales se hizo de forma percutánea guiada por ecografía en la Sala de Implante de Marcapasos de la UCI en todas las ocasiones (n: 57); presentándose problemas en la técnica en 3 de ellas (5,2%). Siendo precisa, únicamente, la intervención de cirugía vascular/cirugía cardiovascular para la canulación a cielo abierto en uno de los casos (1,7%). En 1 caso (1,7%) no se obtuvo un sellado adecuado del balón de oclusión aórtica, siendo preciso el clampaje por el cirujano del equipo extractor. En una ocasión (1,7%) el inflado del balón aórtico fue seguido PCR casi inmediata, haciendo sospechar la rotura aórtica como causa de la misma. El montaje, cebado y el manejo del sistema de ECMO se lleva a cabo por personal de enfermería de UCI con formación específica, sin que se hayan registrado incidencias reseñables durante los procedimientos. El equipo de canulación y PRN de nuestro hospital forma parte del Equipo de PRN móvil del Sector de Trasplantes de Málaga, desplazándose a los hospitales de las provincias de Málaga y Almería que no disponen de los recursos materiales y humanos para la realización del proceso. Desde la implantación del Equipo de PRN Móvil, hemos tenido un total de 86 desplazamientos.

Conclusiones: Un equipo de canulación percutánea y preservación regional formado por profesionales de medicina y de enfermería de intensivos permite efectuar los procedimientos de DAC-PRN con ECMO de forma autónoma y ágil, sin mayor número de complicaciones y sin necesidad de recurrir a la intervención de profesionales de otras especialidades, lo que facilita y simplifica enormemente el proceso tanto en nuestro propio centro como en los desplazamientos a otros hospitales del Sector Málaga.

Defensa pósteres

TOXICOLOGÍA

11:40-12:00 h. PANTALLA 9

373. INTOXICACIÓN POR ÁCIDO FLUORHÍDRICO. REPORTE DE UN CASO FATAL Y UN CASO CASI FATAL

Silva García C, del Moral de Diego A, Ots Ruiz E, Holanda Peña MS, Cuenca Fito E, Fernández Rodríguez A, Ceña Carazo J, Alonso de Armiño Riaño AC, García Moreno P y Huertas Marín MDC

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Cantabria.

Objetivos: Conocer mejor el perfil de intoxicaciones en niños. Describir las complicaciones potencialmente fatales de la intoxicación por ácido fluorhídrico (HF) y plantear actitudes a seguir.

Métodos: Se presenta el reporte de dos casos y revisión de la literatura.

Resultados: En la bibliografía únicamente se informa de un caso pediátrico fata después de la ingestión de HF y dos casos casi fatales. Presentamos a un niño de 2 años que bebió un producto que contenía HF, falleció al poco tiempo a consecuencia de una fibrilación ventricular (FV) refractaria. El segundo caso se trata de un niño de 1 año que bebió accidentalmente el mismo producto pero sobrevivió a la intoxicación. Ambos niños eran hermanos. Acuden a urgencias por dificultad respiratoria y alteración del nivel de consciencia. El primero de ellos desarrolla FV a los 30 minutos, se inician maniobras de RCP durante 90 minutos sin éxito. Tras fallecimiento se obtienen resultados de analítica con hipopotasemia, hipomagnesemia e hipocalcemia. El hermano tuvo una evolución similar, desarrollando FV refractaria. Visto el primer caso se decide iniciar gluconato cálcico de forma preventiva, administrándose además por vía endoscópica según recomendaciones del INTCF. Ante la posibilidad de tóxico depurable se inicia TRRC. Buena evolución clínica. Finalmente obtenemos resultados de fluoruro en sangre (normal < 19), niño fallecido 17.600 y hermano 5.000 ($\mu\text{g/L}$). El grado de toxicidad y el resultado dependen de la concentración de HF y la duración de la exposición, el caso fatal había realizado una ingesta mayor. Los casos con trastorno sistémico incluyen desequilibrio electrolítico, inhibición enzimática, shock hipovolémico con fallo multiorgánico y arritmias. Debido

al rápido desarrollo de hipocalcemia e hipomagnesemia, se recomienda pronta administración de estas. No se ha estudiado la dosificación empírica de calcio y magnesio IV después de la ingestión de fluoruro. Fue de crucial importancia los hallazgos en el primer niño para adelantarse a lo que sucedió en el segundo caso. Nuestro caso apoya cierto valor de la administración de calcio en pacientes intoxicados con HF. La vida media del fluoruro es de 12 a 24 h y se elimina principalmente por vía renal. La hemodiálisis permite la reducción del 70% del nivel en sangre después de 3 h de hemodiálisis, en nuestro paciente se realizó una primera sesión de 18 horas.

Conclusiones: La intoxicación por HF puede cursar con rápida aparición de toxicidad grave y muerte después de la ingestión. La toxicidad incluye el desarrollo rápido de hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperpotasemia, lo que puede desencadenar en FV.

374. INTOXICACIONES POSPANDEMIA COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Castrillo Guiral S, Mayordomo García C, Herrero García S, Isern del Val I, Montes Aranguren M, Antón Juarros S, Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Sánchez Montori L y Gómez Zalba S

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Conocer la epidemiología de las intoxicaciones después de un año de pandemia. Describir el perfil del paciente ingresado por intoxicación grave.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de 26 pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza por intoxicación grave desde enero de 2020 a septiembre de 2022.

Resultados: La edad media ha sido 49,85 (DE 21,5), con predominio de mujeres, 15 (57,7%). Los pacientes ingresados en 2020 fueron 3 (11,3%), en 2021 16 (61,5%) y en 2022 7 (27%). Las comorbilidades más frecuentes han sido hipertensión en 3 pacientes (11,5%), neoplasia en 3 (11,5%), diabetes *mellitus* en 2 (7,7%) y hepatopatía en 2 (7,7%). Presentaban antecedentes de enfermedad psiquiátrica 18 pacientes (65,4%), de los cuales 17 estaban diagnosticados de síndrome ansioso-depresivo. Detectamos consumo tóxico de alcohol en 5 casos (19,2%) y opiáceos en 2 (7,7%). El motivo de ingreso más frecuente fue el bajo nivel de conciencia en 17 pacientes (65,4%), seguido de 6 (23,1%) para vigilancia, 2 (7,7%) por lesiones del tracto digestivo y 1 (3,8%) por agitación psicomotriz. La intoxicación más frecuente fue medicamentosa en 22 casos (84,6%), seguido de causticación en 2 (7,7%), ingestión de setas venenosas en 1 caso (3,8%) y polietilenglicol en 1 caso (3,8%). Los fármacos que causaron la intoxicación por orden de frecuencia fueron: polimedamentoso 6 (23%), benzodiacepinas 3 pacientes (11,5%), neurolépticos 3 (11,5%), metformina 3 (11,5%), litio 1 (3,8%), colchicina 1 (3,8%), e insulina vía oral 1 (3,8%). El motivo de la intoxicación fue: ingesta voluntaria para intento autolítico en 17 pacientes (65,4%), sobredosisificación en 6 (23,1%) y accidental en 3 (11,5%). Precisarons intubación orotraqueal 15 (57,7%) con media de 3,62 días (DE 3,4) de ventilación mecánica, soporte vasoactivo 8 (30,8%) y hemodiafiltración continua 5 (19,2%). La estancia media ha sido de 5,85 días (DE 7,2), 6 de ellos presentaron complicaciones y fallecieron 4 (15,4%).

Conclusiones: El perfil del paciente intoxicado en nuestro medio ha sido una mujer de edad media con antecedentes de enfermedad psiquiátrica. La intoxicación más frecuente ha sido polimedamentosa seguida de benzodiacepinas y neurolépticos. Más de la mitad han precisado ventilación mecánica y un tercio soporte con drogas vasoactivas. La pandemia posiblemente ha influido de forma negativa en los pacientes con mayor prevalencia de intoxicaciones aunque el perfil ha sido similar.

375. INTOXICACIONES CON FINES SUICIDAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Castrillo Guiral S, Mayordomo García C, Herrero García S, Isern del Val I, Montes Aranguren M, Antón Juarros S, Mercado Castillo H, Malingre Gajino M, Gómez Zalba S y Sánchez Montori L

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Objetivos: Identificar características de los pacientes intoxicados con finalidad suicida. Conocer el mecanismo de intoxicación, su tratamiento y evolución.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes ingresados en la UCI del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza por intoxicación con fin autolítico desde enero de 2020 hasta septiembre de 2022.

Resultados: 17 pacientes fueron ingresados por intento autolítico. La edad media fue de 43,29 años (DE 19,43) y 12 de ellos eran mujeres (70,6%). Destaca el antecedente de síndrome ansioso-depresivo en 15 pacientes (88,2%), solo 1 psicótico (5,9%) y todos ellos con tratamiento psiquiátrico que consistía en: antidepresivos 14 (82,4%), benzodiacepinas 9 (52,9%) y neurolépticos 5 (29,4%). En 11 casos (64,7%) no era la primera vez que lo intentaban. 3 pacientes (17,6%) consumían alcohol de forma habitual y 2 (11,8%) opiáceos. El motivo que ocasionó su ingreso en UCI fue el bajo nivel de conciencia en 11 pacientes (64,7%) y únicamente para vigilancia en 4 (23,5%). El 94,1% emplearon fármacos con fin autolítico, siendo los más frecuentes: polimedamentoso 4 (23,5%), neurolépticos 3 (17,6%), paracetamol 2 (11,8%), antidepresivos 2 (11,8%), benzodiacepinas 2 (11,8%), 1 paciente ingirió litio 1 (5,9%), insulina vía oral 1 (5,9%) y colchicina 1 (5,9%). Su situación clínica al ingreso en UCI no fue crítica en la mayoría de ellos, con una tensión arterial sistólica media de 115,6 mmHg (DE 16,8), frecuencia cardíaca de 94 lpm (DE 27), y saturación de O₂ del 95% (DE 3). La puntuación de la escala APACHE-II fue de media 9,47 (DE 5). Precisarons intubación orotraqueal 9 pacientes (53%) con una media de 3,5 días de ventilación mecánica (DE 3,5). Se prescribió tratamiento con antidotos en 4 casos (23,5%). La estancia media fue de 5,94 días (DE 8). Fallecieron 2 pacientes (11,8%).

Conclusiones: Los pacientes con intento autolítico son reincidentes en su mayoría y con antecedentes de síndrome ansioso-depresivo. La intoxicación polimedamentosa es la más frecuente. Más de la mitad fueron intubados por bajo nivel de conciencia. La mortalidad en nuestra muestra supera el 10%, cifras que podrían mejorarse con medidas preventivas y de promoción de la salud.

376. VASCULITIS INDUCIDAS POR CONSUMO DE COCAÍNA (VIC) GRAVE

Lorencio Cárdenas C, Horta Puig AM, Miguez del Águila M, Álvarez Martínez G, Castro Guardiola A, Vilanova Anducas N, Merino Ribas A y Alsius Suñer M

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Objetivos: El consumo de cocaína ha aumentado en los últimos años, aumentando las complicaciones asociadas a su consumo, frecuentemente infraestimadas e infradiagnosticadas. La cocaína posee potentes propiedades estimulantes y vasoconstrictoras. A menudo, además, suele adulterarse con diferentes sustancias, entre las cuales el levamisol, un derivado sintético imidazotiazol, que intensifica y prolonga el efecto de la cocaína. Se han descrito cuadros de vasculitis asociados tanto a cocaína como a levamisol, con un variado compromiso de los órganos afectados, pudiendo dar lugar a púrpura cutánea, falla renal, neutropenia, manifestaciones pulmonares (laringitis, hemorragias pulmonares), digestivas (hepatitis, úlceras gástricas) y reumatológicas (poliartritis, vasculitis). El curso de estas vasculitis es autolimitado y suele ceder con el cese del consumo. El diagnóstico suele ser difícil. Las VIC pueden positivar antígenos atípicos p-ANCA, como el HNE (*human neutrophil elastase*), que se considera un marcador serológico específico asociado al consumo de cocaína/levamisol. También pueden positivar otros autoanticuerpos como los antinucleares (ANA). Distinguir las vasculitis ANCA primarias de las VIC es un reto clínico, y es fundamental la sospecha clínica para realizar un diagnóstico correcto. Es útil el cribado de tóxicos en orina y la detección plasmática de levamisol, aunque esta última es difícil debido a su corta vida media, su testado de baja sensibilidad y a que el análisis urinario de sus metabolitos solo se realiza en centros especializados. El objetivo del presente estudio es describir dos casos de VIC grave, con clínica heterogénea, que precisaron ingreso en UCI.

Métodos: Revisión retrospectiva de 2 casos de pacientes que ingresaron en abril de 2022 en una UCI de un hospital de terciario con diagnóstico probable de VIC.

Resultados: Tabla de resultados.

Conclusiones: El consumo de cocaína puede producir cuadros graves de vasculitis, que pueden requerir ingreso en UCI. La sospecha es fundamental para el diagnóstico, por lo que debe de interrogarse acerca del consumo de tóxicos en todo paciente con cuadro de vasculitis. En la exploración física, destaca vasoconstricción periférica con lividesces y acrocianosis graves. La detección de autoanticuerpos HNE son característicos de la VIC y pueden ser útiles para su diagnóstico.

Figura 1 Póster 376

Vasculitis inducidas por consumo de cocaína (VIC) grave		
RESULTADOS	Caso clínico 1	Caso clínico 2
Antecedentes	Hombre, 30 años Sin alergias medicamentosas conocidas. Consumo habitual de alcohol, tabaco, cannabis y cocaína. Poliartritis ANA+ diagnosticada un año antes, en tratamiento con corticoides y metotrexato. Acrocianosis en estudio, en tratamiento con AAS y nifedipino.	Hombre, 31 años Alergia a diclofenaco. Consumo habitual de alcohol, cocaína y ketamina.
Motivo de consulta inicial	Obstrucción de vía aérea superior, estridor	Agitación y posterior coma.
Motivo de ingreso en UCI	Angioedema post consumo de cocaína inhalada, refractario a tratamiento con adrenalina, corticoides y C1; finalmente requiere de intubación orotraqueal.	Síndrome simpaticomimético secundario a intoxicación por cocaína con hemorragia subaracnoidea (HSA) no aneurismática Fisher IV y cuadro de vasoconstricción generalizada con fracaso multiorgánico (FMO).
Cocaína en orina	Positivo	Positivo
Hallazgos relevantes en la exploración física	Ausencia de tabique nasal. Acrocianosis, lividesces.	Acrocianosis, lividesces.
Hallazgos relevantes en pruebas de laboratorio	Leucopenia 3400. VSG 30.	Fracaso renal agudo con Cr 7,18 Lactacidosis Rabdomiolisis

Figura 2 Póster 376

Evolutivo	Al ingreso, sedación ligera. Sin insuficiencia respiratoria. Sin fracaso renal. Profilaxis con cefuroxima. Tratamiento con corticoides. Evolutivo en planta con brote poliartrosis, requiere de tratamiento con corticoides a dosis elevadas, metotrexato e indometacina.	Precisa de nitroglicerina pc, con posterior mejoría de la perfusión orgánica, lactoacidosis y resolución del FMO. Complicaciones infecciosas: neumonía asociada a ventilación mecánica (AVM) por SAMS, traqueobronquitis AVM por Haemophilus parainfluenzae. A nivel neurológico, agitación al despertar, precisa de traqueostomía.
Resumen ingreso	4 días de ventilación mecánica (VM) 6 días de ingreso en UCI 7 días de hospitalización Alta a domicilio	22 días de VM 8 días de terapia renal sustitutiva 26 días de ingreso en UCI 31 días de hospitalización Alta a domicilio
Orientación diagnóstica	LES con poliartrosis + lupus cutáneo con lesiones purpúricas desencadenado por consumo de cocaína. Angioedema laríngeo recidivante.	Síndrome simpaticomimético secundario a intox por cocaína, con HSA no aneurismática Fisher IV, vasoconstricción generalizada con FMO (lactoacidosis, rabdomiolisis + FRA con necesidad de TRS, hepatitis aguda + acrocianosis periférica).
Estudio inmunológico	ANCA PR3 - ANCA MPO + HNE (ELISA) + ANA + Anti-DNA +	ANCA PR3 + ANCA MPO - HNE (ELISA) + ANA - Anti-DNA -

Defensa pósteres

NEFROLOGÍA/HEMATOLOGÍA/TRANSFUSIONES/HEMODERIVADOS

11:40-12:00 h. PANTALLA 10

377. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE EL USO DE LA DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR (TIPS) EN EL MANEJO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PACIENTES QUE INGRESARON EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

de Abreu Ramírez A, García Godes M, Muñoz-Mingarro Molina D, Marín Ráez R, González Fernández O, Márquez Alonso JA y de Pablo Sánchez R

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas, demográficas y las complicaciones de los pacientes llevados a derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS).

Métodos: Se trata de un análisis descriptivo de corte retrospectivo de pacientes que ingresaron en nuestra unidad de cuidados intensivos por hemorragias digestivas en el periodo de septiembre de 2020 a diciembre de 2022.

Resultados: Durante ese tiempo se realizó la derivación portosistémica intrahepática a 26 pacientes, 21 pacientes de sexo masculino (80,7%), una media de edad de 61 años, 9 de ellos con enolismo activo al momento del ingreso. La cirrosis enólica fue la primera causa de cirrosis hepática con un 61,5%, siendo la segunda causa más frecuente la criptogénica con un 30,7%. El 54,1% tenía un Child-Pugh B, un MELD medio de 17 puntos, y 2 estaban en lista de trasplante. Se logró una disminución del gradiente portosistémico de 12 mmHg en el 92%, con una media de gradiente de 7,19 mmHg por lo que se consideró procedimiento efectivo en la casi totalidad de los pacientes. No se describen complicaciones tipo hemorragias ni arritmias durante el procedimiento.

La principal complicación tras la colocación de la derivación es la encefalopatía hepática, que aparece en el 34,6% (9), 6 de ellos en grado I/II y 3 de ellos en grado III/IV. Dos de los pacientes con encefalopatía grado III/IV requieren retirada de la derivación portosistémica. La segunda complicación fue la insuficiencia hepática pos-TIPS en un 15,38% (4) con una elevación de la bilirrubina de hasta 3 veces su valor previo, requiriendo uno de ellos finalmente trasplante hepático. No se describe insuficiencia cardíaca, ni complicaciones infecciosas, ni disfunción de la derivación tras la colocación del TIPS. Finalmente fallecen 9 de los pacientes (34,6% de Mortalidad), 6 de ellos por hemorragias digestivas, 1 por coagulopatía y hemorragias a otros niveles y 2 por situación de fracaso multiorgánico.

Conclusiones: La derivación portosistémica transyugular parece una opción terapéutica útil en pacientes con hipertensión portal y hemorragia digestiva que requieran tratamiento de rescate. Según nuestra corte, se trata de un procedimiento seguro que implica pocas complicaciones, siendo la encefalopatía pos-TIPS la más frecuente y la única que puede determinar la inversión del procedimiento. La eficacia de esta terapia se tendrá que valorar en estudios posteriores de mayor tamaño.

378. EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA COHORTE DE LOS PACIENTES QUE PRECISAN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN NUESTRA UCI

Calle Flores A, Paredes Borrachero I, Pais Sánchez-Malingre V, Alonso Ciria E, Alonso Gómez G, Gómez Cano I, Cuadra Calahorra A, Velasco Ramos A, Piza Pinilla R y Magro Martín M

Hospital Universitario de Toledo (C. H. de Toledo), Toledo.

Objetivos: Analizar la evolución de los pacientes que precisaron de terapia de depuración extrarrenal en nuestra UCI.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo de los pacientes ingresados en UCI de hospital de tercer nivel que precisaron inicio de terapia de depuración extrarrenal entre el 1 de enero de 2022 y el 30 de junio de 2022. Se recogieron variables demográficas (cualitativas y cuantitativas), scores pronósticos de gravedad, modalidad de terapia y finalización de la misma.

Resultados: Ingresaron en UCI un total de 696 pacientes durante este periodo, de los que 50 precisaron terapia de reemplazo renal (7,2%); de este grupo fallecen 29 pacientes (58%), 26 en la UCI (52%) y 3 en planta (6%) tras alta de UCI y sobreviven 21 pacientes (42%). La mortalidad en UCI durante este periodo fue del 11,35% y de los fallecidos el 36,7% requirieron TRRC. La estancia media de los pacientes con TRRC se resume en la tabla. De todos los pacientes con TRRC cumplieron criterios de destete (diuresis = 1 ml/kg/h durante 24h, motivo de inicio TDER resuelto, posibilidad de balance neutro, uremia sin clínica neurológica) 27 pacientes, el más repetido fue el criterio de diuresis = 1 ml/kg/h durante 24h (22% de la muestra). De los 23 pacientes que no cumplían criterios de finalización, 20 fallecieron y 3 pasaron a terapia de reemplazo intermitente. De nuestra muestra al alta de UCI el filtrado glomerular (FG) medio fue de 50,6 ml/min. El 66% de pacientes no precisaron terapia intermitente y al alta de UCI presentaban un FG medio de 58,5 ml/min. 8 pacientes (16%) precisaron paso a hemodiálisis intermitente de los que su FG al alta de UCI fue de 25,3 ml/min. De estos 3 fallecieron en planta. Los pacientes que fallecieron presentaban escalas pronósticas de gravedad más elevadas que los supervivientes con una media de escala de SOFA de 11,1 vs. 9,1 y APACHE II de 24,2 vs. 22,7.

Conclusiones: En nuestra serie la mortalidad fue elevada (58%), aun pudiendo estar en parte justificado por la gravedad al ingreso de estos

pacientes (scores pronósticos más elevados). Entre los supervivientes el 66% no necesito ningún tipo de TRR al alta. Todo ello impresiona que la disfunción renal aguda en pacientes que ingresan en UCI conlleva un factor de impacto negativo sobre su supervivencia, además de mayor estancia hospitalaria y que es crucial su tratamiento y el buen uso de las TRRC para aumentar las probabilidades de supervivencia.

379. PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS EN UCI

Godoy Tundidor V, Núñez Gómez A, Huerta Palacios V, Martín Cuenca T, Gaban Diez A, de la Calle Pedrosa N, González Jiménez AI, Temprano Gómez I, Salas Alcántara O y Ruiz de Luna González R

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la mortalidad de los pacientes oncohematológicos que ingresan en una unidad de cuidados intensivos (UCI).

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en una UCI polivalente de un hospital de segundo nivel desde enero de 2021 a diciembre de 2022. Se analizaron factores relacionados con los antecedentes personales, patología al ingreso, tipo de neoplasia y su tratamiento y se estudió su influencia en la mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes, 20 varones (69%) con una mediana de edad de 66,5 (rango 22-81) años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron la neumonía COVID y la sepsis urinaria (6 pacientes en ambos). La mediana de estancia en UCI fue de 7 (rango 1-95) días. De los 28 pacientes, 20 (69%) presentaban neoplasia sólida a su ingreso y 1 (3,4%) neoplasia sólida y hematológica de forma concomitante, siendo la más frecuentemente diagnosticada la neoplasia pulmonar de diferente estirpe en 7 (25%) pacientes. La mitad de los pacientes no había recibido quimioterapia en los 30 días previos a su ingreso ni estaba en tratamiento con inmunomoduladores u hormonoterapia. La mediana del SAPS3 al ingreso fue de 64,5 (rango 45-87). Ocho (28,6%) pacientes fallecieron antes del alta y de los 20 (71,4%) que sobrevivieron, 3 (10,7%) fallecieron en el primer mes tras el alta de UCI. Los pacientes que no recibieron tratamiento oncológico tuvieron una tasa de mortalidad significativamente mayor que los que lo recibieron (61,5 vs. 23,1%, respectivamente; $p = 0,047$). Los pacientes de mayor edad fallecieron significativamente en mayor proporción ($p = 0,009$). Además, la hipertensión arterial estuvo significativamente relacionada con una mayor mortalidad comparada con los que no la presentaban (60 vs. 18,2%; $p = 0,05$). Otros factores como la necesidad de ventilación mecánica o el empleo de fármacos vasoactivos no parecieron relacionarse significativamente con la mortalidad.

Conclusiones: Los factores que se relacionaron con una mayor tasa de mortalidad en los pacientes oncohematológicos ingresados en UCI fueron la edad, la hipertensión arterial y el hecho de no haber recibido tratamiento oncológico específico.

380. MANEJO DE LA DISFUNCIÓN RENAL DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UCI QUE REQUIEREN DE SOPORTE RENAL (TDE)

Martín Cano JM, Giménez Beltrán B, Diez del Corral Fernández B y Breal Flores A

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Cádiz.

Objetivos: Analizar las TDE y requerimiento de otros soportes orgánicos adicionales, en los pacientes ingresados en UCI que desarrollan dis-

Figura Póster 378

Tabla 1.	PROMEDIO	DESVIACIÓN	MEDIANA
Estancia hospitalaria total	28.9	26.5	18.5
Estancia en UCI	17.1	18.4	10.0
Duración de TRRC	4.0	3.5	3.0
Días desde ingreso Uci hasta inicio de TRRC	3.7	8.8	0.5

función renal. Estudiar la evolución y asociación de scores de gravedad y valores de lactato con la morbimortalidad en dicha población.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, realizado en una UCI polivalente de un hospital de 2º nivel. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaban en la unidad (marzo-diciembre 2022), desarrollaron disfunción renal y precisaron de TDE. Se incluyeron variables demográficas, antecedentes personales, variables analíticas, clínicas, scores de gravedad y mortalidad. El análisis estadístico se realizó mediante SPSSv25. Las variables cuantitativas se expresen en media ± DE y las cualitativas en porcentaje.

Resultados: Incluimos 42 pacientes, con edad media de 63,71 ± 10,72 DE y predominantemente varones (83,3%). Con respecto a los FRCV: 47,6% (20) DM; 47,6% (20) HTA, 54,8% (23) DLP; 19% (8) CIC; 11,9% (5) tabaquismo activo. El 14,3% (6) presentaban EPOC. Tan solo el 14,3% (6) tenían ERC y antecedentes oncohematológicos el 30,95% (13). El APACHE medio al ingreso fue de 27,10 ± 7,81. Al inicio de las TDE, el 100% de los casos precisaron soporte hemodinámico con vasopresores (NA) y VMI; siendo el SOFA medio 12,88 ± 2,92. La modalidad de elección de las TCRR fue la HFVCC en un 90,5% (38) de los casos, mientras que el resto, 9,5% (4), fue HDFVCC. En relación con las indicaciones, la más frecuente fue la oligoanuria 73,8% (31) seguido de *shock* refractario 9,5% (4) y alteraciones del medio interno 7,1% (3). El 78,6% (33) se realizaron a través de un catéter femoral, mientras que solo el 19% (8) fueron yugulares. El método principal de anticoagulación (57,1% (24)) fue el citrato, dejando sin anticoagulación un 26,2% (11). La terapia fue efectiva durante una media de 32,82 ± 27,04 horas, hasta la coagulación del sistema, que en su mayoría fue por problemas de coagulación filtro (23,8% (10)). Se cesó la TDE por LTSV/*exitus*, en el 19% de los casos (8). Con relación a la escala RIFLE, encontramos que el día que se diagnosticaba el FRA presentaban: R 14,3%, I 23,8%, F 59,5% y E 2,4%. El incremento del lactato en las primeras 72h del inicio de las TDE, se asoció de manera significativa con la mortalidad en UCI (46,2% (12), p < 0,009).

Conclusiones: La modalidad de elección fue la HFVCC con anticoagulación con citrato, siendo el acceso femoral el más empleado. Al inicio de las TDE, los pacientes requirieron de un soporte orgánico total. El incremento del lactato en las primeras 72 h tras el inicio de las TDE ha demostrado correlacionarse con la mortalidad.

colistina mostraron una actividad comparable o superior, mientras que la sensibilidad a los β-lactámicos y levofloxacin fue típicamente 35-70 puntos porcentuales más baja. Al analizar la cobertura con C/T o I/R, el 61% de los aislamientos fueron sensibles a ambos agentes; 81% sensible a uno o ambos agentes; 19% sensible a un agente, pero no al otro (tabla). De los 943 aislamientos MDR, 634 fueron caracterizados molecularmente. No se detectaron β-lactamasas adquiridas en la mayoría de los aislamientos caracterizados, el 9% portaba metalo-β-lactamasas y el 8% portaba carbapenemasas de tipo GES (la mayoría de estas últimas recogidas en un hospital de Portugal entre el 2017-2018).

Sensibilidad cruzada de las P aeruginosa MDR a C/T e I/R				
		I/R		Número aislados
		Sensibles	Resistentes	
C/T	Sensibles	581 (61,6%)	98 (10,4%)	679
	Resistentes	81 (8,6%)	183 (19,4%)	264
Número de aislados		662	281	943

C/T: ceftolozano/tazobactam, I/R: imipenem/relebactam.

Conclusiones: Si bien hubo cierta variabilidad entre países, C/T e I/R demostraron una potente actividad contra aislamientos MDR de *P. aeruginosa* de Europa occidental.

382. ANÁLISIS DE INCIDENCIA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAVVM) E IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS INGRESADOS POR INFECCIÓN POR COVID-19

Marotta Pais M¹, Blanch Manzano H¹, Bodí Saera MA¹, Albaya Moreno A², Díaz Santos E³, Ballesteros JC⁴, Sancho Chinesta S⁵, Socías Crespi L⁶ y Rodríguez A¹

¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ²Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ³Consortio Corporación Sanitaria Parc Taulí, Barcelona. ⁴Hospital Clínico Universitario de Salamanca (C. A. U. de Salamanca), Salamanca. ⁵Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ⁶Hospital Son Llàtzer, Illes Balears.

Objetivos: (1) Determinar la incidencia de NAVVM en pacientes ingresados en UCI por neumonía COVID-19 durante la 1º y 2º ola de la pandemia. (2) Determinar la mortalidad y variables asociadas a esta.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico (84 UCI de España). Pacientes adultos > 18 años ingresados por neumonía COVID-19 en marzo 2020-enero 2021. Definimos NAVVM como infección pulmonar que se desarrolla después de 48 horas de ventilación mecánica invasiva (VMI). Se consideraron variables demográficas, clínicas, analíticas, comorbilidades y mortalidad. Todos los pacientes tuvieron diagnóstico microbiológico de NAVVM por cultivo de muestras respiratorias profundas. Las diferencias estadísticas fueron analizadas mediante chi cuadrado o U de Mann-Whitney según corresponde. Se empleó regresión logística múltiple para evaluar el impacto de las variables sobre los objetivos definidos. Se consideró significativo un valor p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron un total de 3.157 pacientes con mediana de edad 65 años y 73% de hombres, el 26% (n = 836) desarrollaron NAVVM con una densidad de incidencia de 13,5 casos/1.000 días de VM. Los microorganismos aislados más frecuentes fueron *Pseudomonas aeruginosa* (28%), *Klebsiella* spp. (22%) y *Aspergillus* spp. (7%). Los pacientes con NAVVM presentaron mayor edad (66 vs. 64 años p = 0,02) y mayor incidencia de HTA (52,4 vs. 47,6% p < 0,01), EPOC (9,2 vs. 6,8% p = 0,02) cardiopatía isquémica (8 vs. 6%, p = 0,03), PCT (0,33 ng/mL vs. 0,29 ng/mL p = 0,03) y menor PaO₂/FiO₂ al ingreso (119 vs. 127 p = 0,01). El uso de glucocorticoides (79 vs. 69% p = 0,001), los días de estancia en UCI (31 vs. 15 p = 0,001) y días de ventilación mecánica (27 vs. 12 p = 0,001) también fueron mayores en pacientes con NAVVM. La cardiopatía isquémica (OR = 1,50 [1,07-2,08]), menor PaO₂/FiO₂ ingreso (OR = 0,99 [0,997-0,998]), el tratamiento con glucocorticoides (OR = 1,53 [1,25-1,89]) y días de VM (OR = 1,06 [1,05-1,07]) fueron las variables asociadas a NAVVM en el análisis multivariado. La mortalidad global fue 36,30% y mayor en pacientes con NAVVM (41,4 vs. 34,5%, p < 0,01), así como en quienes se aislaron *Aspergillus* spp (77,6%), *Klebsiella* spp (40%) y *Pseudomonas aeruginosa* (35%). El análisis multivariado evidenció que la NAVVM fue un factor asociado con la mortalidad (OR = 1,20 [1,009-1,44]) (fig.).

Comunicaciones orales

INFECCIÓN/ANTIBIÓTICOS/SEPSIS II 17:30-19:00 h. AUDITORIO 1

381. ACTIVIDAD DE CEFTOLOZANO/TAZOBACTAM E IMPENEM/RELEBACTAM CONTRA PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE RECOLECTADAS EN EUROPA OCCIDENTAL-SMART 2017-2020

Lita J

MSD, Madrid.

Objetivos: Ceftolozano/tazobactam (C/T) combina una cefalosporina antipseudomónica con un inhibidor de la β-lactamasas, imipenem/relebactam (I/R) contiene un inhibidor de las β-lactamasas de clase A y C, Se evaluó la actividad de estos agentes contra *P. aeruginosa* multirresistente (MDR) recolectadas en Europa occidental como parte del programa SMART.

Métodos: Entre el 2017-2020 se recolectaron 250 patógenos GN/centro/año de 32 laboratorios clínicos de diversos focos de infección. Las CMI se determinaron mediante microdilución en caldo (CLSI) y se interpretaron con los puntos de corte de EUCAST 2021. De 4.086 aislamientos de *P. aeruginosa*, 943 fueron MDR (definidos como resistentes a ≥ 3 de 7 antibióticos centinela: amikacina, aztreonam, cefepima, colistina, imipenem, levofloxacin y piperacilina/tazobactam). Los aislados de *P. aeruginosa* con CMI a C/T > 4 mg/l o CMI a imipenem > 2 mg/l se analizaron en busca de genes de β-lactamasas.

Resultados: La proporción de MDR osciló entre un 15% en Francia y entre 26-32% en Italia, Portugal y España. La sensibilidad a C/T e I/R en MDR osciló entre el 61-67% en Italia, Portugal y el Reino Unido y hasta > 80% en Alemania. De los comparadores analizados, solo amikacina y